

C 66463
R 13834461/04

R\$ 28,30

EDNA MARIA DANTAS GUERRA

ANÁLISE DOS ENFOQUES PEDAGÓGICOS EM AÇÕES DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS POR
ENFERMEIROS – ESTUDO DE CASO.

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
(Doutorado), da Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA: Assistência Participativa de
Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação
Saúde-Doença.

PROJETO INTEGRADO DE PESQUISA: Cuidado em
Saúde Cardiovascular.

ORIENTADORA:

PROFA. DRA. THELMA LEITE DE ARAÚJO.

FORTALEZA
2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TESE
616.132
9963a
2002
ex. 2

FICHA CATALOGRÁFICA

G963a Guerra, Edna Maria Dantas

Análise dos Enfoques Pedagógicos em Ações de Educação em Saúde desenvolvidas por Enfermeiros - Estudo de Caso/ Edna Maria Dantas Guerra. Fortaleza, 2002.

295f.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Educação em Saúde. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Processos de Enfermagem. 4. Hipertensão - Enfermagem. I - Araújo, Thelma leite de (orientadora) II- Título

EDNA MARIA DANTAS GUERRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANÁLISE DOS ENFOQUES PEDAGÓGICOS EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS – ESTUDO DE CASO.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento
de Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará.

Defesa em: 17/09/2002

BANCA EXAMINADORA:

1 2 3 4

Profª Drª Thelma Leite de Araújo
Presidente

Profª Drª Eugênia Velludo Veiga
1ª. Examinadora

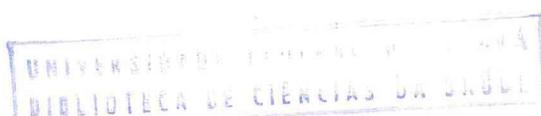
Profª Drª Ana Ruth Macedo Monteiro
2ª. Examinadora

Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno
3ª. Examinadora

Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira
4ª. Examinadora

Profª Drª Maria Josefina da Silva
Examinadora Suplente

Profª Drª Maria Lúcia Duarte Pereira
Examinadora Suplente



DEDICATÓRIA

A João Carlos e aos nossos filhos,
João Antônio e Luís Guilherme.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela vida.
- Aos meus pais e irmãos, pelo apoio e estímulo constantes.
- À Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo, pela orientação e confiança na realização deste estudo.
- Às professoras examinadoras desta tese, pela análise criteriosa e sugestões.
- Ao grupo de enfermeiros que participou da presente investigação, por sua disponibilidade e valiosa colaboração.
- Às amigas e amigos, pelo incentivo e contribuições.
- À Universidade Estadual do Ceará, pela oportunidade de crescimento profissional.
- Ao Hospital de Messejana, pela permissão à coleta de dados.
- À Universidade Federal do Ceará, pela acolhida.
- Enfim, a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Este estudo contou com o auxílio financeiro, em forma de bolsa, da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Contou, ainda, com subsídio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), via Projeto Integrado de Pesquisa: Cuidado em Saúde Cardiovascular.

*A Educação e a Saúde se encontram no
corpo e também na palavra, no trabalho e no
convívio.*

Miguel Arroyo

RESUMO

A presente pesquisa configura-se num estudo de caso, que tem como objeto as ações de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros e dirigidas à clientela portadora de hipertensão arterial. A partir de investigações preliminares foi possível estabelecer como pressuposição central para o trabalho a inexistência de uma prática unívoca e de uma tendência pedagógica definida, capaz de orientar tais ações educativas. Ao mesmo tempo, as primeiras sondagens indicavam um tipo de prática e atuação dos profissionais em que um conjunto de idéias difusas ou generalistas, amparadas nas antigas concepções tradicionais de educação, serviam como suporte para a manutenção da hegemonia do modelo biomédico. Com base nessa constatação procurou-se analisar a prática educativa dos enfermeiros à luz dos fundamentos das tendências pedagógicas predominantes no Brasil. De forma mais específica, buscou-se propor atividades de educação em saúde, tendo como referencial as concepções críticas da educação que tiveram sua origem, no Brasil, nos trabalhos teóricos e práticos do educador Paulo Freire. A pesquisa foi realizada em um serviço de atendimento ambulatorial de uma instituição hospitalar pública, localizada em Fortaleza, no Estado do Ceará, especializada no tratamento de clientes portadores de doenças cardiopulmonares. Participaram do estudo, os cinco enfermeiros que atuam no referido serviço. As evidências foram coletadas mediante entrevistas, observação direta e análise documental, no período de outubro de 2001 a janeiro de 2002 e foram organizadas em três temáticas: *perspectiva dos enfermeiros em relação à educação em saúde; planejamento e desenvolvimento das atividades educativas e avaliação do processo de educação em saúde*. Através da análise dos dados obtidos evidenciou-se, em consonância com as pressuposições iniciais, que as ações de educação em saúde eram, em geral, assistemáticas, sem planejamento e caracterizadas pela inexistência de respaldo teórico e metodológico adequado. Constatou-se a descon sideração para com o contexto de vida dos clientes, bem como a falta de uniformidade dos procedimentos o que acarretava divergências significativas na atuação dos profissionais. Por fim, a investigação revelou que, embora os enfermeiros pesquisados reconhecessem a importância do processo de educação em saúde, tiveram suas atuações comprometidas em sua qualidade e eficiência, o que provocou um tipo de intervenção profissional marcada pela centralização e individualismo profissionais. Optou-se, então, por apontar para a necessidade de se reorientar a prática de educação em saúde com base em concepções didático-pedagógicas mais modernas e condizentes com o atual contexto socio-cultural, visando torná-la mais efetiva, participativa e democrática.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Enfermagem, Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

The present research is a case study that has as object the education actions in health developed by nurses and driven to the clientele bearer of arterial hypertension. Starting from preliminary investigations it was possible to establish as a central presupposition for the work the absence of a uniform practice and of a defined pedagogic tendency capable to guide such educational actions. At the same time, the first surveys indicated a practice type and the professionals' performance in which a group of diffuse or generalists ideas, based on the old traditional conceptions of education, served as support for the maintenance of the hegemony of the biomedical model. Based on that evidence, I tried to analyze the educational practice of the nurses to the light of the foundations of the predominant pedagogic tendencies in Brazil. In a more specific way, I tried to propose educational activities in health, having as referential the critical conceptions of the education that have their origin in Brazil, in the educator's Paulo Freire theoretical and practical works. The research was accomplished in the ambulatory of a public hospital, located in Fortaleza, in the State of Ceará, specialized in the treatment of cardiopulmonary diseases. Five nurses that work in the above mentioned ambulatory participated in the study. The evidences were collected by interviews, direct observation and analysis, of documents in the period of October of 2001 to January of 2002 and they were organized in three themes: *the nurses' perspective in relation to the education in health; planning and development of the educational activities* and *evaluation of the education process in health*. Through the analysis of the obtained data it was evidenced, in consonance with the initial presuppositions, that the actions of education in health were, in general, not systematic, without planning and characterized by the absence of an adequate theoretical and methodological support. The disregard was verified to the context of the client's life, as well as in the lack of uniformity of the procedures that caused significant divergences in the professionals' performance. Finally, the investigation revealed that, although the researched nurses recognized the importance of the process of education in health, they had their performances endangered in quality and efficiency, which provoked a type of professional intervention marked by the centralization and individualism. I chose, then, to point out the need of reorienting the practice of education in health based in more current and suitable didactic and pedagogical conceptions with the social and cultural context, seeking to turn it more effective, participating and democratic.

Key Words: Education in Health, Nursing, Hypertension.

RÉSUMÉ

La présente recherche s'agit d'une étude de cas qui a pour objet les actions d'éducation en santé développées par des infirmiers et destinées à la clientèle porteuse d'hypertension artérielle. À partir d'investigations préliminaires, il a été possible d'établir comme présupposition centrale pour le travail l'inexistence d'une pratique univoque et d'une tendance pédagogique définie capable de guider telles actions pédagogiques. Les premières enquêtes indiquaient un type de pratique et de performance des professionnels où un groupe d'idées diffuses ou généralistes, basé sur les vieilles conceptions traditionnelles d'éducation, servaient de base pour maintenir l'hégémonie du modèle biomédical. En s'appuyant sur cette constatation on a recherché à analyser la pratique pédagogique des infirmiers à la lumière des fondements des tendances pédagogiques prédominantes au Brésil. De manière plutôt spécifique, on a cherché à proposer des activités d'éducation en santé ayant pour repère les conceptions critiques d'éducation qui ont eu son origine au Brésil, dans les travaux théoriques et pratiques de Paulo Freire. La recherche a été réalisée dans le dispensaire d'un hôpital public de Fortaleza, dans l'État de Ceará, dont la spécialité est le traitement de porteurs de maladies cardiopulmonaires. Les infirmiers ci-dessus mentionnés, en nombre de cinq travaillent dans le dispensaire ont participé à cette étude. Les évidences ont été obtenues par le moyen, d'entrevues, d'observation directe et d'analyse documentaire dans la période d'octobre de 2001 à janvier de 2002 et ont été organisées de telle sorte à englober trois thèmes: *la perspective des infirmiers par rapport à l'éducation en santé; l'organisation et développement des activités pédagogiques et l'évaluation du processus d'éducation en santé*. Par le moyen de l'analyse des données obtenues selon les présuppositions initiales, il s'est montré évident que les actions d'éducation en santé, en general, n'avaient pas de méthode, elles étaient faites sans organiser et caractérisées par l'inexistence d'une base théorique et méthodologique. Il a été constaté qu'on bafouait le cadre de vie des clients ainsi que le manque d'uniformité des procédures qui causaient des divergences considérables dans la performance des professionnels. À la fin, l'enquête a révélé que quoique les infirmiers enquêtés reconnaissent l'importance du processus d'éducation en santé, ils ont eu la performance de leurs tâches compromise dans sa qualité et efficacité ce qui a entraîné un type d'intervention professionnelle marqué par la centralisation et par l'individualisme. On a, donc, choisi de signaler la nécessité d'une nouvelle orientation de la pratique d'éducation en santé basée sur les conceptions didactiques et pédagogiques plus modernes et en accord avec le contexte socio-culturel actuel ayant pour objectif la rendre plus effective, participative et démocratique.

Mot clefs: Education en Santé; Études d'Infirmiers; Hypertension Artérielle.

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT
RÉSUMÉ

1 -	INTRODUÇÃO	11
2 -	O RESGATE DO TEMA NA LITERATURA.....	20
2.1 -	Promoção da Saúde.	21
2.1.1 -	Marcos Históricos.	21
2.1.2 -	Conceito, Pressupostos Teóricos e Estratégias de Ação.....	26
2.1.3 -	A Promoção da Saúde no Brasil.....	36
2.2 -	Educação em Saúde.	43
2.2.1 -	Da Educação à Educação em Saúde: fundamentos conceituais.....	43
2.2.2 -	Ética e Processos Educativos em Saúde : em busca da autonomia dos sujeitos.	50
2.2.3 -	A Evolução da Educação em Saúde no Brasil.	57
2.3 -	O Enfermeiro como Educador em Saúde.	62
2.3.1 -	As Ações Educativas dirigidas aos Clientes Hipertensos.....	67
3 -	BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	71
3.1 -	As Tendências Pedagógicas e sua Articulação com a Educação em Saúde.....	73
3.2 -	Pressupostos da Prática Educativa Crítica e Progressista.	86
3.3 -	A Natureza da Investigação.....	93
3.3.1 -	O Estudo de Caso.....	95
3.4 -	A Fase Exploratória.....	97
3.5 -	A Coleta de Dados.....	100
3.5.1 -	Observação.....	101
3.5.2 -	Entrevista.	103
3.5.3 -	Análise Documental.	106
3.6 -	Organização e Análise dos Dados.....	108
3.7 -	Crêterios de Validade e Qualidade da Pesquisa	111
3.7.1 -	Crêterios de Validação e Qualidade da Coleta de Dados.....	111
3.7.2 -	Crêterios de Validação e Qualidade na Construção e Análise dos Resultados.	112
3.8 -	Os Aspectos Éticos da Pesquisa	114

4-	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS.....	116
4-1-	O Contexto da Pesquisa	118
4.1.1 -	O Campo da Investigação.....	118
	A Liga de Hipertensão Arterial.....	119
4.1.2 -	Os Participantes do Estudo.	126
4.1.3 -	As Atividades Desenvolvidas pelos Enfermeiros.	134
4.2-	As Categorias Temáticas.	153
4.2.1 -	Perspectiva dos Enfermeiros em relação à Educação em Saúde.....	155
4.2.2-	Planejamento e Desenvolvimento das Atividades Educativas.	165
	A Importância de Conhecer o Contexto dos Clientes.....	172
	A Seleção dos Conteúdos.....	184
	As Técnicas e Recursos de Ensino.	196
4.2.3 -	Avaliação do Processo de Educação em Saúde.	212
5-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
6-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
7-	APÊNDICES	
APÊNDICE A -	Roteiro de Observação	244
APÊNDICE B -	Roteiro de Entrevista	245
APÊNDICE C -	Instrumento de Validação	247
APÊNDICE D -	Termo de Consentimento Pós-Informação.....	251
APÊNDICE E -	Resultado do Processo de Validação.....	252
8-	ANEXOS	
ANEXO A -	Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	257
ANEXO B -	Dados Socio-econômicos dos Clientes	258
ANEXO C -	Programa da Liga de Hipertensão Arterial.....	260
ANEXO D -	Roteiro da Consulta de Enfermagem/Liga de H.A.....	280
ANEXO E -	Levantamento de Dados/ Intervenções de Enfermagem.....	282
ANEXO F -	Perfil de Engajamento no Auto-Cuidado.....	286

1 - INTRODUÇÃO

*O homem não é objeto ,
é sujeito da educação.*

Paulo Freire.

A enfermagem, enquanto saber científico, apresenta uma característica singular que a coloca, mais do que as outras Ciências da Saúde, em uma situação de extrema delicadeza diante de seu objeto. A teorização em enfermagem encontra-se (ou deveria se encontrar) muito próxima da sua prática. Pode-se até dizer que seu objeto de estudo, em termos ideais, está “colado” na prática de enfermagem, o que, por vezes, causa uma certa confusão a respeito de onde termina uma e começa a outra. Desenvolveu-se um saber essencialmente ligado à atividade do cuidar e se isso, por um lado, é importante na medida em que realiza a tão desejada união entre teoria e prática, por outro lado, gera algumas dificuldades.

A dificuldade maior se deve ao fato de que esta proximidade ideal não se efetiva na prática do dia a dia. Por vezes, tem-se a impressão de que existem duas “enfermagens”: uma voltada ao saber teórico, de origem acadêmica, rico em postulações e considerações a respeito do cuidado em enfermagem, seus avanços e deficiências; um saber ainda novo, em formação, mas que constitui aos poucos um corpo teórico próprio. Na outra perspectiva, pode-se observar uma enfermagem fundamentada essencialmente na prática, possuidora dos saberes adquiridos na riqueza do trato diário com os clientes, mas carente de fundamentação teórica mais aprofundada e permeada pelos vícios e dificuldades que caracterizam qualquer saber baseado no senso comum. A formação acadêmica para esta enfermagem não representou mais do que uma exigência para a obtenção do direito de desempenhar a profissão, etapa menor na constituição do profissional; etapa que, felizmente, passou e espera-se que não se repetirá jamais.

Este divórcio entre teoria e prática, entre duas “enfermagens” que buscam caminhar juntas, está na raiz das preocupações que me motivaram a realizar este trabalho. É um tema que não é recente, nem original, mas que costuma assombrar a todos os que se preocupam em fundamentar a Enfermagem como ciência, como um saber autônomo e completo.

A separação entre teoria e prática pode ser visualizada em vários momentos e contextos onde se desenvolvem as atividades de enfermagem,

entretanto, em nenhum outro instante ela se mostra tão evidente quanto no momento em que a enfermagem dedica-se à promoção da saúde, em que as ações de educação em saúde são exigidas. Será neste campo específico da enfermagem que estabelecerei minha análise.

A primeira motivação para que eu adotasse este campo de investigação, se originou ao desenvolver a minha pesquisa de Mestrado. Naquele instante, ao concluir o curso de Mestrado (tendo como tema central da dissertação a recusa ao tratamento da hipertensão arterial), despertei para alguns aspectos relativos a essa problemática que necessitavam de um maior aprofundamento, e, principalmente, vários questionamentos voltados ao desempenho do enfermeiro no seu papel de educador.

Os dados analisados na dissertação indicaram os principais motivos que interferiam na aderência ao tratamento da hipertensão arterial, dentre os quais: crenças sobre saúde, influências culturais, valores espirituais, relacionamento entre cliente e profissional, fatores relacionados à aprendizagem e apoio dos familiares (GUERRA, 1998).

Foi possível observar que havia algo em comum dentre os motivos apontados, ou seja, todos estavam relacionados à necessidade de esclarecimentos e transmissão de informações que pudessem estimular os clientes, apoiados pelos familiares, a seguir o tratamento, que inclui além de medicamentos, mudanças de comportamento.

O segundo motivo que me impulsionou a este assunto, está representado pelo meu envolvimento com essa temática, principalmente, por minhas experiências na prática assistencial a clientes com hipertensão, atendidos em uma instituição especializada em doenças do aparelho cardiovascular e por minhas atividades de estudo e pesquisa, que incluem a participação no Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS) da Universidade Estadual do Ceará e a realização de trabalhos envolvendo essa área. Do estudo da aderência ao tratamento, passei a acreditar na importância de um maior embasamento teórico na área de educação em

saúde, e direcionei o foco das investigações para as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros que atuam diretamente com clientes portadores de hipertensão arterial.

Minha principal inquietação diz respeito ao despreparo dos enfermeiros em relação aos aspectos didático-pedagógicos¹ que devem nortear toda ação educativa. Os currículos de graduação dos cursos de Enfermagem incluem disciplinas de cunho pedagógico, visando à capacitação para a Licenciatura, mas, além de se mostrarem ineficientes no preparo desses profissionais para a prática de ensino, tampouco, despertam nos futuros enfermeiros a consciência da importância do papel de educador. Isso pode ser confirmado quando observamos que muitas das atividades educativas realizadas por profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, não passam da mera transmissão de informações, sem que haja a preocupação de averiguar se essas informações foram compreendidas e valorizadas pelos clientes.

Constatedei, ao iniciar as incursões no campo de estudo, que existia uma completa desarticulação entre o discurso do profissional, recheado de termos técnicos e o universo sociocultural dos clientes, na maioria de baixa escolaridade. A adoção indiscriminada e corriqueira de termos científicos pelos profissionais da área de saúde, não só comprometia todo o processo educativo e comunicativo, como também expressava o despreparo da maioria dos profissionais da área para o desempenho das atividades de educação à saúde.

A preocupação com a prática educativa dos enfermeiros já existe há bastante tempo. E, como um de seus exemplos, estão as iniciativas de práticas educativas dos enfermeiros junto aos clientes portadores de hipertensão arterial. Tem-se buscado, no campo das políticas de saúde, implementar estratégias sistematizadas que visam principalmente melhorar a adesão desses clientes ao tratamento estabelecido para o controle da doença, direcionadas basicamente para a orientação de comportamentos que devem ser adquiridos ou modificados.

¹ Segundo Libâneo (1994, 2000 a), a Pedagogia refere-se à teoria da ação educativa e a Didática, aos instrumentos lógico-metodológicos de leitura das situações pedagógicas concretas.

Porém, apesar do reconhecimento da importância do papel do enfermeiro no processo de adesão e educação do cliente, tal prática não tem sido transformadora da qualidade de saúde dos portadores de hipertensão arterial, pois os índices de não-aderência e complicações decorrentes desta doença têm se mantido bastante elevados.

Os mais variados estudos, desenvolvidos em sua maioria por teóricos ligados à área de saúde (notadamente enfermeiros), também tentam compreender e propor alternativas para o processo de educação em saúde. Smeltzer e Bare (1998), por exemplo, constata que a enfermeira, ao atuar no ensino e educação dos clientes no sentido de comportamento de aderência, tem como responsabilidade avaliar todas as variáveis que influem positivamente na adesão e implementá-las no plano de ensino do cliente. Esse posicionamento é reforçado por Pierin (1986), ao afirmar que a enfermeira atua como educadora dirigindo o indivíduo portador de hipertensão para o autocuidado e usando a orientação como forma de abordagem, contribui para aumentar a aderência ao tratamento. Sabóia (1999) destaca a ênfase que é dada à função educadora da enfermeira, porém chama atenção para a existência de ambigüidades sobre o tipo de educação que é empreendido junto à clientela e para o fato de não serem realizadas análises dos elementos teóricos, ideológicos e práticos, que têm estado subjacentes às ações educativas desenvolvidas na área de saúde.

De acordo com Chaves (1990), a educação em saúde é uma importante estratégia para a promoção do autocuidado da pessoa com hipertensão, na medida em que estimula, introduz, facilita ou mantém práticas de promoção e manutenção da saúde. Para ela, o processo de educação em saúde deve valorizar o indivíduo como agente desse processo e não apenas um receptor de assistência, assumindo uma postura ativa e reflexiva em relação a seus comportamentos, a partir de novos conceitos que lhe pareçam convincentes e convenientes. Ainda, segundo a autora, a eficácia da educação em saúde está intimamente relacionada à metodologia utilizada no seu planejamento e desenvolvimento, pois tem como meta a manutenção de comportamentos positivos em saúde e mudança dos adversos, pela assimilação de

novos conceitos e modificações de comportamento. Afirma, também, que a educação em saúde não deve estar baseada apenas no conhecimento que o educador tem do assunto sobre o qual vai discorrer, pois para que ocorra mudança de comportamento é necessário que o educando assimile o conteúdo exposto e convença-se de seus benefícios para, finalmente, tentar viabilizá-lo no seu cotidiano.

A apresentação, mesmo que na forma resumida, de algumas teorizações relativas à educação e promoção em saúde, serve como ponto de partida para o empreendimento de uma investigação acerca da seguinte constatação: nós enfermeiros, ao mesmo tempo em que, aparentemente, tematizamos tão bem o processo de educação em saúde, não conseguimos efetivar em termos práticos as políticas propostas por estas tematizações. E, se é verdadeira esta constatação, vale a pergunta: quais as razões que nos levam a esta impossibilidade?

Definição do objeto de estudo

A fim de tentar responder a esta indagação, procurei desenvolver um estudo com base em uma abordagem diferenciada da maioria das análises sobre a temática. Propus-me investigar as ações de educação e promoção em saúde, à luz das teorias desenvolvidas ao longo, principalmente, dos últimos quarenta anos pela ciência pedagógica brasileira. Analisarei, portanto, a educação em saúde com um olhar diferente, um olhar de fora, estrangeiro e estranho porque oriundo de um outro saber.

Situando o saber e a prática em enfermagem dentro do plano maior das tendências pedagógicas pensadas e efetivadas no Brasil ao longo dos últimos anos, acredito poder compreender o *como* e o *porquê* da inaplicabilidade de determinadas teorias à prática do cuidado. Isto porque, ao contrário do que possa às vezes parecer, a enfermagem não existe separada da realidade e da história. O enfermeiro de hoje foi sem dúvida alguém que, em determinado momento histórico, foi educado em

uma determinada sociedade, e submetido a uma determinada concepção ideológica a respeito do seu lugar e papel social. Pensar as práticas educativas da enfermagem hoje, pressupõe pensar a formação da enfermagem e esta, por sua vez, pressupõe pensar o lugar que a sociedade brasileira estabeleceu tanto para a educação como um todo como para a educação em saúde. A quem se destinam, a quem devem ser úteis: ao povo ou às elites?

Nessa pesquisa, os principais focos de interesse estão dirigidos ao planejamento das ações educativas, às tendências pedagógicas que permeiam as práticas, aos procedimentos didáticos, aos comportamentos dos enfermeiros que atuam como educadores e à forma de relacionamento com os educandos.

O objeto central deste estudo são as ações de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros, junto a clientes portadores de hipertensão arterial, com o intuito de promover a saúde e facilitar o processo de adesão à terapêutica. Parto do pressuposto de que não existe uma prática unívoca ou uma tendência pedagógica definida embasando as ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, mas um conjunto de idéias difusas ou generalistas que norteiam as práticas, na sua maioria alicerçadas no modelo biomédico, com seu caráter paternalista e curativo e, de forma inconsciente, amparadas nas antigas concepções tradicionais de educação. A partir dessa constatação procurarei propor atividades de educação em saúde, baseadas nas concepções críticas da educação que tiveram sua origem, no Brasil, nos trabalhos teóricos e práticos do educador Paulo Freire.

Diante do exposto, considero fundamental a realização de um “estudo de caso” enfocando a metodologia empregada pelos enfermeiros no processo de educação em saúde, que possa trazer à tona os princípios teóricos utilizados na relação educador - educando, na seleção dos conteúdos de ensino, nos métodos de ensino empregados, dentre outros aspectos.

Tendo em vista, os estudos realizados dentro dessa temática, o conhecimento construído ao longo da minha trajetória de vida acadêmica e as

A análise e discussão do processo de educação em saúde realizado por enfermeiros e dirigido à clientela portadora de hipertensão arterial, favorecerá uma reflexão acerca de diversos aspectos, positivos e negativos, envolvidos nas atividades educativas e poderá contribuir para identificar caminhos que possibilitem a transformação das ações de educação em saúde em uma prática efetiva, participativa e democrática.

Uma prática que leve em consideração o respeito à autonomia do cliente, reconhecendo que deve partir dele o desejo, a motivação e a iniciativa em aderir ao tratamento. Uma prática que estabeleça que cabe ao profissional de saúde, especialmente ao enfermeiro, o papel de educador, entendido aqui, não como mero transmissor de informações, mas um educador preocupado com as necessidades do cliente e respeitando seu contexto social, sua cultura, suas crenças e seu saber fundamentado no senso comum.

2 - O RESGATE
DO TEMA NA
LITERATURA

Não se pode depositar o saber no outro.

ele é o fruto da inserção lúcida na realidade.

Paulo Freire.

2.1 - Promoção da Saúde.

2.1.1 - Marcos Históricos.

Durante o século XX ocorreram inúmeras transformações sociais, tecnológicas, científicas, econômicas e políticas que provocaram um significativo impacto na saúde, representado basicamente pela diminuição dos índices de natalidade; elevação da parcela da população que alcança sessenta e cinco anos ou mais; alteração do padrão das doenças, anteriormente caracterizado por males agudos e, atualmente, por patologias crônicas; aumento da concentração de pessoas nos centros urbanos; diversidade cultural da população e mudança no enfoque do sistema de saúde, substituindo a ênfase ao tratamento e cura de doenças pela prevenção, promoção da saúde e gerenciamento de condições crônicas (LESSA, 1998a).

Tais transformações associadas ao elevado custo do sistema de saúde têm exigido esforços no sentido de reestruturar os serviços oferecidos à população, e nesse contexto, a promoção da saúde tornou-se a pedra fundamental na política governamental, devido à necessidade de gerenciar adequadamente os recursos, controlar gastos com atendimentos e principalmente, reduzir a incidência de doenças e mortes evitáveis.

A preocupação com a promoção da saúde não é recente, suas raízes estão no movimento sanitário do final do século XIX, porém os principais marcos referenciais dessa abordagem ocorreram a partir da década de setenta e referem-se aos resultados de diversas conferências internacionais, dos quais pode-se citar a Declaração de Alma Ata, a Carta de Ottawa, a Declaração de Adelaide, de Sundsvall, de Jacarta e do México e, ainda, no âmbito da América Latina, a Carta de Bogotá.

Para Buss e Ignara (1996), a promoção da saúde continua sendo um paradigma válido e alternativo na solução dos enormes entraves aos serviços de assistência às populações da maioria dos países. Apesar de não se constituir em algo absolutamente novo, pois reúne elementos de diversas fases da relação entre sociedade e saúde, possui o mérito de alcançar um notável consenso político em todo o mundo e em diferentes culturas.

Um dos mais importantes marcos referentes à mobilização internacional em torno da promoção da saúde é a Declaração de Alma Ata (1978), fruto da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* realizada na antiga União Soviética, que enfatiza a saúde de todos os povos como a mais importante meta social mundial, expressando a necessidade de ação urgente e conjunta de todos os governos com os muitos setores sociais e econômicos (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

As principais recomendações da Declaração de Alma Ata visam atingir a meta de *Saúde Para Todos no Ano 2000* e enfocam os seguintes aspectos: - o direito e o dever dos povos de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde; - a necessidade de reduzir a lacuna entre as condições de vida e bem-estar dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos, através do progresso econômico e social, baseado numa ordem econômica internacional; - o compromisso e a responsabilidade dos governos pela saúde; - a importância da promoção e proteção da saúde para melhorar a qualidade de vida e a ênfase nos cuidados primários, como chave para que essa meta seja atingida.

Em 1986, foi celebrada em Ottawa no Canadá, a *Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, embasada nos preceitos da Declaração de Alma Ata e no documento *Os Objetivos de Saúde para Todos, da Organização Mundial de Saúde (OMS)*. Essa conferência trouxe a ampliação da concepção de promoção, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Os resultados dessa conferência foram apresentados em um relatório final denominado Carta de Ottawa (1986) que preconizou cinco campos de ação para promoção de saúde:

- * elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- * criação de ambientes favoráveis à saúde;
- * reforço da ação comunitária;
- * desenvolvimento de aptidões pessoais, e;
- * reorganização dos serviços sanitários.

Dois desses campos de ação, foram desenvolvidos como temas centrais nas conferências seguintes.

A *Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde* foi realizada na Austrália em 1988 e tratou das *Políticas Públicas Saudáveis*. A Declaração de Adelaide (1988), resultado dessa conferência, enfatiza que as Políticas Públicas Saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a população. E, ainda, enfoca a responsabilidade dos governos nessas áreas, a necessidade de superação das desigualdades sociais e econômicas e a garantia de igualdade e acesso aos serviços de saúde para os grupos mais desprivilegiados (INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1988).

No ano de 1991, em Sundsvall na Suécia, aconteceu a *Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, que teve como temas centrais *Ambientes Favoráveis à Saúde e Desenvolvimento Sustentável à Qualidade de Vida*. A Declaração de Sundsvall (1991) traz em seu bojo a noção de que o ambiente não é restrito apenas à dimensão física, mas que deve ser compreendido nas dimensões social, econômica, política e cultural (INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1991).

Na Terceira Conferência foi enfocada a dificuldade de atingir a meta *Saúde Para Todos no Ano 2000*, devido à situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em ambientes altamente degradados e ameaçadores. Preconizou-se a necessidade de tornar o ambiente cada vez mais propício à saúde e, para tanto, foi conclamada a participação de políticos, de responsáveis por setores relevantes e de diferentes níveis da sociedade, bem como, defensores e ativistas do setor saúde, do meio ambiente e da justiça social.

No âmbito da América Latina, realizou-se em 1992 a *Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, na cidade de Santafé de Bogotá, Colômbia, que contou com a participação de representantes de 21 países, dentre eles, o Brasil. A Carta de Bogotá (1992) constata as dificuldades enfrentadas pela América Latina na busca pelo bem-estar geral, devido à crise econômica que se prolonga a vários anos e aos programas das políticas de ajuste macro-econômico e destaca a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento dos povos (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992).

Na carta, destaca-se a situação epidemiológica da América Latina, caracterizada pela persistência ou ressurgimento de endemias como a malária, cólera, tuberculose e desnutrição; aumento da incidência de doenças crônicas e o surgimento de novas enfermidades como a AIDS ou as resultantes da deteriorização ambiental; além de problemas na ordem política que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões.

A *Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, com o tema *Promoção da Saúde no Século XXI*, foi realizada em 1997, na cidade de Jacarta, Indonésia. Esta foi a primeira conferência a ter lugar em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1997).

A Declaração de Jacarta (1997) reforça a importância da promoção da saúde como elemento essencial para o alcance do bem-estar e da saúde como um direito humano fundamental para o desenvolvimento social e econômico. Destaca as cinco estratégias de promoção propostas na Carta de Ottawa e, com base em pesquisas realizadas mundialmente, recomenda a utilização de enfoques abrangentes, que empreguem combinações das cinco estratégias, pois mostram-se mais eficazes que os enfoques limitados. Considera como prioridades para a *Promoção da Saúde no Século XXI*, o compromisso e a responsabilidade social para com a saúde; o aumento de investimentos, consolidação e expansão de parcerias para fomentar a área; a valorização da participação comunitária e a criação de infraestrutura para a promoção da saúde.

E, mais recentemente, em junho de 2000, na cidade do México, aconteceu a *Quinta Conferência Mundial de Promoção da Saúde*, que teve como foco principal o alcance da equidade em saúde. A preocupação com a equidade está no centro do conceito de promoção e perpassa os documentos produzidos nas conferências anteriores.

Segundo o Relatório Técnico da Conferência (2000), no início do novo século permanecem dois desafios: demonstrar e comunicar que as políticas e práticas de promoção da saúde podem fazer a diferença na qualidade de vida; e, alcançar maior equidade em saúde. A compreensão acerca dos determinantes das desigualdades melhorou significativamente, porém ainda existem grandes diferenças e injustiças sociais e econômicas que continuam corroendo as condições de saúde (GLOBAL CONFERENCE FOR HEALTH PROMOTION, 2000).

Na conferência foram discutidos as estruturas e os recursos necessários à implementação e sustentação da promoção da saúde a nível local, nacional e internacional, dentre os quais, pode-se citar, investimento continuado em pesquisas e avaliação das estratégias de promoção; desenvolvimento de indicadores de saúde (fatores determinantes, equidade, impacto das estratégias, etc); participação, integração e cooperação entre pesquisadores, políticos, profissionais de saúde e

comunidade; identificação e divulgação de estratégias eficientes de promoção da saúde; mobilização de recursos financeiros, materiais e humanos; e, desenvolvimento da capacidade e habilidades das comunidades e recursos humanos, através da educação, treinamento e troca de experiências.

É possível observar em todos os documentos sobre promoção da saúde, a necessidade de reorientação dos serviços de atendimento à população; a importância da participação da comunidade e dos setores de saúde, sociais, políticos, econômicos e ambientais; a ênfase à responsabilidade dos governantes e o papel fundamental da educação, informação e comunicação nesse processo.

2.1.2 - Conceito, Pressupostos Teóricos e Estratégias de Ação.

Segundo Alves et al. (1996), apresentar um conceito de promoção da saúde é uma tarefa difícil, pois não existe um consenso a respeito do uso de uma definição operacional do termo, dado que também não há acordo sobre o que se entende por saúde.

A OMS (1946) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, porém este conceito tem sido alvo de críticas, por ser praticamente inatingível. É uma utopia afirmar que as pessoas possam alcançar um completo bem-estar em todos os aspectos e fases da vida.

De acordo com Smeltzer e Bare (1998), ao se encarar saúde e doença como um *continuum* é possível compreender uma pessoa sem que ela esteja totalmente saudável ou doente. Nesse enfoque é possível entender que a saúde de uma pessoa está em constante mudança e tem o potencial de variar de alto nível de bem-estar até um nível extremamente precário.

Atualmente, a saúde é vista como dinâmica, uma condição sempre em mudança que torna a pessoa capaz de funcionar em um potencial ótimo a qualquer tempo. O bem-estar consiste na possibilidade da pessoa funcionar no seu potencial mais alto dentro das limitações sobre as quais ela não tem controle, como é o caso de pessoas com doenças crônicas ou com incapacidades.

O conceito de promoção da saúde tem evoluído a partir da modificação na definição de saúde e da conscientização de que existe bem-estar em muitos níveis de funcionamento.

Norton (1998) vê a promoção da saúde como uma atividade diversificada, complexa e multifacetada, afirmando que, o conceito é um termo amplo que inclui e sobrepõe os diversos campos da educação em saúde, estrutura social, prevenção de doenças e proteção à saúde. Para o autor, a promoção é constituída por uma variedade de atividades que influenciam na política de saúde pública, em níveis locais e governamentais.

A promoção da saúde na visão de Gillis (1994), é conceituada como a ciência e a arte de auxiliar as pessoas a atingir um estado de ótimo bem-estar, através de mudanças no seu estilo de vida. O enfoque dessa definição está na mudança de comportamentos que resultam na melhoria do estilo de vida e da saúde.

Para Smeltzer e Bare (1998), a promoção da saúde pode ser definida como atividades que assistem a pessoa no sentido de desenvolver os recursos que irão manter ou aumentar sua qualidade de vida, ou seja, refere-se às atividades que a pessoa desempenha na ausência de sintomas na tentativa de se manter saudável.

Na definição da OMS (1984) citada por Naidoo e Willis (1998), a promoção da saúde representa um conceito que solidifica a necessidade de mudança no estilo e condições de vida com a finalidade de atingir o bem-estar. E ainda, representa as estratégias de mediação entre a população e seus ambientes, a capacidade de realizar escolhas pessoais e a responsabilidade social na criação de um futuro saudável.

E, finalmente, na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é conceituada como um processo através do qual a comunidade adquire meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social, as populações devem ser capazes de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptarem-se ao meio ambiente (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Pode-se observar que os principais aspectos que integram a noção de promoção da saúde referem-se à possibilidade de oferecer aos indivíduos, grupos e comunidades a condução de comportamentos positivos para a saúde, permitindo exercer maior controle sobre os fatores que a determinam, favorecendo um estilo de vida mais saudável. A condição para alcançar tudo isso estaria baseada na necessidade de todas as pessoas assumirem o compromisso real de assegurar um alto nível de bem-estar.

Para Assis (1990) citado por Alves et al. (1996), todas as concepções de promoção da saúde destacam a capacidade para desenvolver habilidades sociais, relacionadas com o próprio indivíduo, com a comunidade e com o meio ambiente, nos aspectos políticos, legislativos e recursos administrativos.

De acordo com Yunes (1999), promoção da saúde é um conceito antigo, mas que na prática não tem sido bem entendido e muitas vezes, confundido com prevenção de doenças. A prevenção é mais restrita e quase sempre identificada com a vacinação. A promoção, ao contrário, é mais ampla e não se preocupa apenas com a ausência de doença, mas com a proteção da pessoa e com a garantia de um ambiente e condições de vida saudáveis.

A promoção da saúde aborda o ambiente, o comportamento e o potencial das pessoas para manter ou aumentar sua saúde, enquanto que a prevenção das doenças tem como foco um problema ou uma doença. É classificada nos níveis primário, secundário e terciário e utiliza-se de ações específicas, dentre as quais

pode-se citar, a detecção precoce das patologias e a reabilitação para minimizar seqüelas (SPELLBRING, 1991; PENDER et al., 1992).

Stachtchenko e Jenicek (1990) apud Alves et al. (1996), fazem a distinção entre prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir de três aspectos: conceito de saúde, características do modelo de atenção à saúde e estratégias de ação.

Na perspectiva da prevenção, a saúde corresponde à ausência de doenças; o modelo de atenção é meramente biomédico; as estratégias de ação são específicas, persuasivas, dirigidas apenas a grupos de risco da população e voltadas aos aspectos concretos da patologia; e, há participação apenas de profissionais de saúde de determinadas disciplinas.

Segundo esses autores, no enfoque da promoção, a saúde corresponde a um conceito positivo e multidimensional; o modelo de atenção é participativo e dirigido a toda população; as estratégias de ação visam favorecer a constituição de uma população saudável, abordando a saúde de forma ampla e levando em consideração o ambiente; e, há o envolvimento de vários grupos da sociedade, profissionais ou não.

É possível perceber a abrangência e a multiplicidade das ações de promoção da saúde, nas quais a prevenção é uma de suas estratégias associada à maior participação da população, à educação em saúde, à melhoria do ambiente, ao envolvimento e compromisso de diversos setores sociais e à luta pela igualdade social em busca do bem-estar para todos.

Essa perspectiva de promoção da saúde surgiu em contraponto aos modelos epidemiológicos e clínicos vigentes a partir do século XX. Tais modelos foram bastante difundidos nos meios científicos, muitos caíram em descrédito e outros, ainda hoje, apesar de serem alvos de crítica respaldam e orientam as ações de diversos segmentos dos serviços de saúde.

Barreto e Carmo (1995) afirmam que, atualmente, os modelos de causalidade são os mais utilizados como fundamento para a elaboração das políticas

de saúde e identifica três deles: a teoria do germe, que apesar de ter sua importância diminuída com a redução das doenças infecciosas nos países desenvolvidos, ainda goza de grande prestígio em quase todo o mundo, incluindo o Brasil, devido à recente epidemia de AIDS e o desenvolvimento da imunologia. As estratégias de intervenção dizem respeito à adoção de medidas que tenham como alvo o agente infeccioso e como *locus* de atuação o corpo humano individualizado, e das quais, pode-se citar a utilização de vacinas e os medicamentos antibacterianos. A teoria do estilo de vida compreende a doença como consequência do modo de vida das pessoas e tem sido valorizada em decorrência de diversos estudos que demonstram a associação entre os riscos para determinadas doenças e uma série de fatores como alimentação, hábito de fumar, sedentarismo, dentre outros. Baseiam-se nesse modelo, as intervenções que fortalecem os programas de educação em saúde e que têm como estratégia o convencimento dos indivíduos para adoção de comportamentos positivos, voltados para o bem-estar. A teoria ambiental aborda os novos comportamentos gerados pelas mudanças no ambiente, principalmente os oriundos do processo industrial, que são responsáveis por uma gama de problemas de saúde, mas, mesmo com esse enfoque, as estratégias de ação voltam-se para a política de prevenção fundamentada na proteção individual.

Somando-se a essas teorias, Barreto e Carmo (1995) apresentam a teoria genética, que apesar de incipiente, cresce como resultado de pesquisas voltadas para o conhecimento do genoma humano e buscam identificar na estrutura genética o núcleo gerador de qualquer problema de saúde do indivíduo. Segundo os autores, “por suas características, seu fortalecimento representa a expressão máxima da biologização na causação das doenças e da individualização nas práticas de saúde.”

Tais abordagens que buscam identificar causas específicas para as doenças e concentram no indivíduo a responsabilidade pela manutenção de seu bem-estar, não mais condizem com o atual conceito de saúde. O indivíduo não é um mero portador de doenças, sobre o qual incidem estratégias de intervenção elaboradas a partir de modelos unicausais. Como já foi mencionado anteriormente, saúde e

doença constituem um processo *continuum*, onde interagem inúmeros fatores e no qual o ser humano, em sua totalidade, relaciona-se constantemente com o ambiente que o cerca.

Durante o século XIX, as políticas públicas dirigiam-se basicamente, para a influência da infra-estrutura ambiental na manutenção da saúde. No início do século XX, o foco da saúde pública foi direcionado para o indivíduo, devido principalmente, ao advento da imunologia, porém nos últimos anos, a tendência é o retorno ao enfoque vigente no século XIX, com a valorização de aspectos relativos à estrutura, ambiente e ecologia.

De acordo com Barreto e Carmo (1995), os defensores da visão estruturalista, que tem sua origem no século XIX, têm proposto mudanças que alcancem as raízes dos problemas e não apenas a sua expressão.

Estilos de vida e comportamentos tornaram-se preocupações da saúde pública e o indivíduo passou a ser visto dentro do seu contexto psicossocial, não só como consumidor dos serviços oferecidos por esse setor, mas como participante do seu estado de saúde.

Hoje, buscam-se modelos que contemplem mais do que a simples prestação de cuidados ou medidas preventivas; que estejam em alerta, também, para as variáveis biológicas, psíquicas, sociais, culturais e ambientais. Desse modo, a alternativa seriam modelos interativos que reúnam ações individuais e coletivas.

No início da década de setenta surgiu o modelo “Campo de Saúde”, desenvolvido por Lalonde² (1974), que é composto por quatro elementos: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção à saúde.

No elemento biologia humana, incluiu-se as características imutáveis do indivíduo, como idade, sexo, raça, constituição do organismo, patrimônio genético,

² Marc Lalonde, ministro canadense da Saúde e Bem-estar, publicou em 1974, Nouvelle *Perspective de la Santé des Canadiens – un document de travail*, documento que ficou conhecido como “Informe Lalonde”.

etc.. O estilo de vida compreende hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo. Em relação ao estilo de vida, pressupõe-se que o indivíduo tenha controle dos seus hábitos e atitudes. O ambiente apresenta-se em três dimensões (física, social e psicológica) e refere-se aos eventos externos ao corpo sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle tais como, clima, hidrografia, poluição ambiental, nível socioeconômico, riscos ocupacionais, processo de urbanização, migração, tensões sociais, dentre outros. E, o elemento organização do sistema de atenção à saúde, consiste na disponibilidade qualitativa e quantitativa e na abrangência dos serviços preventivos, curativos e de reabilitação para toda a população (LALONDE, 1974).

O trabalho de Lalonde combina pressupostos das abordagens estruturalista (ambiente) e comportamental (estilo de vida) e representa uma oposição ao modelo biomédico, no qual o corpo é separado da mente, a doença do paciente e o paciente da sociedade e da sua cultura (BUNTON e MACDONALD, 1993).

Segundo Gentile (1999), o conceito de “campo de saúde” vincula a determinação de necessidades e a seleção dos meios para satisfazê-las, partindo da análise dos problemas de saúde. Assim, a grande contribuição dessa visão unificada foi relacionar as determinações como parte do processo para buscar a melhoria das condições de vida e a orientação preventiva. A autora aponta que o “Informe Lalonde” tornou-se um ponto aglutinador de novas perspectivas para a intervenção em saúde pública.

Esse modelo incentivou uma série de discussões relativas às políticas de saúde, inclusive iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), representadas principalmente pela assembléia de Alma-Ata, da qual originou-se a meta *Saúde Para Todos* e os pilares das Conferências Internacionais de Saúde.

As práticas de promoção da saúde, segundo Buss (1999), podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro, a promoção consiste nas atividades

dirigidas a mudanças de comportamento dos indivíduos, com ênfase no estilo de vida, situando-os no seio da família e, no máximo, da comunidade. As estratégias de ação, nesse caso, baseiam-se em componentes educativos, visam modificar comportamentos de risco e enfocam a responsabilidade do indivíduo na manutenção da saúde.

Atualmente, as ações de promoção são mais abrangentes e estão sustentadas na constatação de que a saúde é resultado de um amplo espectro de fatores relacionados com qualidade de vida, dos quais pode-se citar: habitação, educação, renda, alimentação, ambiente adequado, além de aspectos relativos à igualdade e justiça social.

Trentini et al. (1996), baseadas na Carta de Ottawa, afirmam que a promoção da saúde tem ações múltiplas designadas a responder aos desafios referentes à redução das desigualdades sociais, aumentar a prevenção de doenças e melhorar o enfrentamento de situações de vida. Estas ações se caracterizam pela troca de informações, mediante a educação em saúde, o que possibilita às pessoas a tomada de consciência da sua situação, bem como das relações destas com os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e fisiológicas.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), as ações de promoção da saúde têm o objetivo de reduzir as diferenças no atual estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, promovendo os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo seu potencial de bem-estar. As estratégias e programas de promoção devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades específicas de cada país e região, e respeitar os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Como já foi mencionado anteriormente, a Carta de Ottawa determinou cinco campos de ação para promoção da saúde, que serão explicitados a seguir:

- elaboração de políticas públicas saudáveis - a promoção da saúde vai além dos cuidados prestados à comunidade e deve ser a prioridade dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores. A política de promoção da saúde deve assegurar a equidade nos níveis sanitário, monetário e social, através da combinação de diversos enfoques complementares, nos quais figuram a legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde - que envolve estratégias de proteção dos ambientes naturais e artificiais e a conservação dos recursos naturais. A saúde deve ser compreendida sob uma abordagem socio-ecológica, pois são inseparáveis as ligações entre a população e seu meio ambiente. A criação de uma sociedade saudável depende de mudanças no modo de vida, de trabalho e de lazer;
- reforço da ação comunitária - inclui a participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde. O centro desse processo provém do real poder das comunidades, da posse e controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades baseia-se nos recursos humanos e materiais nelas existentes para estimular a independência e apoio social, assim como para desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação popular e o controle das questões sanitárias. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado;
- desenvolvimento de aptidões pessoais - a promoção da saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de

informação, educação para a saúde e aperfeiçoamento de habilidades indispensáveis à vida, aumentando, assim, as alternativas disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua saúde e sobre o meio ambiente;

- reorganização dos serviços sanitários - o setor sanitário deve exercer um papel cada vez maior na promoção da saúde, de tal forma que transcenda a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos e médicos. Os serviços de saúde devem criar meios de comunicação entre o setor sanitário e os setores sociais, políticos e econômicos, além de adotar uma postura mais abrangente, respeitando as peculiaridades culturais. A reorientação dos serviços de saúde deve estar baseada em pesquisas nessa área, assim como, são necessárias alterações na formação dos profissionais que atuarão em tais serviços. A mudança na atitude e na organização dos serviços sanitários deve focalizar as necessidades do indivíduo como um todo.

Diante deste texto, pode-se apresentar sucintamente, as seguintes atividades de promoção da saúde: educação em saúde, proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais, desenvolvimento e participação da comunidade, adequação das condições de vida e trabalho, atenção à pesquisa e mudanças na educação profissional, adoção de medidas de proteção e manutenção da saúde, e, desenvolvimento de políticas de saúde pública em consonância com os diversos setores sociais, políticos e econômicos.

Para King (1994) apud Alves et al. (1996), essas atividades proporcionam a visão de que a promoção da saúde é um meio para um fim, uma entidade distinta no cuidado, de modo que assegure a assistência para todos. A promoção da saúde é multidimensional e envolve capacitação e instrumentalização das pessoas para controlar seu estado de bem-estar, mediante atividades diversas, incluindo educação em saúde.

É possível perceber que a educação em saúde compõe a promoção da saúde, sendo um de seus aspectos mais relevantes, pois, pela sua abrangência permeia muitas das atividades de promoção, como o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à ação comunitária, além de estar relacionada aos problemas prevalentes e aos métodos de prevenção e controle das doenças.

2.1.3 - A Promoção da Saúde no Brasil.

Até meados dos anos 80, vigorava no Brasil o denominado modelo médico-assistencial privatista, caracterizado principalmente por: - privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; - desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o favorecimento da produção privada desses serviços; - criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; e, - uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural (ANDRADE, 2001).

Esse modelo não apresentava compromissos com a melhoria dos níveis de saúde da população; retratando uma prática médica essencialmente curativa, hospitalar, centrada na técnica e na sofisticação tecnológica; além de ser excludente, pois só tinha acesso ao serviço quem contribuía com a previdência. Apesar de apresentar características de uma assistência estatal, na verdade, tratava-se de uma crescente privatização do setor saúde. O governo investia cada vez menos em sua própria rede, aumentando a participação do setor privado, através de convênios e credenciamentos.

Na percepção de Oliveira e Souza (1998), esse sistema foi criticado desde o seu nascedouro, porém tais críticas não vieram à tona na ocasião, devido à

repressão gerada pelo regime militar. Nesse período, as lideranças sindicais haviam sido praticamente extintas e a participação dos trabalhadores nas discussões sobre o sistema de prestação de serviços médicos inexistia.

No início da década de 80, o Brasil atravessava uma profunda crise econômica e o sistema de saúde começou a apresentar sinais de esgotamento, gerando uma crescente insatisfação da população em relação à qualidade da assistência prestada e das condições de vida que, paralelamente, ao processo de redemocratização, determinaram grandes transformações no sistema de saúde.

Com a abertura política, a partir dos anos 80, vão se reestruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Inúmeras discussões acadêmicas sobre políticas públicas e a reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde deram início ao denominado Movimento Sanitário, que teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro (OLIVEIRA e SOUZA, 1998).

O Movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área, passaram a criticar o modelo vigente e a propor alternativas.

Na interpretação de Sabóia (1999; p. 91):

Apesar de não ter sido representado na Conferência Internacional em Alma-Ata, o Brasil sofreu influência das propostas e recomendações desse evento. As idéias foram incorporadas por intelectuais da oposição e médicos sanitaristas progressistas que, apoiados por alguns profissionais da área e pela população em geral, iniciaram um processo de mudança significativa no plano institucional. Esse movimento recebeu a designação de Reforma Sanitária.

À medida que o processo de abertura política se ampliava, a oposição conquistou espaços no Parlamento, o movimento pela reforma sanitária foi se fortalecendo e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e

populares, bem como parlamentares interessados na causa. Houve uma sucessão de planos, siglas, propostas frustradas que caracterizaram a efervescência da produção intelectual do Movimento Sanitário brasileiro e era preciso que esses conceitos fossem colocados em prática, pois as iniciativas isoladas não impactavam sobre a saúde do país.

Em 1985, após a eleição de Tancredo Neves/Sarney e com a previsão da elaboração da nova Constituição Brasileira, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília, em março de 1986 e se tornou um divisor de águas no Movimento Sanitário (OLIVEIRA e SOUZA, 1998).

A Conferência contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares, que discutiram temas voltados à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, financiamento do setor e ao conceito de saúde como direito de cidadania, onde esta é entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse de terra, transporte, emprego, moradia. Tal evento tornou-se o marco das reformas que foram, e estão sendo, processadas no setor saúde, nas últimas décadas (ANDRADE, 2001).

Segundo o relatório da Conferência, a saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas, sendo considerada “um direito de todos e dever do Estado” (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A concretização das propostas da Reforma Sanitária aconteceu, no plano jurídico e institucional, com a aprovação da nova Constituição Brasileira em 1988, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: - descentralização; - atendimento integral, com prioridades para as atividades

preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, - participação da comunidade.

De acordo com a doutrina do SUS, a normatização e planejamento das ações ocorrem na esfera Federal, ficando a execução dos serviços como atribuição dos Estados e, sobretudo, dos Municípios. É garantido o exercício e a participação da iniciativa privada na saúde, que além de ser regulamentada por disposições e princípios gerais de atenção à saúde, pode participar de forma complementar, ou seja, quando o serviço privado é contratado pelo SUS, deve atuar usando as mesmas normas do serviço público (ANDRADE, 2001; OLIVEIRA e SOUZA, 1998).

A trajetória na busca do entendimento da promoção da saúde no Brasil, segundo Alves et al. (1996), efetivou-se nas discussões e implantação do Sistema Único de Saúde, retratando a preocupação com o aspecto econômico dos resultados esperados e com o rigor teórico-prático da essência de uma nova abordagem em saúde, no rumo de um novo paradigma.

O SUS é um sistema único porque segue a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, apresentando as seguintes características principais:

- universalidade - garantia do direito de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, em todos os serviços públicos ou contratados, sem qualquer discriminação;
- equidade - deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente da pessoa pagar ou não a Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento;
- integralidade - deve ver a pessoa como um todo que faz parte da sociedade;
- descentralização - as responsabilidades e o poder de decisão quanto às ações de saúde devem ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre sua solução;

- racionalidade – as ações e os serviços devem ser oferecidos de acordo com as necessidades da população. O SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado de acordo com as características de cada população;
- hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, onde o acesso da população à rede de saúde se dará através dos serviços de nível primário de atenção;
- resolutividade – deve produzir resultados positivos, solucionando os problemas da população. Deve ter qualidade, utilizar técnicas adequadas, de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos, eliminar o desperdício e aplicar os recursos públicos da melhor maneira possível;
- participação – deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema (dirigentes institucionais, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e principalmente, a população). Esse direito se refere ao processo de formulação de políticas de saúde e ao controle de sua execução, que se concretiza através dos Conselhos de Saúde nacionais, estaduais e municipais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Com base nesses princípios, o SUS objetiva transformar o modelo assistencial médico hospitalar, centrado na assistência individual, assistemática, fragmentada, curativa e sem garantia de qualidade, em um modelo de assistência integral, universalizada, hierarquizada, que enfoca a saúde dentro do contexto social das populações.

Na prática, porém, existem inúmeros obstáculos para implantação do SUS de forma efetiva. O Ministério da Saúde vem enfrentando sucessivas crises; há dificuldades de financiamento do setor; os serviços de saúde não se estruturaram

para o aumento da demanda ocasionado pela universalização da assistência; a maioria dos órgãos formadores de recursos humanos continua preparando profissionais voltados para a cura e o cuidado da doença; além do entrave gerado pela política neo-liberal do atual governo, que defende a existência de um Estado Mínimo, ou seja que interfira na vida das pessoas de forma reduzida, facilitando assim, a política de privatização, a abertura ao capital estrangeiro e o total abandono no campo das políticas públicas (ALVES et al., 1996; OLIVEIRA e SOUZA, 1998).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, teve como tema central *A Efetivação do SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*. No seu relatório final, foi traçado o cenário atual do desenvolvimento do SUS, no qual foram apontadas as dificuldades para sua implantação, principalmente àquelas relacionadas à inadequação entre sua doutrina e a política social e econômica do governo em exercício.

Apesar dessas dificuldades, muitos municípios estão desenvolvendo as propostas do SUS em sua plenitude e são exemplos de sistemas de saúde eficientes e universais. O respeito aos princípios do SUS garante um sistema de saúde eficiente, resolutivo, democrático e de qualidade e é por isso, que todos os segmentos da sociedade devem envolver-se na luta por sua efetivação.

No relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), também foram delineadas reivindicações e propostas que devem servir de norte para as lutas pela implementação do SUS: - instituição de um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, com instrumentos de controle social como o Ministério Público e os Conselhos de Saúde, no contexto das políticas de Estado Mínimo do atual governo; - definição de uma política que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade; - recuperação da imagem do serviço público como prestador qualificado de serviços de saúde; - valorização da promoção e prevenção, superando a visão restrita da assistência; - criação de mecanismos para que cada cidadão possa exercer seu papel de fiscalização dentro das políticas públicas na sociedade; - rejeição

à Lei de Responsabilidade Fiscal por ser, comprovadamente, um impeditivo de desenvolvimento de Políticas no campo social; - instituição da cultura da avaliação, auditoria e controle em todas as esferas do Poder Público; dentre outras.

O envolvimento da população no processo de implementação do SUS é imprescindível e a educação em saúde tem um papel fundamental na conscientização das pessoas na conquista da cidadania, favorecendo, assim, as mudanças sociais.

Lopes (1998) enfatiza que a educação em saúde não está explicitamente citada na Lei Orgânica de Saúde, mas pode-se inferir que, dada a sua importância, certamente está contida nos termos genéricos utilizados (promoção da saúde e prevenção de doenças).

É importante que se diga que, um dos princípios do SUS é a participação da população no planejamento das estratégias de ação e que, dentre seus objetivos está a assistência às pessoas através da promoção, proteção e recuperação da saúde, com valorização do enfoque preventivo; processos nos quais a educação em saúde tem um grande valor. Não se pode pensar em participação, quando a população não tem conhecimento de seus direitos e do seu papel; como também, não se pode falar de promoção, desvinculada da educação em saúde, já que esta é uma de suas principais estratégias.

Sendo assim, pode-se afirmar que a educação em saúde é um instrumento indispensável para a conquista de um sistema de saúde mais justo, democrático e humanizado.

2.2 - Educação em Saúde.

2.2.1 - Da Educação à Educação em Saúde: fundamentos conceituais.

Ao abordar “educação e saúde”, o primeiro passo é buscar a clareza do seu significado, pois se trata de um campo multifacetado, onde concepções relativas à saúde, educação, sociedade, filosofia, ética e política, estão presentes em abundância.

Vale destacar que as práticas de saúde e educação estão vinculadas às estruturas sociais e políticas, estabelecendo-se inúmeras relações entre esses diferentes segmentos. Torna-se, então, indispensável explicitar, mesmo que resumidamente, as bases conceituais e filosóficas que fundamentam tais elementos.

Se observarmos, mesmo que de forma superficial, a evolução da história do pensamento ocidental, veremos que a educação, desde a Antigüidade tem sido alvo de discussões e mereceu diversas definições. De acordo com Platão, a educação é um processo de busca da sabedoria, ou seja, a procura da verdade e dos valores absolutos; para Kant, já no mundo moderno, educar significa “o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição que é capaz”; e, segundo Schiller, a educação pode ser definida como uma ampliação de visão e a realização do potencial humano (GILES, 1987).

A educação, para Saviani (1996), é um processo que se caracteriza por uma atividade mediadora no seio da prática social global, ou seja, é uma das mediações pela qual o educando, pela intervenção do educador e por sua própria participação ativa, passa de uma experiência inicialmente confusa e fragmentada (sincrética), a uma visão sintética, mais organizada e unificada. Para o autor, educação está sempre referida a uma sociedade concreta, historicamente situada.

Na perspectiva de Libâneo (2000a), a educação consiste em uma prática social que envolve o desenvolvimento dos indivíduos no processo de sua relação ativa com o meio natural e social, mediante a atividade cognoscitiva necessária para tornar mais produtiva, efetiva, criadora, a atividade humana prática.

Diante dessas definições, pode-se inferir que a educação tem seu princípio e seu fim, voltados para o homem, devendo ser compreendida sob os enfoques biopsicológico e sociológico. No primeiro, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas e, sociologicamente, é um processo que tem a finalidade de atuar como um importante instrumento de transformação social.

Luckesi (1992) apresenta três tendências filosófico-políticas da educação, construídas ao longo da prática educacional. O autor denomina-as de *filosóficas*, porque compreendem o sentido da educação e *políticas*, porque constituem um direcionamento para sua ação.

Essas três tendências podem ser expressas pelos seguintes conceitos: redenção – a educação é capaz de direcionar a sociedade, salvando-a da situação em que se encontra; reprodução – a educação reproduz a sociedade como ela está, e; transformação – a educação não salva, nem reproduz a sociedade, mas pode e deve servir de meio para a efetivação de uma concepção da realidade.

O conceito de saúde, já discutido anteriormente, refere-se à contínua busca de um estado de bem-estar, do ponto de vista físico, psicológico e social. E, sob esse prisma, a educação é interpretada como um instrumento para o alcance desse objetivo.

Assim, a educação em saúde pode ser entendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem, delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (BRAITHWAITE e MORTON, 1981; CANDEIAS, 1997).

Candeias (1997), ao analisar o conceito de educação em saúde, aponta para os seguintes esclarecimentos: combinação, enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com experiências de aprendizagem e de intervenções educativas; a palavra delineada apresenta o processo da educação em saúde como uma atividade sistematicamente planejada, distinguindo-o de outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem; facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar; voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas; e, ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito educacional sobre a própria saúde.

Nessa definição percebe-se a importância do envolvimento do cliente em seu próprio cuidado, porém, vale lembrar que cabe ao educador proporcionar oportunidades convenientes e eficazes de aprendizagem, e para tanto, deve ser capaz de reconhecer as necessidades e o contexto social dos clientes, selecionar objetivos e intervenções educacionais adequadas, além de avaliar o processo e seus resultados.

Sundeen et al. (1994) apud Figueroa (1997), postulam que a educação em saúde requer um sincronismo entre o individual, o biológico, o psicológico e o meio social. Tal processo se inicia com o fornecimento de informação e a integração da mesma pelo usuário, representada pela mudança de atitude frente à condição de saúde atual.

O Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde, da Organização Mundial de Saúde (10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996; p.1) pontua que:

O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

O Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde, também da OMS, expandiu esta declaração ao afirmar que “os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva” (10^a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996; p.1).

Estas assertivas equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

É fundamental, todavia, que tais definições não tragam em seu bojo, a tendência de tornar o indivíduo como único responsável pelo seu bem-estar, sem relacionar a comprovada influência do contexto no qual está inserido. O processo de educação em saúde deve informar e motivar as pessoas a adquirir e manter comportamentos que conduzam à saúde, como também, promover mudanças ambientais favoráveis ao estilo de vida saudável e capacitar os indivíduos para que possam participar na tomada de decisões sobre a saúde de sua comunidade.

Segundo Schall e Struchiner (1999), a educação em saúde deve incluir políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde.

Pereira (1992) enfatiza a existência de duas vertentes que norteiam as práticas de educação em saúde. Uma delas tem como objetivo a mudança de comportamentos do indivíduo, enquanto que a outra visa desenvolver a conscientização do profissional e da população quanto aos fatores externos que exercem influência no nível da saúde da comunidade, mesmo que se saiba que o controle desses fatores não está ao alcance dos indivíduos, pois estão relacionados à

política de saúde e o contexto socio-econômico-cultural, que exigem mudanças sociais.

Lamentavelmente, o que se percebe é a predominância do enfoque comportamentalista na condução das atividades de educação e promoção da saúde, em detrimento a posturas que incentivam o desenvolvimento da consciência crítica em relação aos determinantes sociais, políticos e econômicos que precipitam estados mórbidos.

Sabóia (1999) afirma que as práticas de saúde, de um modo geral, refletem a influência da vertente filosófica positivista. Nessa vertente, apenas os objetos concretos da natureza podem ser encarados como realidade e passíveis de investigação. A subjetividade dos seres humanos não é contemplada, sendo deixados à margem, aspectos como: sentimentos, desejos, relações de poder e influência do meio ambiente.

Colaborando com a afirmação anterior, Minayo (1994, p.49) refere-se ao positivismo como a corrente de pensamento que mais influenciou e, atualmente, vigora na área da saúde. Segundo essa autora, na prática médica e suas relações com a sociedade o positivismo se manifesta:

Na concepção da saúde/doença como fenômeno apenas biológico individual em que o social entra, compreendido como modo de vida e apenas como variável, ou é desconhecido e omitido; - na valorização excessiva da tecnologia e da capacidade da medicina de erradicar doenças; - na dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento [...]; no tratamento subalterno dado aos outros profissionais da área [...]; em relação ao senso comum da população, numa tentativa nunca totalmente vitoriosa, de desqualificá-lo e absorvê-lo.

Nos últimos anos, a pauta das discussões na área da saúde gira em torno da mudança do atual paradigma. Fala-se muito sobre a valorização da abordagem holística e abandono do modelo biomédico, porém, na prática, a maioria dos

profissionais continua reproduzindo um modelo de assistência que privilegia o biológico, sem articulação com o contexto social, econômico, político e cultural.

Trata-se de um modelo centrado na assistência individual e curativa, no entanto esse indivíduo só é visto no seu aspecto natural / biológico. Sentimentos, necessidades, peculiaridades e desejos, ou seja, a diversidade e singularidade que caracterizam cada ser humano não são enfocadas e, muito menos, valorizadas.

Segundo Minayo (1994), o sistema de saúde fundamentado no modelo biomédico, fortalece a representação do fenômeno saúde-doença, de forma positivista. A visão do social é tratada como um elemento a mais para o diagnóstico, numa visão linear e apenas ilustrativa. A doença é vista como uma projeção do grau do domínio do homem sobre a natureza, por isso, a valorização da técnica. Nesse enfoque, desconsideram-se os condicionantes históricos que marcam os modos de adoecer e morrer, desconhecendo-se todos os aspectos sociais envolvidos tanto na definição, como na prática relativa aos cuidados com a saúde.

Para Sabóia (1999), as práticas de saúde estão francamente delineadas nos moldes positivistas. Tal fato pode ser constatado, quando se identifica a primazia das enfermidades em relação à preservação e promoção da saúde. O ser humano é um mero objeto de observação e de investigações científicas, sendo fragmentado, descontextualizado e desintegrado da natureza.

Em uma abordagem semelhante, Pereira (1992) evidencia que as estratégias de promoção da saúde vêm sendo baseada nos pressupostos da teoria liberal clássica, que é constituída por três idéias principais: individualismo – os seres humanos são essencialmente solitários, auto-suficientes e auto-determinados, podendo viver independentemente, sem considerar as relações sociais; racionalismo – constitui-se na capacidade mental pura, dissociada dos aspectos biológicos e emocionais inerentes aos seres humanos e ao contexto social. A razão leva a pessoa a alcançar suas escolhas e assumir as conseqüências das mesmas; motivação – influencia nas escolhas individuais, ou seja, as pessoas movidas pelo egoísmo

buscam seus próprios interesses. Os acontecimentos da vida social são encarados como escolhas pessoais e não como uma necessidade humana.

Pode-se inferir, portanto, que existem semelhanças entre as duas posições, na medida em que um posicionamento positivista, comportamental, neutro e que separa sujeito e objeto do processo de educação e saúde, vem adequar-se muito bem às propostas de políticas liberal ou neoliberal aplicadas à saúde pública.

Não é difícil perceber que os pressupostos do liberalismo estão imbricados nas atividades dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros. Tornou-se uma prática comum, relacionar os fatores desencadeantes de doenças a comportamentos, estilos de vida e hábitos individuais. Esses fatores são prontamente assumidos e escolhidos pela população, gerando o consenso de que a manutenção da saúde é responsabilidade individual.

Essa postura é extremamente interessante para as políticas governamentais, pois retira do Estado o compromisso com a saúde comunitária, chocando-se, assim, com as recomendações da Carta de Ottawa e das conferências que se seguiram.

Para Dallari (1998), a constatação da relativa ineficiência do setor público e da política regulatória em saúde, tem fomentado um ambiente de desvalorização da saúde pública que vem contaminando os próprios sanitaristas. Muitos deles acreditam que a doença seja assunto pessoal e que, portanto, as escolhas efetuadas (decisão de fumar, ingerir alimentos gordurosos, usar capacete e cinto de segurança, dentre outras) são responsabilidade individual.

Segundo a autora, essa postura reflete a tentativa de ignorar que a saúde pública deve, necessariamente, adotar uma postura ecológica, uma vez que o próprio conceito de saúde envolve aspectos sociais e culturais, além dos estritamente físicos, biológicos e geográficos. E, exemplifica, que a decisão de fumar não configura uma escolha puramente pessoal mas, principalmente, um condicionamento cultural.

Assim, torna-se cada vez mais necessária e urgente, a reformulação dos sistemas de saúde vigentes, que devem superar o individualismo e dirigir as ações assistenciais dentro de um enfoque onde o contexto social tem um papel fundamental. Para Buss (1999), um dos componentes mais importantes para o estabelecimento de programas eficazes e efetivos de educação em saúde, diz respeito à realização de pesquisas acerca da influência do contexto social na geração de comportamentos ou estilos de vida.

2.2.2 - Ética e Processos Educativos em Saúde: em busca da autonomia dos sujeitos.

Um aspecto crucial a ser abordado, quando se pretende discutir práticas educativas em saúde, diz respeito ao conjunto de questionamentos de ordem ética que necessariamente afloram em meio ao debate. Desde o plano mais teórico-conceitual relativo à noção sobre o Ético na sociedade tecnológica do mundo contemporâneo, até as questões específicas referentes às éticas profissionais, não há como fugir ao debate extremamente atual acerca das práticas, do comportamento, da responsabilidade e da autonomia dos profissionais em saúde.

Muñoz e Fortes (1998), identificam três tipos de agentes nas práticas assistenciais de saúde: o profissional, o cliente e a sociedade, atribuindo a cada um deles princípios específicos da bioética. O cliente atua pelo princípio da autonomia, o profissional de saúde pelo da beneficência e a sociedade pelo da justiça. Tais princípios correspondem aos ideais estabelecidos pela Revolução Francesa para a existência de uma sociedade humana e justa. A autonomia relaciona-se ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade.

No contexto das ações de educação em saúde, o princípio da autonomia representa o ponto nevrálgico nas relações entre o profissional-educador e o cliente-

educando, além de exercer uma forte influência na formação e atuação do profissional de saúde, principalmente dos enfermeiros.

Autonomia deriva-se dos termos gregos: *autós* - de si mesmo, por si mesmo, espontaneamente, próprio e *nómos* - lei, regra, norma (CUNHA, 1997). Representa a faculdade de se governar por si mesmo, a liberdade ou independência moral ou intelectual e ainda, a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta (FERREIRA, 1988).

Assim, o cliente inserido nas relações de educação em saúde deve ser tratado como uma pessoa autônoma, não pode ser alvo de coações explícitas ou implícitas e sua liberdade de pensamento, de escolha e de ação deve ser preservada, possibilitando que possa agir conforme as decisões tomadas.

No Brasil, desde a década de oitenta, os códigos de ética profissional vêm tentando estabelecer uma relação dos profissionais com seus clientes, na qual o princípio da autonomia tenda a ser ampliado, garantindo os direitos fundamentais que devem reger a vida do ser humano (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Uma ressalva, porém, deve ser feita: quando se vive em sociedade, não se pode pensar em autonomia completa, pois existem nas relações sociais um certo grau de controle, condicionamento e restrição à ação individual, principalmente no que diz respeito às escolhas individuais, que não podem se constituir em ameaças a outras pessoas ou à coletividade.

Mas, como afirma Chauí (1994), o ser humano pode se mover dentro de uma margem própria de decisão e ação. A deliberação se faz dentro do possível e, desde que não podemos escolher o que nos acontece, podemos escolher o que fazer diante da situação que nos foi apresentada. Desta forma, deliberamos e decidimos sobre aquilo que pode ser ou deixar de ser, porque para ser e acontecer depende de nós, de nossa vontade e de nossa ação.

Os profissionais de saúde têm muita dificuldade em lidar com a possibilidade de autonomia dos clientes, principalmente porque acreditam que suas

ações sempre visam o bem-estar e são adequadas às necessidades de pessoas, que na maioria das vezes, são tidas como incapazes de tomar decisões acerca de sua saúde.

Tal postura se justifica pelo fato de que esses profissionais, ao longo do seu processo de formação, incorporaram princípios éticos como o do paternalismo, que limita intencionalmente a autonomia do indivíduo, visando seu bem-estar e o da beneficência, que é o mais antigo critério da ética médica e que significa “fazer o bem”, ou seja, qualquer atitude é correta, desde que tenha como objetivo beneficiar a pessoa e reduzir riscos (LEPARGNEUR, 1996 ; KIPPER e CLOTET, 1998).

Para Lepargneur (1996), em determinadas circunstâncias concretas da vida, os princípios da beneficência e autonomia se contrapõem, gerando grandes impasses aos profissionais de saúde, que devem utilizar-se da prudência, como instrumento para orientar a razão prática na escolha do princípio (isto é, do valor subjacente) que melhor concilia, o bem da pessoa e o bem social. Segundo o autor, os profissionais não podem manter-se no hiperpaternalismo, nem tampouco, agir como Pilatos: lavar as mãos e entregar ao cliente a responsabilidade de todas as decisões.

Vislumbrar o cliente do cuidado como uma pessoa incapaz de exercer sua autonomia, é uma posição adotada frequentemente pelos profissionais de saúde e, respaldada por alegações que incluem, dentre outras: a gravidade da doença; a sua idade (muito idoso ou muito jovem); as diversas alterações físicas e emocionais decorrentes da doença e o desconhecimento do cliente em relação ao processo saúde-doença (essa justificativa, geralmente, encobre preconceitos relativos à capacidade intelectual, classe social e, até, formação acadêmica e/ou profissional dos indivíduos).

Pessoas em estados de agudização de transtornos mentais, em coma, sob o efeito de drogas ou intoxicação exógena, as crianças e os deficientes mentais podem ter, realmente, sua autonomia limitada de forma transitória ou permanente. Nessas situações, o poder de decisão cabe aos familiares ou até mesmo aos profissionais de saúde.

Muñoz e Fortes (1998), chamam atenção para o fato de que não se questiona a competência de decisão de um cliente, quando sua postura concorda com a do profissional. Clientes que recusam o tratamento ou a conduta indicada são julgados como incompetentes ou incapazes de decidir autonomamente.

Dentro da perspectiva da educação em saúde, para que se consolide uma relação de confiança e respeito entre o educador e o educando, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a autonomia dos clientes e aceitem de forma autêntica, suas decisões, crenças, valores e aspirações, mesmo que não correspondam aos preceitos dominantes na saúde pública.

Cabe ao educador em saúde fornecer orientações aos clientes, esclarecendo aspectos relativos à prevenção de doenças, adoção de hábitos saudáveis, tratamento e complicações de patologias já existentes, efeitos positivos e riscos ou efeitos adversos das medidas terapêuticas, dentre outros. Mesmo que tal postura tenha como objetivo a mudança de condutas visando a preservação da saúde e o controle de doenças, não devem ser utilizadas táticas de coerção ou manipulação, pois o cliente tem direito à informação e à liberdade de decisão.

De acordo com Muñoz e Fortes (1998), no campo da bioética, é aceitável que o profissional exerça uma ação persuasiva, na tentativa de induzir a decisão de outra pessoa por meio de apelos à razão. Porém, a manipulação deve ser eticamente rejeitada, na medida em que conduz a pessoa a realizar aquilo que o manipulador pretende, sem que o manipulado conheça suas intenções.

O educador em saúde deve orientar e possibilitar uma ampla comunicação com o cliente, facilitando, a todo o momento, a tomada de decisões de forma voluntária e autônoma. Atitudes de controle, onipotência e negligência agredem a liberdade e a integridade individual, além de deteriorar a relação educador-educando.

Para Figueroa (1997), o respeito à liberdade está na medida em que permitimos ao outro que manifeste sua decisão de aprender, sua vontade de

participar do ato educativo e sua intenção em modificar condutas. E, finaliza, dizendo que o educador em saúde deve ser capaz de defender, democraticamente, aspectos como: o respeito pela dignidade humana e o direito da determinação por si mesmo.

Em relação ao aspecto ético do exercício profissional, já foi mencionada a influência dos princípios da beneficência e do paternalismo, porém vale aprofundar alguns questionamentos acerca da autonomia dos profissionais de saúde, e mais especificamente, do enfermeiro.

No nosso país, observa-se facilmente que os profissionais inseridos no desenvolvimento das ações educativas, são guiados por determinações das instituições as quais estão vinculados e estas, por sua vez, obedecem às recomendações das instâncias superiores, hierarquicamente organizadas e representadas no seu cume pelo Ministério da Saúde. Apesar da implantação do SUS e da sua política de municipalização, na prática, as ações ainda são desenvolvidas uniformemente, segundo às orientações superiores e sem qualquer aproximação com o contexto socio-cultural-econômico de cada local.

Não existe a preocupação de conhecer a realidade e as necessidades dos clientes, o que deveria servir como base para o planejamento das atividades e seleção dos conteúdos a serem discutidos. Não é feita uma aproximação das recomendações das instâncias superiores às situações concretas da realidade onde esses profissionais atuam. E, nem tampouco, são dirigidos esforços à implementação de estratégias de ensino e de avaliação adequadas a cada clientela, o que proporcionaria resultados satisfatórios no processo ensino-aprendizagem.

Dessa forma, as atividades educativas se resumem, por parte dos profissionais, a uma mera repetição de orientações sobre comportamentos adequados à sua saúde, instruções acerca da ingestão de medicamentos e de dietas saudáveis e por parte dos clientes, a uma postura de simples escuta sem que haja

compreensão e assimilação do que foi dito, dificultando a aceitação e seguimento de tais recomendações.

Pode-se atribuir como fatores desencadeantes dessa situação, o despreparo pedagógico dos profissionais que exercem atividades de educação em saúde; as limitações na autonomia do exercício profissional, impostas pelas instituições e a desmotivação ou desinteresse desses profissionais, justificados pelos problemas de infra-estrutura dos locais de trabalho, remuneração insuficiente e carga horária inadequada.

Tais fatores incidem sobre todas as categorias profissionais, mas a limitação da autonomia influencia de forma mais contundente a atuação dos profissionais não-médicos, com destaque para o enfermeiro.

Dentro de uma ótica histórica, o enfermeiro sempre foi alvo de questionamentos acerca da sua competência e autonomia profissional, do seu papel social e do caráter científico do corpo de conhecimentos que constitui sua formação.

De acordo com Passos (1995), por um longo período, o exercício da enfermagem esteve fortemente vinculado a uma visão conservadora do mundo, na qual a profissão de enfermagem destinava-se às mulheres, pelo fato de ser um trabalho pouco valorizado socialmente e que exige de quem o exerce convicção religiosa, respeito à hierarquia e disposição para servir e para obedecer.

E, ainda hoje, é comum relacionar a figura do enfermeiro a uma pessoa passiva, com potencial cognitivo limitado e que depende totalmente das ordens médicas, tendo sua prática associada a atos de caridade e doação. Essa imagem é fruto do processo histórico de construção da profissão, que vem se perpetuando ao longo dos anos na sociedade e até mesmo, nas instituições responsáveis pela formação desses profissionais, que parecem não conseguir libertar-se de certos rótulos e preconceitos inculcados no ser enfermeiro.

Almeida e Rocha (1989), no livro "O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática", apontam um conjunto de três fases que caracterizariam o

processo gradual de evolução da profissão do enfermeiro. Segundo os autores, na primeira fase observa-se a primazia dos procedimentos técnicos, executados mecanicamente; na segunda, identifica-se um movimento em busca de um aparato teórico para a prática profissional, através da incorporação de princípios científicos oriundos de diversas áreas, como da biologia, fisiologia, psicologia e sociologia, e; na terceira fase, iniciada na década de setenta, percebe-se que a enfermagem adquiriu um certo grau de maturidade, porém continua buscando o estabelecimento de um conjunto de paradigmas conceituais que não derivem completamente de outros saberes, ou seja, permanece buscando sua autonomia enquanto ciência.

Apesar das transformações e dos avanços científicos ocorridos nos últimos anos, pode-se constatar grandes limitações na autonomia do enfermeiro e a prevalência de posturas de subserviência, conformismo e obediência.

Lunardi (1997) acredita que as ações praticadas pelos enfermeiros não decorrem da razão, mas de diferentes sentimentos, dentre os quais se destacam: o medo do outro, a insegurança, a passividade e o conformismo frente a quem representa o poder. A autora aponta para a contradição existente entre a formação técnica do enfermeiro, que o capacita para atuar, de forma competente, junto aos clientes e a constatação da não competência política desses profissionais, concretizada em muitas situações práticas, nas quais os sujeitos (enfermeiro e cliente) se vêem desrespeitados na sua autonomia e permitem desrespeitar-se, por diferentes formas.

2.2.3 - A Evolução da Educação em Saúde no Brasil.

A educação em saúde no Brasil teve seu desenvolvimento associado às campanhas de controle das grandes endemias infecto-parasitárias, caracterizando-se desde o início por uma pedagogia higienista e uma prática vertical de orientação (SCHALL,1999; VASCONCELOS, 1999).

Cyrino e Cyrino (1997) apresentam dados de que, por volta dos anos vinte, iniciou-se a introdução da educação nas ações sanitárias, apresentando o caráter de persuasão dos indivíduos, visando a criação de uma consciência sanitária e a superação de resistências diante da conjuntura político-social vigente.

Nesse período, vigorava no Brasil o modelo primário-exportador tradicional. As epidemias e problemas de saneamento eram inúmeros, prejudicando a contratação de mão-de-obra para trabalhar no setor cafeeiro, e, além disso, os comandantes de navios tinham receio de aportar nas cidades brasileiras, devido ao perigo que as doenças representavam (IDE e CHAVES, 1990; SABÓIA, 1999; VASCONCELOS, 1999).

Assim, foram desenvolvidas ações sanitárias dirigidas à contenção das doenças, através de práticas voltadas ao controle ambiental e planejamento urbano, associadas a medidas fiscalizadoras, das quais pode-se citar o confinamento dos grupos de risco; a política de imigração (avaliação das condições de saúde dos estrangeiros) e fiscalização das condições ambientais, inclusive dos portos.

Nesse contexto, Sabóia (1999) chama atenção para o aspecto intervencionista das práticas sanitárias, caracterizadas pela imposição, autoritarismo e coerção. Tais medidas eram justificadas pela adoção do modelo bacteriológico de saúde, no qual a doença era decorrente de uma única causa: o agente biológico que penetrava no indivíduo.

O modelo respaldava a quarentena, utilizada para isolar as pessoas, esquadrinhar as cidades e vigiar os indivíduos; além da vacinação obrigatória e da invasão de domicílios para a imposição de práticas saudáveis para a população.

Diante da situação caótica da saúde, iniciou-se um movimento de médicos sanitaristas em prol da defesa da saúde pública, que passou a ser atribuição do Estado. Esse movimento culminou com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNPS.

Carlos Chagas foi nomeado diretor do DNPS e estabeleceu, como atribuições do governo federal, o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e o combate às endemias rurais (Blank, 1987 apud SABÓIA, 1999).

Em 1925, é criada a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado, e surge pela primeira vez o título de educador sanitário, profissional formado pelo Instituto de Higiene de São Paulo, que tinha como responsabilidade divulgar noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais (10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Na ocasião, foi criado o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, organizado e dirigido inicialmente por enfermeiras norte-americanas, que chegaram ao Brasil através de um convênio entre a Fundação Rockefeller e o DNSP.

A proposta principal dessa instituição referia-se à formação de profissionais enfermeiros, com o propósito de prestar cuidados aos doentes e promover a educação em saúde com clientes e familiares, visando minorar a proliferação de doenças como: tuberculose, cólera, malária, tifo, febre amarela e varíola (SABÓIA, 1999).

A década de trinta foi caracterizada pela decadência da oligarquia agro-exportadora e pelo movimento revolucionário da classe média, emergente e

insatisfeita, levando a inúmeras transformações na sociedade brasileira. Houve o surgimento da ditadura, o Congresso foi fechado e as liberdades individuais foram suspensas. No campo da saúde, aconteceu a centralização administrativa, devido a implantação do Ministério da Educação e Saúde, que gerou o sufocamento das iniciativas estaduais e concentrou as atividades sanitárias nas capitais.

A fusão das áreas da saúde e educação em um único Ministério, poderia ter proporcionado atividades educativas de alcance extraordinário. Porém, essa oportunidade não foi explorada na prática, pois os serviços de educação sanitária limitavam suas ações a propagandas que não atingiam as reais necessidades da população (10^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), dando início a transformações na educação sanitária. O SESP reconheceu a educação como a atividade básica nos seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Além disso, começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde.

Nos anos cinquenta e sessenta, consolidou-se a chamada “comunicação para o desenvolvimento”, representada, principalmente, por projetos de extensão rural. A tendência desenvolvimentista, de influência americana, destacava a importância da organização da comunidade e a integração de setores apontados como atrasados e periféricos àqueles mais modernos (10^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

As concepções “desenvolvimentistas”, ainda hoje hegemônicas no campo da educação em saúde, instrumentalizam práticas que se baseiam na verticalidade emissor-receptor e na polaridade saber-ignorância.

No final da década de sessenta, como assevera Sabóia (1999), o contato de profissionais da saúde com os pressupostos da educação libertadora de Paulo Freire,

favoreceu o aparecimento de uma nova postura na prática educativa em saúde. Propunha-se, ao invés de mudar os hábitos dos indivíduos, desenvolver neles uma consciência crítica, para que se tornassem participantes do processo de transformação social do país.

Segundo Freire (1983, p. 43), a “educação não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados [...]. A educação é comunicação, é diálogo”. Nesse sentido, deve-se repensar o enfoque dominante das práticas de educação em saúde, que consiste na persuasão dos indivíduos com vistas a incutir-lhes um comportamento mais saudável.

Vale destacar, entre os anos sessenta e setenta, a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), da Fundação SESP e da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Tais iniciativas representavam mais do que uma mudança terminológica, de educação sanitária para educação em saúde; representavam a busca por uma transformação conceitual (10^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Todavia, tais mudanças não contribuíram para a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, devido à centralização vigente no sistema sanitário. O planejamento e a coordenação das práticas educativas eram elaborados e dirigidos a nível central, sem a participação dos executores das ações.

Somente a partir da redemocratização política da década de oitenta, expressa no setor saúde pela reforma sanitária e implantação do SUS, a educação em saúde passou a ser discutida dentro de uma nova perspectiva. O reconhecimento constitucional do direito universal à saúde pública e gratuita e a valorização da participação popular na definição e controle das políticas de saúde, abriram possibilidades para ações educativas mais voltadas ao diálogo e ao desenvolvimento de propostas educativas menos autoritárias e mais participativas.

O vocabulário modificou-se e, a partir de meados dos anos oitenta, expressões como *consciência crítica*, *parcerias*, *interatividade* e *participação*, passaram a ser, cada vez mais utilizadas nos meios acadêmicos e não acadêmicos dedicados ao estudo e teorização das propostas de educação em saúde.

Na prática os processos de educação em saúde, entretanto, não se mostraram tão efetivos e promissores quanto as propostas articuladas pareciam indicar. Como em outras esferas da sociabilidade brasileira, começou-se a perceber que não bastava identificar deficiências e apontar soluções, para que o novo se implementasse de forma automática. Os efeitos da redemocratização no desenvolvimento de políticas públicas mais participativas e que levassem em consideração os anseios de uma sociedade civil cada vez mais atuante, não se mostraram tão eficientes como se esperava.

A própria implantação do SUS e todos os problemas e dificuldades que o sistema enfrenta até hoje, demonstra o quanto a sociedade brasileira não estava (e talvez ainda não esteja) completamente preparada para reconhecer, por exemplo, o simples direito de um cliente pobre ser atendido de forma digna e ser ouvido em suas queixas. Como resultado, vemos um sistema único de saúde deficiente, autoritário, segregacionista e injusto. Uma boa proposta, surgida como uma alternativa válida para a transformação de todo um sistema arcaico como era o anterior, pode tornar-se, aos poucos, em algo tão ou mais ineficiente.

2.3 - O Enfermeiro como Educador em Saúde.

A educação em saúde é um processo inerente a todos os profissionais que integram a equipe multidisciplinar de saúde e, o enfermeiro, como membro desta equipe, tem a responsabilidade de desenvolver atividades educativas na sua prática profissional. Tal função perpassa toda sua prática, mesmo que nem sempre o enfermeiro tenha consciência dela.

Seja qual for a área de atuação do enfermeiro, o simples fato de entrar em contato com a clientela, já possibilita inúmeras ocasiões para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Porém, é importante que o profissional esteja comprometido com esta função, para que possa vislumbrar as oportunidades nas quais poderá transmitir informações sobre o processo saúde-doença, além de sensibilizar as pessoas sobre as questões de saúde e instrumentá-las para lidar com estas questões.

O papel de educador do enfermeiro, geralmente, está associado à relação profissional-cliente, mas ele é muito abrangente e envolve não só a dimensão da saúde individual, mas também a saúde da família e da comunidade como um todo, sendo fundamental nos três níveis de assistência: primário, secundário e terciário.

A educação em saúde compreende um processo amplo e que, como todo ato educativo, tem uma importante função social. As atividades educativas não podem estar resumidas à mera transmissão de informações e orientações acerca de uma doença, como se esta acontecesse de forma isolada, desvinculada da realidade dos clientes. Realidade esta, freqüentemente, constituída por deficiências nas necessidades primordiais dos indivíduos, como: alimentação, moradia, saneamento, emprego, recursos financeiros para sustentação da família, dentre outros.

O enfermeiro deve ter em mente a necessidade de conhecer tais problemas e discuti-los junto aos clientes, buscando despertá-los para seus direitos, para a luta por melhores condições de vida e para a consciência de que ele não é o único

responsável pela promoção da sua saúde e tampouco pode ser culpado pelos seus problemas.

De acordo com Spellbring (1991), além do papel de educador em saúde, o enfermeiro engajado na promoção à saúde desempenha também os papéis de avaliador, advogado, administrador, consultor e promotor do autocuidado. Como avaliador, o enfermeiro analisa os riscos reais ou potenciais para o desequilíbrio da saúde das pessoas, famílias e comunidades; no papel de advogado, o enfermeiro atua como um defensor, esclarecendo o cliente quanto à sua situação, propondo-lhe condutas e informando suas possibilidades; o enfermeiro administrador atua de forma análoga ao processo de enfermagem, ou seja, após a identificação dos riscos ou problemas de saúde, planeja as intervenções, seleciona recursos e técnicas adequadas, realiza encaminhamentos e avalia os resultados; como consultor, com base nos seus conhecimentos, fornece esclarecimentos sobre as ameaças à saúde e os possíveis modos de combatê-las, bem como, seus riscos e benefícios; e, no de promotor do autocuidado, proporciona ao indivíduo condições para tornar-se agente do seu próprio cuidado, na perspectiva de atingir o melhor nível possível de bem-estar.

Na interpretação de Guedes (1990), a educação em saúde integra o processo educacional como um todo, embora possua objetivos específicos. O enfermeiro deve considerar a qualidade de vida das pessoas como o ponto principal, para o qual a educação em saúde deve ser dimensionada. Segundo a autora, a não percepção desta peculiaridade tem levado os profissionais de saúde a realizarem um trabalho apenas assistencialista, que não atende aos reais interesses e necessidades da população.

Nessa mesma perspectiva, Freire (1984a), referindo-se ao processo educativo, acredita que para o educador ajudar o homem, deve ajudá-lo a ajudar-se. É preciso inculcar no homem, uma postura conscientemente crítica diante de seus problemas. As posturas assistencialistas inibem a responsabilidade, que, por sua vez, faz do homem um agente.

Usualmente, o enfermeiro é considerado o profissional mais capacitado para exercer as ações educativas, devido a sua formação que inclui disciplinas de cunho pedagógico e disciplinas oriundas das ciências humanas. Mesmo assim, a prática cotidiana de educação em saúde apresenta algumas dificuldades e limitações.

Lima (1996) acredita que tais limitações estão relacionadas ao enfoque utilizado pelos enfermeiros nas questões referentes à educação em saúde, ao atribuir unicamente ao indivíduo a responsabilidade pelas suas condições de saúde. Um outro aspecto diz respeito ao ensino de enfermagem, fundamentado na concepção da pedagogia tradicional e que coloca o indivíduo como objeto do processo de ensino.

Colaborando com esta afirmação, Lopes (1998) infere que apesar do preparo pedagógico do enfermeiro, é preciso perceber, também, tanto a influência de sua formação essencialmente hospitalocêntrica, na qual a ciência é a única detentora de verdades como a tradicional ideologia do sistema de saúde baseada na história natural das doenças.

Para Laganá (1989), os fatores que dificultam as ações de educação em saúde referem-se ao baixo nível tecnológico da população devido as suas precárias condições econômicas, à insuficiente formação educacional do país, à incapacidade individual de vigilância da saúde e a impropriedade das técnicas educativas utilizadas pelos profissionais. A autora percebe que estes fatores são frutos da influência dos dogmas habituais do sistema de saúde e acredita que, as dificuldades que envolvem a concretização da educação em saúde estão mais relacionadas ao fato das ações educativas estarem desvinculadas da realidade, do que ao fato da população não desejar buscar comportamentos que lhe tragam saúde e bem estar.

Superar as dificuldades e os fatores limitantes da prática em educação em saúde requer do enfermeiro: compromisso com a população, manifestado pelo reconhecimento das influências do contexto social no processo saúde-doença e pelas lutas para transformação desta realidade; desenvolvimento da consciência crítica

frente ao seu papel na sociedade; e, construção de um corpo de conhecimentos sólidos que o tornem um profissional capaz e autônomo.

Segundo as afirmações de Meyer (1998), é necessário que o enfermeiro articule o processo de assistir aos processos de educar e seu posicionamento social. Essa articulação, como prática social, é produzida na contingência de conflitos, disputas, necessidades, interesses e coerções que constituem o cotidiano e está profundamente enraizada nos contextos sociais, culturais, históricos e políticos onde os seres humanos vivem e se relacionam.

Tais colocações nos remetem à evolução da profissão de enfermagem no Brasil, e pode-se perceber o quanto foi forte a influência do contexto social, dos interesses políticos e da predominância dos saberes biológicos, na construção do referencial teórico-prático que embasa as ações de enfermagem. Os resultados desta influência são nítidos e podem ser detectados no fazer dos enfermeiros, caracterizado por posturas paternalistas, autoritárias e voltadas, unicamente, à doença, como se esta existisse de forma isolada, sem relação com o ser humano e com a realidade na qual ele se insere.

Retomando o pensamento de Meyer (1998), a autora ressalta o importante papel das teorias de enfermagem, na construção de um corpo de conhecimentos específicos, que permita a legitimação e delimitação de espaço e funções desta profissão. As teorias, na enfermagem, buscam construir as ações de assistir/cuidar/educar, de forma a deslocar o eixo fundamental (antes, dirigido às ciências empíricas, com ênfase na biologia) em direção às ciências humanas, que focalizam, especialmente, os aspectos comportamentais e das relações humanas. Com base nas teorias, as ações de enfermagem devem estar articuladas em três abordagens: planejamento e implementação de ações que visam o desenvolvimento do autocuidado; instauração de ambientes saudáveis; e, a incorporação de comportamentos e/ou valores relacionados com a promoção da saúde, que se constituem na dimensão educativa da enfermagem.

Faulkner (1984), em publicação já não tão recente, chama a atenção para a importância da utilização do processo de enfermagem como um instrumento para a educação em saúde, visando torná-la mais efetiva e aponta as principais habilidades necessárias à realização de atividades educativas: capacidade de comunicação e conhecimento. O autor sugere, ainda, que as instituições responsáveis pela formação de enfermeiros dediquem mais tempo e recursos para o desenvolvimento das habilidades e técnicas voltadas à educação em saúde.

Pender et al. (1992) recomendam que, o processo de formação do enfermeiro para atuar na educação em saúde, deve estar fundamentado em conhecimentos oriundos de diversas áreas como a psicologia, sociologia, filosofia e em uma abordagem cultural, associados aos saberes específicos da enfermagem e ciências biológicas.

De minha parte acredito que, em sua formação, o enfermeiro deva ser posto em contato com outras formas de saber, com outras ferramentas teóricas e práticas que o auxiliem em seu futuro trabalho. Discordo, porém, daqueles que, de forma equivocada, confundem uma salutar formação interdisciplinar com a necessidade de o enfermeiro transformar-se em um *expert* em outras áreas de conhecimento. Não pretendo, ao longo deste trabalho, sugerir que é imprescindível que o enfermeiro se torne um pedagogo, mas sim que ele perceba a importância deste saber quando atuar na área de educação em saúde.

É bom que fique claro que embora seja um saber em construção, a enfermagem já detém um excelente conjunto de proposições teóricas e instrumentalizações práticas que a capacitam a desenvolver ações nesta área de forma satisfatória. O que falta, na verdade, é um maior empenho em sistematizar ações e a compreensão de que o trabalho do enfermeiro deva ser acompanhado pela colaboração de outros profissionais de outras áreas, numa ação conjunta que aborde o processo de educação em saúde como um todo.

Acredito que as dificuldades podem ser superadas, se houver o envolvimento e cooperação de profissionais de áreas diversas; se a política governamental valorizar e prover as instituições com força de trabalho suficiente, além da formação adequada dos profissionais, inclusive por meio de cursos de pós-graduação dirigidos à educação em saúde. Tais aspectos são de grande importância e serão discutidos mais profundamente, durante a análise das evidências do presente estudo.

2.3.1 - As Ações Educativas dirigidas aos Clientes portadores de Hipertensão.

A prática de enfermagem junto aos clientes portadores de hipertensão tem como objetivo principal, implementar estratégias sistematizadas que visam, principalmente, melhorar a adesão desses clientes ao tratamento estabelecido para o controle da hipertensão, direcionadas basicamente para a orientação de comportamentos que devem ser adquiridos ou modificados.

A hipertensão arterial é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados (níveis de pressão arterial sistólica e diastólica igual ou acima de 140/90 mmHg, respectivamente). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Trata-se de uma afecção caracterizada por uma etiologia multifatorial e pelo incipiente estado de conhecimento sobre os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos que levam ao seu surgimento e desenvolvimento. Inúmeras circunstâncias e variáveis contribuem para o desenvolvimento desta doença, desde condições sociais da população, hábitos de vida herdados ou adquiridos, exposição a fatores de risco (fumo, álcool, estresse, obesidade, sedentarismo, uso de drogas) até

variáveis como idade, sexo, raça, grau de instrução e inserção dos indivíduos no sistema de produção, sendo necessário um profundo conhecimento de todas as variáveis e implicações, para a reversão deste quadro (VEIGA et al.,1993; BLOCH, 1998; BLACK, 2000).

A hipertensão arterial não tratada adequadamente traz graves conseqüências a órgãos vitais que, uma vez acometidos, podem acarretar seqüelas irreversíveis e levar à morte.

Desse modo, torna-se imprescindível a implementação do tratamento da hipertensão arterial, constituído por medidas não-farmacológicas e uma abordagem medicamentosa. O tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial está indicado a todos os clientes que possuam a doença, aos indivíduos pertencentes a grupos de maior risco cardiovascular e à população em geral, como promoção da saúde, incluindo medidas como: abolição do tabagismo, abolição ou redução do consumo de bebidas alcoólicas, dieta adequada ou mudanças de hábitos alimentares e realização de exercícios físicos aeróbicos regularmente (GIORGI, 1999; WHO/ISH, 1999).

MAGRO et al. (1999) chamam atenção para o fato da hipertensão constituir uma típica doença de adaptação, sensível portanto às influências do meio em que vive o indivíduo. E, acrescentam que, a participação do indivíduo no processo educativo exige a princípio a aceitação de sua doença, para, a partir disso desenvolver mecanismos de adaptação visando melhorar sua qualidade de vida.

De acordo com Pierin e Car (1992), um dos maiores desafios para o hipertenso é aceitar a convivência com a cronicidade da doença. A aceitação da doença não é tarefa fácil e se associa ao sentimento de tristeza, raiva e hostilidade, cuja superação se faz pela conscientização de sua condição e da necessidade de enfrentar a moléstia com o seguimento do tratamento proposto, para que possa levar uma vida mais próxima possível do normal. Esse processo de adaptação exige da pessoa muita vontade e cooperação ativa no seu tratamento.

As pessoas acometidas de distúrbios nos níveis pressóricos, ao se submeterem ao tratamento, quer medicamentoso, quer através de medidas não-farmacológicas objetivam progredir para um nível aceitável de vida e por isso, a não-aderência aos regimes terapêuticos não pode ser ignorada ou minimizada, considerando-se que esta aconteça por simples rejeição ou desvalorização do cliente frente às medidas adotadas.

As causas da não-aderência devem ser investigadas, pois dependem de diversos fatores, dos quais pode-se citar: nível sócio-econômico e educacional, idade, atividades que executa, conhecimento sobre a doença, crenças de saúde, estilo de vida, percepção da seriedade do problema, complexidade do tratamento, efeitos colaterais das medicações, normalização da pressão arterial, ausência de sintomas, relação médico-cliente inadequada, dificuldades relacionadas ao custo dos medicamentos e marcação de consultas nos postos de saúde, falta de orientação sobre o tratamento, difícil adaptação às mudanças nos hábitos de vida pela implementação das medidas não-farmacológicas, dentre outros (GIORGI, 1994; GUERRA, 1998; LESSA, 1998-b).

Ao enfermeiro, como educador em saúde, cabe a identificação dos fatores que contribuem para a não-aderência ao tratamento, a promoção de condições favoráveis ao esclarecimento das dúvidas quanto aos medicamentos, conseqüências da doença e outros, bem como o incentivo ao fortalecimento de hábitos de saúde, contribuindo para o direcionamento ao autocuidado e beneficiando o seguimento da terapêutica.

A questão da aderência ao tratamento está situada em um patamar complexo, no qual aspectos socio-culturais, econômicos, psicológicos, biológicos, lingüísticos, históricos, éticos, enfim, distinções e particularidades de toda ordem, são observados em abundância. Apesar do reconhecimento da importância do papel da enfermeira no processo de adesão e educação do cliente, tal prática não tem se mostrado transformadora da qualidade de saúde dos hipertensos, pois os índices de

não-aderência e complicações decorrentes da hipertensão arterial se mantêm elevados.

De acordo com Braithwaite e Morton (1981; p. 306), a educação do cliente hipertenso, conduzida por enfermeiras aumenta o controle da pressão arterial, desde que a enfermeira educadora:

Aplique uma teoria educacional adequada;
crie um plano para um programa educacional adequado, persistente e integrado, que inclua a aplicação de recentes avanços na pesquisa e metodologia da educação sanitária;
integre a educação do paciente na prática diária da enfermagem e na contínua e inteligente assistência à saúde.

Na visão de Sabóia (1999), os enfermeiros cobram dos clientes atitudes que nem sempre estão dentro de suas possibilidades. Recomendam, com insistência, a ingestão de dietas sofisticadas, medicamentos de alto custo, sugestão de caminhar em lugares aprazíveis e fazer exercícios. Embora a autora reconheça a validade dessas orientações, alerta que, no caso das pessoas de baixa renda, segui-las é inviável. Sabóia (1999) acredita que, na maioria das situações, as recomendações sugeridas são sinais evidentes de como os enfermeiros estão distantes da realidade em que vive a maioria da população.

As medidas educacionais devem ser sistematizadas, devido às diversas causas de não-aderência, à natureza multifatorial da hipertensão arterial e seu modo particular de evoluir, além de estar relacionada e sofrer grande influência do contexto onde vive o indivíduo.

Porém, se as ações de educação em saúde não estiverem amparadas por um suporte social adequado, tornam-se ineficientes. É preciso que o enfermeiro, juntamente com os demais membros da equipe de saúde, estejam dispostos a se relacionar de modo mais próximo, mais afetivo e mais comunicativo com os clientes, vendo-os como pessoas, dotadas de uma história e de circunstâncias de vida singulares que precisam ser investigadas e trabalhadas.

3 - BASES TEÓRICO- METODOLÓGICAS

A educação não pode ser feita pelo engodo, pelo medo, pela força.

Ela deve propiciar ao educando a reflexão sobre seu próprio poder de refletir.

Paulo Freire.

A apresentação das bases teórico-metodológicas deste estudo é desenvolvida em dois momentos. O primeiro, diz respeito à construção e exposição dos elementos teóricos que nortearão a análise das evidências. Conforme sugerem Bogdan e Biklen (1994) e Yin (2001), a elaboração de um arcabouço teórico constitui-se numa fase fundamental para o processo de análise, a partir da perspectiva do estudo de caso.

Inicialmente, são abordados os fundamentos das tendências pedagógicas predominantes no Brasil. A descrição das características e bases conceituais de cada tendência, foi elaborada a partir da classificação de Libâneo (1999) e em seguida, procurou-se buscar uma aproximação entre os pressupostos pedagógicos e a prática de educação em saúde.

E, ainda, integrando este primeiro momento, são apresentados alguns conceitos e fundamentos teóricos das tendências pedagógicas progressistas. A ênfase nesta vertente pedagógica justifica-se pela possibilidade de adequação de seus preceitos às propostas de promoção e de educação em saúde, que contemplam o ser humano em seu contexto socio-cultural-histórico e percebem-no como um elemento ativo no *continuum* saúde-doença e no processo ensino-aprendizagem.

O segundo momento, refere-se à descrição do percurso metodológico utilizado para a realização desta pesquisa. Inicia-se com esclarecimentos acerca da natureza do método de estudo de caso e tem prosseguimento com a demonstração de cada uma de suas etapas e a forma como foram desenvolvidas no presente estudo, sendo, também, contemplados os critérios de validade e qualidade da pesquisa.

3.1 - As Tendências Pedagógicas e sua Articulação com a Educação em Saúde.

A educação deve ser compreendida como um processo histórico e dinâmico, que se modifica com a evolução da sociedade, gerando, portanto, diversas tendências pedagógicas decorrentes dos acontecimentos sociais. A ação pedagógica, por sua vez, é uma prática social que envolve uma inter-relação educador-educando e que visa modificações profundas nos sujeitos envolvidos, a partir da aprendizagem de saberes existentes na cultura, conduzida de tal forma a preencher necessidades e exigências de transformação da sociedade.

Libâneo (1999) aponta que a prática pedagógica é permeada pelos aspectos sócio-políticos que configuram diferentes concepções de homem e de sociedade, gerando distintas posições acerca do papel do educador e do educando, da relação que se estabelece entre eles e do enfoque metodológico adotado.

Segundo o autor, as tendências pedagógicas não aparecem em sua forma pura, nem sempre são mutuamente exclusivas, nem conseguem captar toda a riqueza da prática concreta.

Em seu livro "Democratizando a Escola Pública", Libâneo (1999) classifica as tendências pedagógicas em dois grandes grupos, utilizando como critério a posição que adotam em relação aos condicionantes sociopolíticos da educação.

No primeiro grupo, denominado de **pedagogia liberal**, estão as vertentes nas quais a educação é entendida como instrumento de equalização social, isto é, a sociedade seria essencialmente harmoniosa e a marginalização: "um desvio a ser corrigido".

Nesse contexto, a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais requeridos pela sociedade, de acordo com as aptidões pessoais. O termo liberal é empregado no sentido de autônomo (predominância da

liberdade, dos interesses individuais e da propriedade privada), não tendo o sentido de avançado, democrático ou aberto, como costuma ser usado.

A pedagogia liberal é também denominada de pedagogia acrítica, uma vez que não questiona a implicação dos determinantes socio-estruturais da educação, compreendendo o fenômeno educativo nele mesmo.

As idéias liberais foram difundidas no final do século XVIII, quando a burguesia lutava para arrancar o poder da nobreza feudal e do clero. Para tanto, lançou mão de ideais humanistas, ou seja, liberdade, igualdade e fraternidade. A luta pelo poder político e econômico, antes baseada na posição social hereditária, passou a ser fundamentada no direito de cada cidadão adquirir prestígio e enriquecer por mérito próprio. O ensino tornou-se um meio para vencer a ignorância e transformar súditos em cidadãos livres e esclarecidos.

Inicialmente a burguesia pretendeu aplicar o princípio da educação como direito de todos e dever do Estado, entretanto, a reivindicação da emancipação de todos os homens entrou em contradição com a emancipação política e econômica de fato. Ser livre passou a significar ter liberdade de dispor de sua própria pessoa e de seus bens.

A partir desse momento, a escola precisou ser repensada, já que o desenvolvimento capitalista requiritava um indivíduo mais ajustado às exigências de um novo tipo de sociedade. Iniciou-se, então, um movimento denominado de pedagogia nova, assentado nas diferenças individuais e na promoção do ajustamento do indivíduo à sociedade. A educação deixou de ser genérica, coletiva, igual para todos, passando a ser diferenciada, voltada para a descoberta das aptidões individuais. Nesse sistema, valorizava-se o método, os testes de inteligência e ocupacionais, o não-diretívismo e o papel do professor apenas como facilitador.

A escola nova, porém, ao abandonar a ênfase nos conteúdos e ao incorporar métodos de forma improvisada, contribuiu para a decadência do ensino, marginalizando as crianças pobres que não dispunham de experiências familiares

mais ricas e sistematizadas. Os professores não mais precisavam dominar o conteúdo de sua matéria, ganhando peso a aplicação de métodos e técnicas de ensino. Desta forma, o insucesso da escola nova em resolver a problemática educacional levou à introdução da pedagogia tecnicista.

Em traços gerais, na pedagogia liberal a finalidade da educação é o cultivo individual, o desenvolvimento de aptidões pessoais que preparam o indivíduo para ocupar um lugar na organização social. A atividade educativa visa à humanização do educando para a compreensão da cultura da sociedade e do seu papel social, visando desenvolver atitudes de cooperação e solidariedade a fim de inserir-se de maneira positiva no meio social já dado, jamais questionado.

Dentro dessa vertente, Libâneo (1999) destacou três tendências principais: a pedagogia tradicional, a pedagogia renovada e a pedagogia tecnicista, que serão descritas a seguir:

Na pedagogia liberal tradicional acentua-se o ensino humanístico, de cultura geral, no qual é o indivíduo é educado para atingir, pelo próprio esforço e de forma individualizada, sua realização como pessoa. Os conteúdos, procedimentos didáticos e a relação educador-educando não têm correspondência com o cotidiano do educando, nem com a realidade social. Predominam a palavra do educador, as regras impostas e o cultivo exclusivamente do intelecto.

A pedagogia liberal renovada (progressivista e não-diretiva) ou Escola Nova acentua o sentido da cultura como desenvolvimento das aptidões individuais, mas considera a educação como um processo interno, não externo, que parte das necessidades e interesses pessoais, visando adaptação ao meio.

A tendência liberal tecnicista subordina a educação à sociedade, tendo como função a preparação de recursos humanos (mão-de-obra para a indústria). O essencial não é o conteúdo da realidade, mas as técnicas.

De acordo com Libâneo (1994, 1999), o segundo grupo denominado de pedagogia progressista engloba tendências que se baseiam nas finalidades

sociopolíticas da educação, a partir da análise crítica das realidades sociais e está representado principalmente pelas versões libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos.

Tais tendências surgiram no Brasil por volta da década de 70, em oposição à pedagogia liberal e concebem a educação como um processo de humanização dos homens, estando estes inseridos no contexto de suas relações sociais. Partem da análise crítica das realidades sociais e sustentam as finalidades sócio-políticas da educação na direção dos interesses emancipatórios das camadas populares.

Segundo a pedagogia progressista, a educação antes de ser um processo de formação cultural, é um fenômeno social, caracterizado pela existência de classes sociais antagônicas, com diferentes concepções de mundo, diferentes comportamentos sociais, valores e interesses. Assim, tem como objetivo a emancipação humana, a libertação da opressão de classe, de maneira que o homem atinja a plenitude de sua humanidade.

Os pressupostos gerais da pedagogia progressista estão na base de suas várias versões, entretanto apresentam formas pedagógicas diferentes. Na prática, Delineiam-se duas versões: a versão da "educação popular", que agrupa os educadores que se inspiram na pedagogia libertadora de Paulo Freire e os que defendem a pedagogia libertária (ou institucional); e a versão da pedagogia crítico-social dos conteúdos culturais.

As tendências libertadora e libertária têm em comum o antiautoritarismo, a idéia de autogestão pedagógica, a valorização da experiência vivida e do processo de aprendizagem grupal. Nelas, o processo educativo consiste numa atividade em que educadores e educandos, mediatizados pela realidade que apreendem na vivência das relações sociais cotidianas, atingem um nível de consciência desta mesma realidade, a fim de nela atuarem para modificá-la. O educador tem a tarefa de orientar a aprendizagem e as atividades estão centradas em discussões acerca do meio socio-econômico e cultural onde os educandos estão inseridos. Neste sentido, o

educador é coordenador das atividades que se organizam pela ação conjunta dele e dos alunos.

A versão da pedagogia crítico-social dos conteúdos propõe uma síntese superadora das pedagogias tradicional e renovada, valorizando a ação pedagógica enquanto inserida na prática social concreta, exercendo uma articulação entre a transmissão de conteúdos e assimilação ativa por parte do indivíduo (inserido num contexto de relações sociais) e resultando no saber criticamente reelaborado. Valoriza a mediação educador/educando e a transmissão e assimilação de conteúdos historicamente situados. O educando não recebe os conteúdos passivamente; pois o processo de assimilação/transmissão se dá pela relação dialética entre os conteúdos culturais sistematizados e a experiência social trazida pelo educando.

A seguir, serão apresentados dois quadros que sintetizam as principais características das diversas tendências pedagógicas, segundo a classificação elaborada por Libâneo (1999). Esta classificação, como reforça Gadotti (1995), é uma das mais claras, didáticas e ricas em informações, porém contém alguns equívocos em relação à tendência libertadora. Libâneo (1999) afirma que a pedagogia de Paulo Freire sustenta a não-diretividade, atua na educação não-formal, recusa os conteúdos tradicionais, não aceita um programa estruturado, bem como, trabalhos escritos e aulas expositivas, o que segundo Gadotti (1995) não corresponde aos postulados da "pedagogia do oprimido", que é diretiva e tem programa e conteúdos.

Quadro I - Aspectos Principais da Pedagogia Liberal

Aspectos Principais	Liberal Tradicional	Liberal Renovada Progressista	Liberal Renovada não-diretiva	Liberal Tecnicista
Papel da escola	- preparação intelectual e moral dos alunos para assumir sua posição na sociedade; - não aborda os problemas sociais.	- proporcionar experiências que promovam interação/adequação das necessidades individuais às exigências sociais;	Formação de atitudes, promoção de mudanças no indivíduo; - mais centrado nos problemas psicológicos do que nos pedagógicos ou sociais.	formar indivíduos competentes para o mercado de trabalho através de informações precisas, objetivas e rápidas.
Conteúdos de Ensino	- preparam o aluno para a vida, são determinados pela sociedade e pela legislação; - separados da realidade social e da experiência do aluno.	- dependem das experiências que o indivíduo vivencia; - mais vale a aquisição do saber do que o saber propriamente dito; - deve-se "aprender a aprender".	- são secundários; - a ênfase está nos processos de comunicação e desenvolvimento das relações.	- dizem respeito apenas ao conhecimento observável e mensurável, sem carácter subjetivo e estão sistematizados em livros didáticos, manuais, módulos
Métodos de ensino	- exposição verbal e demonstração; - ênfase nos exercícios, repetição de conceitos ou fórmulas.	- tentativas experimentais, pesquisas, estudo do meio natural e social, métodos de solução de problemas.	- métodos usuais são dispensados; - técnicas de sensibilização e processos de relacionamento interpessoal.	- tecnologia educacional: instrução programada, micro ensino, módulos e multimeios.
Relação professor-aluno	- autoridade do professor; - atitude receptiva do aluno.	- professor auxilia no desenvolvimento espontâneo do aluno; - aluno solidário, participante e respeitador das regras do grupo.	- educação centrada no aluno; - o professor é um facilitador, especialista em relações humanas, sua intervenção ameaça e inibe a aprendizagem.	- o professor transmite os conteúdos conforme o sistema instrucional; - o aluno recebe, aprende e fixa as informações.
Princípios Teóricos da Aprendizagem	- recapitulação visando retenção; - avaliações em forma de provas escritas, exercícios e interrogatórios; - reforço baseado na classificação por notas.	- aprendizagem se dá pela descoberta, tendo como estímulo o ambiente; - avaliação fluida e com base nas descobertas dos alunos.	- a motivação é um ato interno que resulta da busca da auto-realização; - a retenção se dá pela relevância do aprendido em relação ao "Eu"; - auto-avaliação.	- o ensino é um processo de condicionamento do indivíduo através do reforço das respostas que se quer obter (objetivos preestabelecidos).
Aplicação na prática	- tendência viva e atuante em nossas escolas (leigas e religiosas).	- aplicação reduzida, - escolas particulares adotam alguns métodos (Montessori, Dewey, Piaget).	- principalmente junto a orientadores educacionais e psicólogos escolares (inspiração em Rogers).	- implantada nos anos 60 como política oficial (na prática vigorou a pedagogia tradicional).

Quadro II – Aspectos Principais da Pedagogia Progressista

Aspectos Principais	Progressista Libertadora	Progressista Libertária	Progressista Crítico-Social dos Conteúdos
Papel da escola	- questionar a realidade das relações do homem com a natureza e com outros homens visando a uma transformação.	- transformar os indivíduos num sentido libertário e autogestionário; - criar grupos de pessoas com princípios autogestionários (associações, escolas, grupos informais).	- difusão de conteúdos vivos, concretos e indissociáveis das realidades sociais.
Conteúdos de ensino	- extraídos da problematização da prática de vida dos educandos; - denominados de temas geradores.	- à disposição dos educandos, mas não exigidos. - os conteúdos resultam das necessidades e interesses manifestos pelo grupo.	- conteúdos culturais universais conhecimento, permanentemente reavaliados frente às realidades sociais.
Métodos de ensino	- grupos de discussão, que definem os conteúdos e as atividades; - dispensam-se trabalhos escritos, programas, aulas expositivas; - é feita avaliação da prática vivenciada.	- vivência grupal, na forma de autogestão; - é oferecido ao educando o que for possível (atividades, conjunto da vida, organização do trabalho) e este participa, se quiser, através de discussões, cooperativas, assembleias.	- surgem da relação direta com a experiência do aluno, confrontada com o saber trazido de fora; - o método consiste na constatação da prática real e confronto dessa prática com o conteúdo proposto aplicado criticamente.
Relação professor-aluno	- horizontal, professor e aluno são sujeitos do ato de conhecimento; - toda relação de autoridade é eliminada.	- baseada na não-diretividade; - obrigações e ameaças são ineficazes; - professor é um orientador e catalizador.	- valoriza-se o papel do aluno, mas a presença do professor é imprescindível; - o professor atua como mediador, mas exclui-se a não-diretividade.
Princípios Teóricos da Aprendizagem	- a educação é problematizadora. Aprender é conhecer a realidade vivida pelo educando, através da compreensão, reflexão e crítica.	- aprendizagem informal (via grupo) e negação da repressão visando formar pessoas mais livres; - motivação está no interesse de crescer na vivência grupal; - não há avaliação, o vivido é incorporado se tiver uso prático.	- aprender é desenvolver a capacidade de processar informações, lidar com estímulos do ambiente e organizar dados disponíveis da experiência; - aprendizagem significativa: verifica-se o que o educando já sabe, oferece o conteúdo e após criticá-lo, supera sua visão parcial e confusa e adquire outra, clara e unificadora; - pressupõe avaliação do progresso do educando.
Aplicação na prática escolar	- divulgada por Paulo Freire; - voltada para educação de adultos, influencia movimentos populares e sindicatos.	- influencia tendências como a pedagogia institucional, a anarquista, a psicanalista. - trabalhos de Tragtemberg, Lobrot, Freinet, Miguel Arroyo, Vasquez e Oury.	- iniciativas de professores da rede pública e trabalhos de educadores como Makarenko, Charlot, Snyders, e no Brasil, destaca-se Demerval Saviani.

Diante de tantas possibilidades, de tantas opções para basear o processo educativo, chamo atenção para a formação acadêmica dos profissionais de saúde, e principalmente, do enfermeiro, que apresenta em seu currículo diversas disciplinas relativas às ciências humanas, incluindo aspectos pedagógicos e psicológicos, e que, supostamente, capacitariam este profissional para o ensino.

Porém, o que se observa com grande frequência, é o caráter arbitrário das atividades educativas em saúde, pois não há uma definição exata dos pressupostos pedagógicos que alicerçam essas práticas. Na verdade, muitas vezes, não existe um embasamento pedagógico, mas apenas uma mera repetição de procedimentos didáticos inspirados na prática tradicional de ensino, na qual o educador é o detentor do saber e o conhecimento é repassado por meio de aulas, palestras e folhetos com informações padronizadas.

Muñoz e Fortes (1998), afirmam que os profissionais de saúde geralmente apresentam três padrões de comportamento para a transmissão de informações aos clientes.

O primeiro é o padrão da "prática profissional", no qual o informante toma como base as regras habituais e práticas tradicionais de sua profissão e estabelece o balanço entre as vantagens e os inconvenientes da informação, assim como os tópicos a serem discutidos e a magnitude de informação a ser revelada em cada um deles. O profissional utiliza-se de parâmetros já estabelecidos por sua categoria, não adaptando ou individualizando as informações aos reais interesses de cada indivíduo.

O segundo padrão encontrado é o da "pessoa razoável", que se fundamenta sobre as informações que uma hipotética pessoa razoável, mediana, necessitaria saber sobre determinadas condições de saúde e propostas terapêuticas. O profissional imagina uma pessoa que representa a "média" de uma determinada comunidade e cultura e seleciona informações que julga estar ao alcance da compreensão dessa pessoa.

Os folhetos contendo orientações acerca de patologias ou procedimentos, que geralmente são fornecidos por instituições de saúde a clientes e familiares, estão baseados nesse segundo padrão. Considerando que tais informações padronizadas são importantes na disseminação de conhecimentos, é importante lembrar que não são suficientes para garantir informações adequadas e não devem ser utilizadas como fonte exclusiva de esclarecimento.

E, o terceiro padrão denominado de "subjetivo" ou "orientado ao paciente", está baseado numa abordagem apropriada a cada pessoa, personalizada, passando as informações a contemplarem as expectativas, os interesses e valores de cada um, observados em sua individualidade. O profissional deve descobrir, através dos seus conhecimentos e de sua prática, aliados à observação das condições emocionais dos clientes e dos fatores sociais e culturais a ele relacionados, o que cada indivíduo gostaria de conhecer e o quanto gostaria de participar das decisões.

Muñoz e Fortes (1998) discordam dos profissionais que acreditam ser impossível estabelecer condições para a utilização cotidiana do padrão "subjetivo" devido ao baixo nível intelectual e sociocultural da maioria dos clientes que procuram as instituições de saúde, o que impediria a compreensão das informações que lhe são reveladas. Para os autores, tais posturas revelam preconceitos étnicos ou de classe social e afirmam que, se os clientes não compreendem as orientações, a causa está na inadequação da informação e não na pretensa incapacidade de compreensão.

Frente a tais comportamentos, é possível fazer uma referência às idéias de Libâneo (1999), quando este afirma que o modo como os educadores realizam seu trabalho (selecionam e organizam o conteúdo das matérias, escolhem técnicas de ensino e avaliação) relaciona-se, explícita ou implicitamente, com os pressupostos metodológicos. Uma boa parte dos educadores, provavelmente a maioria, baseia sua prática em prescrições pedagógicas que viraram senso comum e que foram incorporadas quando de sua passagem pela escola ou transmitidas pelos colegas mais velhos. Outros se apegam à última tendência da moda, sem refletir sobre sua

escolha. Por outro lado, há professores interessados num trabalho docente mais conseqüente, e que são capazes de perceber o sentido mais amplo de sua prática e de explicitar suas convicções.

Deve-se salientar que, possivelmente, os responsáveis pela seleção de conteúdos dos cursos formadores de profissionais da saúde, ainda não despertaram para a função de educador, inerente a esses profissionais. Em muitos casos, os currículos não incluem disciplinas de cunho pedagógico, ou quando presentes, giram em torno de teorias de aprendizagem e de ensino que quase nunca têm correspondência com as situações concretas da prática de educação em saúde, não ajudando os educadores a formar um quadro de referência para orientar suas ações.

Segundo Sabóia (1999), é possível que exista uma primazia na utilização da vertente liberal pelos enfermeiros, uma vez que, a educação é definida como instrumento de equalização social e o cliente é educado para integrar-se à sociedade, evitando desvios e problemas, no contexto saúde-doença. E, da mesma forma, as condições de vida desses clientes deixam de ser valorizadas na programação e avaliação das ações educativas.

Ainda hoje, a forma de atuação da maioria dos educadores brasileiros se situa no âmbito daquilo que Libâneo (1999) definiu como tendência pedagógica liberal, seja na sua versão tradicional, seja nas versões renovada e tecnicista. Das séries iniciais da educação infanto-juvenil até as classes universitárias, o que se percebe é a existência de uma espécie de preconceito em torno das abordagens ditas progressistas (ainda sob o ponto de vista de Libâneo), que, em geral, são rotuladas como assistemáticas e que adquiriram um estigma, difícil de ser superado, de que não preparam os indivíduos para a sociedade contemporânea.

Como no mundo atual, capitalista e globalizado, competitividade se transformou na palavra-chave, no objetivo a ser alcançado a qualquer preço e em todas as instâncias, uma escola que não prepare o aluno para "o grande jogo" no qual se transformou a vida em sociedade, não poderá ser considerada uma boa escola.

Não interessa ou deixou de ser prioridade uma educação que busque o desenvolvimento da consciência crítica e que questione as injustiças sociais. A boa educação é aquela que se mostra eficiente; que prepara para o ingresso na universidade; que treina os indivíduos para se tornarem vencedores.

Se isto é válido para a maioria da população, é válido também para os enfermeiros. Se atentarmos para os programas de formação desses em boa parte das universidades brasileiras, poderemos observar, a partir de uma análise mais ou menos superficial, que, em sua maioria, estes cursos dão maior importância ao treinamento técnico e menos importância a aspectos mais críticos em relação, por exemplo, ao papel e a atuação do enfermeiro. Com raras exceções, mesmo nos instantes de maior questionamento, como nas disciplinas que enfocam a ética e o exercício profissional, o que se observa é o tratamento inadequado de conteúdos, através de didáticas equivocadas, tradicionais e que transformam um momento que deveria ser de questionamento e avaliação em mais uma entre tantas disciplinas.

Ora, isso se reflete, diretamente na atuação desses profissionais. Há uma verticalidade na relação educador- educando, o processo de ensino é centrado no profissional de saúde, que é o detentor do saber e o cliente, não passa do receptor de informações que devem ser incorporadas sem nenhum questionamento.

O que se percebe nas práticas educativas realizadas por profissionais da saúde, particularmente no caso dos enfermeiros, é o estabelecimento de uma distinção bem nítida entre quem é o agente (enfermeiro) e quem é o “paciente”. Compete a este último um “papel social” bem claro e que se estabelece no próprio sentido etimológico que a palavra encerra.³ Cabe-lhe a função de aceitar, de enquadrar-se neste que é o seu novo status social: o ser doente.

As ações educativas concentram esforços no sentido de adaptar o indivíduo portador de uma patologia, às novas condições de vida/doença, não sendo observadas suas condições concretas de vida, de trabalho ou de classe social. A partir

³ O termo paciente deriva da palavra em latim *patiens -entis* : aquele que suporta, sem queixas (Cunha, 1997).

de valores e padrões que poderíamos chamar de hegemônicos ou dominantes e que geralmente não têm a menor relação com a práxis social daquele indivíduo, traça-se um receituário a ser seguido, um perfil de tratamento ideal que deverá ser adotado pelo cliente. Com isso, entrega-se ao indivíduo doente a responsabilidade por sua saúde, aqueles que, porventura, não se enquadrarem, (e que não são poucos) serão julgados culpados pelo próprio fracasso.

Na grande maioria dos casos, as atividades de educação em saúde não são planejadas de acordo com o contexto social dos clientes e, tampouco, buscam suprir suas necessidades. O conhecimento prévio do cliente não é valorizado e seu papel no processo educativo é, como dissemos acima, de total passividade.

Antecipando-me aos comentários que se seguirão quando serão apresentados os resultados desta pesquisa, é possível afirmar que em termos didáticos, os conteúdos utilizados pelo profissional de saúde são, freqüentemente, oriundos de instâncias superiores, e em geral, não têm qualquer preocupação em aproximar-se do contexto social. A exposição oral predomina entre os métodos de ensino e os recursos restringem-se a cartazes, slides, transparências ou folhetos elaborados dentro de padrões estabelecidos.

Muitos profissionais procuram afastar-se deste círculo vicioso, adotando uma postura mais autônoma, ao proporem metodologias de trabalho mais heterodoxas e em geral, mais preocupadas com a pouca aderência aos tratamentos. Estas iniciativas, porém, por serem fruto de condutas individuais e isoladas, por não obterem muita receptividade no meio institucional, nunca ou raramente se transformam em uma política da instituição. No todo, e isto é preocupante, a maioria dos profissionais perpetua as práticas pedagógicas de cunho liberal, sem mesmo se apercebem desse fato.

Um aspecto característico do que se pode denominar de um senso comum liberal é a adoção de regras disciplinares baseadas, muitas vezes, em coerção pura e simples. Seja de forma explícita ou de uma maneira disfarçada, a coerção aos clientes

é um fato. Representadas por medidas que enquadram, rotulam, aproximam ou afastam os indivíduos, e que no fundo visam controlá-los e forçá-los a fazerem “o que é certo”, ações administrativas claramente coercitivas e autoritárias são largamente utilizadas. E com um agravante: são vistas como naturais. Qualquer profissional dissidente, que tente mudar as regras do jogo será isolado e destituído de todas as facilidades que se pode ter ao participar do ponto de vista da maioria.

As formas de coerção se materializam das mais variadas maneiras. São alimentos que só serão fornecidos àqueles que seguirem o tratamento corretamente; são remédios que só serão entregues aos que comparecerem às consultas na data marcada, enfim, são as manifestações daquilo que Foucault (1990) denominou de “Microfísica do Poder”, ou seja, desenvolve-se um emaranhado de pequenas regras de comportamento e que visam estabelecer um processo gradativo de controle e, porque não, de educação forçada, na mais pura tradição liberal⁴.

⁴ Em seu livro, *Microfísica do Poder*, Foucault aborda questões relativas ao poder, sua natureza, exercício, relação com a produção da verdade, e, discute os mecanismos de poder que funcionam em um nível extremamente elementar e cotidiano, dentro das sociedades capitalistas.

3.2 - Pressupostos da Prática Educativa Crítica e Progressista.

Esta apresentação inicia-se com as principais contribuições do pensamento de Paulo Freire. Começar por Paulo Freire justifica-se não só porque ele é o autor de diversas obras pertinentes ao assunto em questão, mas, principalmente porque ele representa talvez a principal figura a pensar de forma inovadora e radical os processos educacionais. Freire transformou-se no pai de todos os críticos e analistas recentes da educação brasileira. Ele foi o iniciador, e tem sido até hoje a referência maior quando se pretende compreender tanto o processo educativo em suas determinações internas como as suas implicações de caráter político e social.

Para Freire (2000, p:25), “educar não é ‘transferir conhecimentos’, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.” Quem ensina não está apenas transmitindo conteúdos e dando forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado e sim, da mesma forma que o educando, está aprendendo.

Segundo o autor, a prática educativa não se resume a um simples processo de treinamento técnico, pois tem um importante papel de formação. Desta maneira, não se pode pensar em educação negligenciando aspectos éticos e morais, dissociando-a da realidade dos indivíduos e desrespeitando a natureza do ser humano.

As idéias de Paulo Freire constituem grande parte do arcabouço teórico que norteia o desenvolvimento da presente investigação. A obra de Paulo Freire é vasta e muito rica em contribuições para quem se interessa pela educação e considero importante apresentar algumas de suas obras, cuja leitura permitiu a apreensão de conceitos e pressupostos essenciais à compreensão e discussão das evidências coletadas.

Em seu primeiro livro “Educação como Prática da Liberdade”⁵, Freire (1984a) discute o papel da educação, apontando-a como um importante recurso para a construção de uma sociedade mais justa. Aborda conceitos como humanização, consciência crítica e diálogo. Em sua segunda obra, “Pedagogia do Oprimido”⁶, Freire (1992) critica a educação por ele denominada de “bancária”, chama atenção para os mecanismos opressores da educação tradicional e novamente, enfatiza a importância do diálogo na relação educador-educando. Já em “Extensão ou Comunicação”⁷, Freire (1983) partindo da análise da relação entre o agrônomo (educador) e o camponês (educando), trabalha a idéia de extensão como invasão cultural e reforça que a comunicação e o respeito ao ser humano constituem-se em bases para uma autêntica educação. O livro “Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos”⁸, reúne textos elaborados por Paulo Freire durante os anos de 1968 e 1974, na sua maioria, vividos no exílio. Nessa obra, Freire (1987) ao abordar os programas de alfabetização de adultos, aprofunda e relaciona os conceitos de conscientização, ação cultural e libertação. A publicação de “Educação e Mudança”, em 1979, marca o retorno de Paulo Freire ao Brasil, após dez anos de exílio. Trata-se de vários textos, através dos quais Freire (1984b) sintetiza suas idéias e discute o compromisso do profissional de educação no processo de mudança da sociedade. E, em uma de suas mais recentes obras, publicada pela primeira vez em 1996, Freire (2000) apresenta de forma bastante acessível, os saberes necessários à prática educativa e ressalta que estes não podem estar dissociados dos princípios éticos, principalmente no que se refere à autonomia dos sujeitos.

⁵ Publicado pela primeira vez em 1967.

⁶ As primeiras publicações são de 1968, em edições americana e espanhola. No Brasil, só foi publicado em 1974.

⁷ Publicado no Chile em 1969 e no Brasil em 1971.

⁸ Publicado em 1976.

Alguns dos pressupostos apresentados por Paulo Freire no conjunto de sua obra estão aqui resumidos:

- ❖ **Humanização:** reconhecimento do homem como sujeito e não objeto. Humanizar é não massificar o homem, valorizar sua autonomia, seu contexto social e suas necessidades.
- ❖ **Conscientização:** desenvolvimento da tomada de consciência. Processo de transformação, transição da consciência ingênua para consciência crítica.
- ❖ **Consciência Ingênua:** caracterizada pela simplicidade na interpretação dos problemas. Julgamento livre dos fatos (atribuição dos significados que desejar).
- ❖ **Consciência Crítica:** representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica, nas suas relações causais e circunstanciais.
- ❖ **Diálogo Crítico:** relação horizontal (jamais vertical) entre dois pólos. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade.
- ❖ **Criticidade:** apropriação crescente pelo homem de sua posição no contexto. Implica na sua inserção, na sua integração e na representação objetiva da realidade.
- ❖ **Comportamento Comprometido:** ação baseada na reflexão e capacidade de opção. Vinculado ao desenvolvimento da consciência crítica.
- ❖ **Práxis Transformadora:** resulta da ação e reflexão dos homens sobre a realidade (objeto, fato, situação), para então, modificá-la.

Segundo Freire (2000), a prática educativa progressista e crítica depende da formação e capacitação dos educadores, que precisam incorporar saberes fundamentais para o desenvolvimento de tal prática. Estes saberes, segundo o autor,

são necessários àqueles educadores comprometidos com a pedagogia da autonomia, que visa à educação de indivíduos autônomos e críticos.

Os saberes necessários à prática educativa serão apresentados esquematicamente e alguns deles serão abordados na análise das evidências desta pesquisa, pelo fato de estarem relacionados com o objeto em estudo, na medida em que, incorporados pelos enfermeiros, poderão conduzir à uma prática de educação em saúde transformadora.

Para Freire (2000), ensinar exige:

rigorosidade metódica,
pesquisa,
respeito aos saberes dos educandos,
criticidade,
estética e ética,
corporeificação das palavras pelo exemplo,
risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação,
reflexão crítica sobre a prática,
reconhecimento e assunção da identidade cultural,
consciência do inacabamento,
reconhecimento de ser condicionado,
respeito à autonomia do ser educando,
bom senso,
humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educandos,
apreensão da realidade,
alegria e esperança,
convicção de que a mudança é possível,
curiosidade,
segurança, competência profissional e generosidade,
comprometimento,
compreender que a educação é uma forma de intervir no mundo,
liberdade e autoridade,
tomada consciente de decisões,

saber escutar,
reconhecer que a educação é ideológica,
disponibilidade para o diálogo,
querer bem aos educandos.

A educação crítica e transformadora deve propiciar ao educando condições de verdadeira participação, que possibilitem o desenvolvimento do gosto pela pesquisa, pela constatação e revisão dos achados; e, incentivem à análise dos problemas e experiências de debate.

Freire (1984b) afirma que a educação deve:

- possibilitar ao homem, a discussão de sua problemática e sua inserção nesta problemática;
- colocar o homem em diálogo constante com o outro;
- predispor o homem, a constantes revisões;
- permitir ao homem, a análise crítica de seus "achados";
- identificar o homem com métodos e processos científicos;
- fazer do homem , um ser consciente, crítico e racional.

Somando-se às contribuições de Paulo Freire, foram compiladas várias obras de educadores envolvidos e comprometidos com a prática pedagógica progressista, dentre os quais pode-se citar: Cipriano Carlos Luckesi, Ana Maria Saul, Moacir Gadotti, José Carlos Libâneo e Demerval Saviani. As idéias progressistas destes autores também estarão respaldando a análise das evidências do presente estudo.

De acordo com Gadotti (1984), a educação é obra transformadora, criadora. Para criar é necessário mudar, perturbar, modificar a ordem existente. E para fazer alguém progredir, significa modificá-lo. Concordando com o pensamento de Freire, o autor afirma que ato educativo é decisão, ação, práxis.

Gadotti (1984, 1995) denomina sua prática educativa de “pedagogia do conflito” e enfatiza que não pretende inventar uma nova teoria da educação, mas que procura, através da sua prática, demonstrar que é necessário se contrapor à educação que aliena e manipula.

Reforçando a idéia da educação como um ato que envolve a problematização, a análise e a discussão dos fatos/situações, Libâneo (1999) aponta quatro pressupostos que determinam a educação crítica:

- a educação é uma manifestação de condições sociais concretas, então educar supõe estreita interdependência com as realidades sociais;
- deve-se elevar a consciência dos educandos, ultrapassando o conhecimento rudimentar;
- é importante considerar o senso comum, extraindo dele o seu núcleo válido e dar-lhe expressão elaborada com vistas à formação de uma concepção adequada do mundo;
- a educação é um instrumento de progresso intelectual, através do seu papel indissociável da competência técnica e do seu senso político.

Libâneo juntamente com Saviani, defendem a chamada “pedagogia crítica dos conteúdos”, teoria que, juntamente com a pedagogia libertadora de Paulo Freire, se insere nas tendências pedagógicas progressistas. Apesar de Libâneo (1994,1999) se contrapor a alguns fundamentos da pedagogia libertadora, os pressupostos da teoria crítica dos conteúdos, talvez por partirem dos mesmos princípios, adequam-se ao desenvolvimento de uma prática educativa embasada no respeito ao educando e valorização do seu contexto socio-cultural.

A pedagogia crítico-social dos conteúdos fundamenta-se na transmissão/assimilação ativa de conteúdos. Tratam-se de conteúdos vivos, atualizados, articulados com as realidades sociais, valores e bens culturais dos

educandos. Para o desenvolvimento da prática educativa é necessário conhecer a as características socioculturais e psicológicas dos educandos, de modo a garantir o acesso aos conteúdos (SAVIANI, 1986; LIBÂNEO, 1994; 1999).

Diante do exposto, posso inferir que a educação é um processo amplo, no qual insere-se a educação em saúde. E, pensar na educação em saúde apenas como transmissão de conteúdos relacionados a uma determinada condição de doença, minimiza seu valor e submete o cliente à condição de mero receptor, ou ainda, depósito de informações. Educar sem conhecer a realidade dos clientes, sem valorizar seu conhecimento prévio, sem considerá-los participantes do processo educativo, não é educar. É ditar normas e regras de comportamento; é transformar o cliente em objeto e, como diria Paulo Freire, é desumanizá-lo; e por fim, é a expressão de uma prática autoritária e limitante da autonomia dos sujeitos.

3.3 - A Natureza da Investigação.

A metodologia utilizada na realização desta pesquisa é de natureza qualitativa e trata-se de um estudo de caso. A escolha de tal método justifica-se pela adequação das suas características aos objetivos propostos na presente investigação.

A pesquisa qualitativa, segundo Martins e Bicudo (1989), busca uma compreensão particular daquilo que se estuda, não se preocupando com generalizações, princípios e leis. O foco da sua atenção é centrado no específico, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.

Esse tipo de abordagem, conforme Leopardi (2001), valoriza o contexto social no qual o evento ocorre, a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam e a interação entre pesquisador e informante. A autora enfatiza que o pesquisador não se prende a pré-julgamentos e pressupostos, podendo construí-los ao longo da pesquisa.

Bogdan e Biklen (1994) apontam cinco aspectos que caracterizam a pesquisa qualitativa:

- A fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador seu instrumento principal. Os problemas são estudados no ambiente em que ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador e é necessário que este mantenha um contato direto com o ambiente e com a situação que está sendo investigada.
- A investigação é descritiva. O material obtido nessas pesquisas é constituído por descrições de pessoas, situações e acontecimentos. Desenhos, fotos, documentos e transcrições de entrevistas podem ser apresentados como dados coletados.
- Os investigadores interessam-se mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos. O pesquisador dirige seu interesse ao estudo do problema e de suas manifestações nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas.

- Os dados tendem a serem analisados de forma indutiva. Os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses previamente estabelecidas. As abstrações são construídas durante o desenvolvimento do estudo.
- O significado (a perspectiva dos informantes) é de vital importância. O pesquisador dirige atenção especial ao significado que as pessoas atribuem às questões que estão sendo estudadas. Os pontos de vista dos participantes permitem clarear o dinamismo interno das situações, muitas vezes inacessível ao observador externo.

Tais características correspondem aos objetivos desta pesquisa, na medida em que se pretende descrever as ações educativas dos enfermeiros a partir das observações realizadas pelo pesquisador durante contato direto com o ambiente onde essas ações são desenvolvidas; os dados coletados incluem descrições das consultas, das atividades educativas e dos locais onde estas ocorrem, transcrições de entrevistas realizadas com os enfermeiros e análise de documentos (projetos, livros de registro, cronogramas, dentre outros); o principal foco de atenção do pesquisador refere-se à relação educador-educando no processo de ensino-aprendizagem; não existe a preocupação de confirmar hipóteses previamente construídas e atribui-se um grande valor à percepção que os enfermeiros têm do papel de educador que desempenham.

Um outro aspecto importante nas pesquisas de natureza qualitativa, é que, apesar de não haver a preocupação com o estabelecimento de hipóteses e indicadores estatísticos, tais investigações não são conduzidas à revelia, ao contrário, são baseadas em métodos diversos e bem estruturados.

3.3.1 - O Estudo de Caso.

O estudo de caso, segundo Leopardi (2001) é uma investigação sobre um único evento ou situação, em que se busca o aprofundamento dos dados. Tem a finalidade de conhecer em profundidade uma pessoa, família, grupo, instituição ou outra unidade social.

Yin (2001) define o estudo de caso como uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle.

Por sua vez, Lüdke e André (1986, p.17) enfatizam que “o caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular”. Os autores caracterizam o estudo de caso com base nos aspectos gerais da pesquisa qualitativa e apontam algumas dessas características:

- visam à descoberta, o investigador deverá estar sempre atento a novos elementos que podem surgir durante o estudo;
- enfatizam a ‘interpretação em contexto’, é preciso considerar o contexto onde o fenômeno está situado;
- buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema;
- utilizam-se de várias fontes de informação;
- revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas, o pesquisador procura relatar as suas experiências durante o estudo de modo que o leitor possa fazer as suas ‘generalizações naturalísticas’;
- procuram representar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social;
- utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível que os outros relatórios de pesquisa, podendo ser apresentados das mais variadas formas (como por exemplo: dramatizações, mesas-redondas, fotos, slides, relatos escritos com estilo informal).

Esse tipo de pesquisa se diferencia dos outros porque seu objeto de estudo é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

De acordo com os autores, o estudo de caso se processa em três etapas: a fase exploratória; a delimitação do estudo (coleta de dados) e a análise sistemática e elaboração do relatório. Para eles, as três fases se sobrepõem em diversos momentos, sendo difícil precisar as linhas que as separam.

- A fase exploratória.

O estudo de caso é iniciado a partir de algumas questões ou pontos críticos que vão sendo esclarecidos e aprofundados à medida que o estudo se desenvolve, e assim, os contornos do caso são delineados de forma mais específica.

- A delimitação do estudo.

Após a delimitação dos contornos aproximados do objeto de estudo, deve-se iniciar a fase de coleta sistemática dos dados, podendo ser utilizadas técnicas e instrumentos variados, que são escolhidos de acordo com as características próprias do objeto estudado.

- A análise sistemática e a elaboração do relatório.

A análise do material pode ser iniciada já na fase exploratória do estudo, pois, como foi mencionado anteriormente, as fases não se completam numa seqüência linear, mas se interpolam constantemente. A necessidade de juntar toda a informação obtida e analisá-la surge na fase exploratória, mas o processo analítico deve ocorrer durante todas as fases da pesquisa.

A seguir será apresentado o percurso metodológico do presente estudo, que foi norteado pelas recomendações de Lüdke e André (1986) e pelas valiosas contribuições de Yin (2001), relativas ao desenvolvimento de pesquisas do tipo estudo de caso.

3.4 - A Fase Exploratória.

Essa fase foi caracterizada pelos momentos de inquietação e construção de questões amplas relacionadas ao processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros.

O ponto de partida desse estudo é representado pelas práticas de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros, com ênfase na necessidade e importância da utilização de pressupostos pedagógicos como norteadores de tais práticas.

A analogia de Lüdke e André (1986) que compara o desenvolvimento do estudo de caso a um funil, retrata muito bem o processo de construção da pesquisa: no início há questões ou focos de interesse muito amplos, que no final se tornam mais diretos e específicos.

A busca de referenciais teóricos na literatura pertinente, os depoimentos de profissionais diretamente envolvidos em ações de educação e saúde e as discussões em torno do tema, ocorridas nas reuniões do GRUPESS (Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade) constituíram-se nos aspectos fundamentais nessa fase de exploração.

Somando-se a esses aspectos, as minhas experiências de trabalho e de estudo, dirigidas aos clientes portadores de hipertensão arterial, tiveram um papel decisivo na determinação do grupo de enfermeiros que integraria a população desta pesquisa.

Segundo Lüdke e André (1986), nesse momento é fundamental que não se estabeleça uma visão predeterminada da realidade, mas se busque os aspectos ricos e imprevistos que envolvem uma determinada situação.

A abertura para o conhecimento da realidade a ser investigada foi concretizada pela elaboração de questões norteadoras, estabelecimento dos contatos

iniciais para entrada em campo, localização dos informantes e fontes de dados necessárias ao estudo.

No estudo de caso, apesar de não haver necessidade da construção de hipóteses bem definidas ou de concepções predeterminadas, Yin (2001) enfatiza que a elaboração das questões da pesquisa é provavelmente o passo mais importante a ser implementado, pois estas fornecem uma chave importante para se traçar as estratégias de pesquisa que serão adotadas.

Desta forma, como se pretendia conhecer profundamente a prática dos enfermeiros envolvidos nas ações de educação em saúde dirigidas aos clientes com hipertensão arterial, foram priorizados os seguintes aspectos: o conhecimento dos enfermeiros em relação aos principais conceitos inerentes à educação em saúde; a perspectiva desses profissionais diante do seu papel de educador; a descrição das ações educativas, levando em consideração os tipos de atividades desenvolvidas, seu planejamento, a participação dos clientes, os referenciais teóricos, métodos e recursos utilizados e o processo de avaliação dessas práticas.

Após a definição de tais aspectos, iniciou-se o processo que culminou na escolha do campo de pesquisa. Para tanto, foram levantadas várias possibilidades, que incluíam hospitais, postos de saúde e centros especializados no atendimento de clientes portadores de hipertensão arterial.

Diante do levantamento de informações acerca das características desses locais, ficou estabelecido como campo de pesquisa, o ambulatório de uma instituição hospitalar da rede pública, localizada em Fortaleza, tida como referência no atendimento a clientes portadores de doenças cardio-respiratórias.

Vários fatores colaboraram nessa decisão: por se tratar de um hospital de referência no atendimento a clientes portadores de patologias cardiovasculares, o número de pessoas que buscam assistência nesse local é muito grande e, no caso dos clientes com hipertensão gerou a necessidade de implantação de um serviço com características específicas, que funciona diariamente e envolve a participação de vários profissionais; além disso, anteriormente mantive um vínculo de trabalho com

essa instituição, o que facilitou a abertura do campo e o conhecimento de sua dinâmica de trabalho e das pessoas nele envolvidas; e, principalmente, pelo fato deste serviço concentrar o maior número de enfermeiros que desenvolvem um programa específico de assistência à clientela portadora de hipertensão (quando comparado aos outros locais selecionados como opções para esta investigação).

Com o estabelecimento do campo de pesquisa, foram realizados os contatos iniciais com a instituição e o levantamento de informações mais precisas em relação ao serviço, possibilitando a seleção dos informantes e das fontes de dados.

3.5 - A Coleta de Dados.

Para a coleta de dados foram utilizados três métodos de investigação: a observação, a entrevista e a análise documental, que segundo Lüdke e André (1986), são técnicas que ocupam um lugar privilegiado nas novas abordagens de pesquisa educacional.

Para Yin (2001), no estudo de caso, um dos aspectos fundamentais na fase de coleta de dados é a utilização de várias fontes de evidências. O uso de várias fontes permite que o pesquisador desenvolva um processo de triangulação, no qual convergem diversas linhas da investigação, tornando o estudo mais acurado e confiável, pelo fato de obedecer a um estilo corroborativo de pesquisa.

Desta forma, a triangulação contribui na validação da pesquisa, uma vez que várias fontes de evidências fornecem essencialmente várias avaliações do mesmo fenômeno, além de enriquecer a compreensão sobre a situação investigada.

Participaram desta investigação todos os cinco enfermeiros que atuam no ambulatório da instituição em foco e que integram o serviço de atendimento aos clientes portadores de hipertensão arterial.

A coleta sistemática dos dados ocorreu no período de outubro de 2001 a janeiro de 2002, sendo realizada pela própria pesquisadora. Durante esses quatro meses foram compilados vários materiais que constituíram a análise documental, foram realizadas entrevistas com os cinco enfermeiros e observações do ambiente e das atividades exercidas por estes profissionais.

A cooperação dos enfermeiros na investigação ocorreu a partir da explanação dos objetivos e características do estudo, acontecendo de forma espontânea. Em princípio, os participantes não colocaram qualquer dificuldade, nem limitações ao processo de coleta de dados.

Assim, foi possível acompanhar toda a dinâmica do serviço prestado aos clientes. Durante o período de coleta de dados, pude observar as seguintes

atividades executadas pelos enfermeiros: trinta e duas consultas, uma palestra educativa e duas sessões de relaxamento.

3.5.1 -Observação.

Lakatos e Marconi (1991) definem a observação como uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se pretende estudar.

De acordo com Lüdke e André (1986), a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado; o observador pode recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado e permite que o observador, ao acompanhar as experiências diárias dos sujeitos, chegue mais perto da sua "visão de mundo", ou seja, do significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Quando se utiliza a observação como método de coleta de dados, deve-se buscar uma perspectiva de totalidade, sem se desviar dos focos de interesse da pesquisa.

Essa técnica exige a presença do pesquisador no local investigado, sistematização dos registros, descrição minuciosa do contexto e um período de dessensibilização dos participantes (para que a presença do pesquisador não cause perturbação na situação observada). É importante que seja realizado um registro do que ocorre no campo de pesquisa, como: descrição dos sujeitos; reconstrução dos diálogos; descrição dos locais, dos eventos especiais e das atividades, bem como, dos comportamentos do observador (LÜDKE e ANDRÉ ,1986 ; LEOPARDI, 2001).

Leopardi (2001) indica alguns cuidados que precisam ser tomados durante o período de observação: o investigador deve estar sempre atento e não pode desviar sua atenção para eventos não relacionados com sua questão de pesquisa; a observação deve ser precisa e minuciosa; é importante que os dados observados sejam exatos e completos, devendo ser anotados; sendo também recomendável a utilização de um instrumento de observação, para que haja uma ordem e sucessão do relato.

A observação realizada neste trabalho foi de natureza não participativa e sistemática (LAKATOS e MARCONI, 1991), ou seja, a pesquisadora mantém um contato com a realidade, sem interferir ou participar ativamente, desempenhando basicamente um papel de espectadora. Tal procedimento tem caráter sistemático e foi norteado por um roteiro de observação (Apêndice A), utilizado principalmente durante as consultas e a sessão educativa. Esse roteiro continha indicações dos aspectos que deveriam ser contemplados, mas não de forma rígida, permitindo que fossem acrescidas informações e impressões pertinentes.

Além desse instrumento, também foram realizadas anotações referentes à organização do serviço, características do ambiente, postura dos profissionais, dentre outros aspectos.

Como já foi mencionado anteriormente, durante o período de coleta de dados, foi possível acompanhar trinta e duas consultas de enfermagem e procurou-se estabelecer um número equitativo de consultas para cada enfermeiro, porém não houve uma determinação prévia de quantas consultas seriam acompanhadas.

Devido ao fato dos enfermeiros atuarem em dias e turnos diferentes e de não haver um agendamento preciso das consultas (exceto no caso de dois enfermeiros), optei pela limitação do número de consultas quando percebesse a recorrência dos fatos, ou seja, a saturação dos dados. Um dado importante é que uma das enfermeiras exerce o cargo de chefia do setor e atende um número restrito de clientes portadores de hipertensão grave, e no período da coleta de dados, não tive oportunidade de acompanhá-la nas consultas.

A coleta de evidências através da observação também foi dirigida às sessões de relaxamento, que são desenvolvidas por vários profissionais da equipe multidisciplinar. Objetivando não me desviar do foco de atenção, acompanhei apenas as sessões coordenadas pela enfermeira responsável por essa atividade. Devido às características da sessão de relaxamento, a presença de um observador poderia inibir e interferir no comportamento dos participantes, então limitei minha participação a duas sessões e complementei o levantamento de dados através de conversas informais com a enfermeira e análise do livro onde são registradas tais atividades.

As sessões educativas são aprazadas a cada três meses e só tive a oportunidade de acompanhar uma delas. Felizmente, nessa sessão a participação da enfermeira foi muito significativa (essa atividade pode ser realizada por qualquer profissional da equipe), o que permitiu enriquecer a coleta de evidências.

3.5.2 - Entrevista.

A entrevista, segundo Lakatos e Marconi (1991), é um encontro entre duas pessoas, sendo que uma delas busca obter informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

Uma das principais condições para a aplicação adequada dessa técnica é o estabelecimento de um clima de cordialidade e integração entre o pesquisador e o informante (LÜDKE e ANDRÉ, 1986; MARTINS e BICUDO, 1989; LAKATOS e MARCONI, 1991; MINAYO, 1994; YIN, 2001).

Minayo (1994) recomenda algumas ações que devem ser realizadas quando da introdução do pesquisador no campo e que são fundamentais para o processo de interação com os entrevistados: - apresentação - é importante que uma pessoa de confiança do entrevistado faça a mediação entre ele e o pesquisador; menção do interesse da pesquisa - deve-se indicar a instituição à qual o pesquisador

está vinculado e apresentar o que pode direta ou indiretamente contribuir com as preocupações dos entrevistados; explicação dos motivos da pesquisa - realizada em linguagem de senso comum, em respeito aos que não necessariamente dominam os códigos da ciência; justificativa da escolha do entrevistado; garantia de anonimato e sigilo - sobre a autoria das respostas que aparecem no conjunto do trabalho; conversa inicial - a que alguns pesquisadores denominam de "aquecimento", que tem como finalidade obter do entrevistado a resposta sobre a sua disponibilidade de dar informações e criar um clima, o mais descontraído possível.

O pesquisador deve ter a preocupação de marcar com o informante, o dia e o horário que lhe for mais conveniente para realização da entrevista; reservar um ambiente adequado (confortável, que permita privacidade e situado onde o entrevistado preferir); além de estar munido de material para o registro das respostas.

As informações coletadas durante a entrevista devem ser registradas no momento de sua realização, garantindo maior fidelidade e veracidade dos dados. O uso do gravador é ideal, porém depende da autorização do informante.

Lakatos e Marconi (1991) informam que existem várias modalidades de entrevistas, que devem ser selecionadas de acordo com as características e objetivos da investigação que se pretende desenvolver. De modo geral, as entrevistas podem ser estruturadas, baseadas em um roteiro rígido, previamente estabelecido, ou não-estruturadas, que permitem ao entrevistador coletar as informações com mais liberdade.

Mesmo as entrevistas não-estruturadas devem partir de um roteiro elaborado com a finalidade de enumerar de forma mais abrangente possível os aspectos que o pesquisador quer abordar, a partir das questões advindas da definição do objeto de pesquisa. O entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões (LAKATOS e MARCONI, 1991; MINAYO, 1994; LEOPARDI, 2001; YIN, 2001).

Segundo Lakatos e Marconi (1991), essa modalidade de entrevista é denominada de não-estruturada, do tipo focalizada e tem a característica de permitir a exploração mais profunda de uma determinada questão. Utiliza-se um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem mais liberdade na condução da entrevista.

Leopardi (2001) sugere que, se possível, deve-se submeter os instrumentos utilizados na coleta de dados a uma validação, através do uso prévio com pessoas não participantes da pesquisa, visando identificar problemas de compreensão e adequação das questões.

Na presente investigação, optou-se pela entrevista focalizada, baseada em um roteiro constituído por questões norteadoras e alguns tópicos que visavam traçar o perfil dos enfermeiros, em relação à formação acadêmica, experiência no atendimento a hipertensos e atuação em educação em saúde (Apêndice B).

É importante frisar que o roteiro foi submetido à validação por três enfermeiros do GRUPESS (Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade), com larga experiência em pesquisa e que contribuíram com valiosas sugestões quanto à forma de elaboração e seqüência adequada das questões, além da inclusão/exclusão de alguns tópicos.

Complementando o processo de validação, foram realizadas entrevistas com dois enfermeiros não participantes do estudo, mas que atuam em serviços semelhantes e diretamente ligados a atividades de educação em saúde. A utilização do roteiro no desenvolvimento dessas entrevistas, mostrou-se bastante adequada.

A coleta de evidências através das entrevistas aconteceu durante os meses de dezembro de 2001 e janeiro de 2002, sendo possível realizá-la com todos os cinco enfermeiros que atuam no serviço alvo desta pesquisa. Por solicitação dos informantes, as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, porém em salas reservadas, buscando garantir privacidade e um ambiente adequado à coleta. A data e o horário para realização das entrevistas foram marcados com antecedência.

Pelo fato de estar inserida no campo de pesquisa, conhecia todos os enfermeiros e já havia mantido algum tipo de contato com cada um deles, seja em conversas informais, levantamento de informações ou acompanhamento de suas atividades e não tive problemas de interação durante as entrevistas. Mas apenas dois enfermeiros permitiram a gravação das informações. Quanto aos demais, foram realizadas anotações fidedignas das suas respostas.

As entrevistas tiveram duração média de duas horas, justificada pelo caráter de conversa informal e pela utilização de um roteiro flexível. Após o término da entrevista, os informantes tiveram acesso às gravações e anotações, permitindo a validação dos dados, bem como o acréscimo ou exclusão de alguma informação.

Posteriormente, foi realizada a transcrição das anotações e das entrevistas gravadas, visando facilitar o acesso e a organização dos relatos, para que os dados obtidos pudessem ser submetidos à análise.

3.5.3 - Análise Documental.

Para Lüdke e André (1986), a análise documental se constitui numa técnica valiosa de coleta de dados, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Busca identificar informações em documentos, a partir das questões de interesse para determinado estudo. Os autores definem documentos como materiais que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano.

Yin (2001) exemplifica como documentos: cartas, memorandos, agendas, avisos, minutas de reuniões, propostas, relatórios, estudos ou avaliações formais, recortes de jornais, dentre outros, são importantes nos estudos de caso, pois valorizam as evidências oriundas de outras fontes.

Por sua vez, Lakatos e Marconi (1991) classificam os documentos com base em três variáveis: fontes escritas ou não; fontes primárias (feitos ou analisados pelo próprio pesquisador) ou secundárias; e, contemporâneas ou retrospectivas.

A análise documental deste estudo enfocou um conjunto de documentos escritos, constituídos basicamente por: projeto de implantação e normas de funcionamento da Liga de Hipertensão Arterial; cronograma das reuniões, palestras e sessões de relaxamento; impressos utilizados nas consultas (histórico de enfermagem, folhetos informativos, folha de acompanhamento multiprofissional, controle de frequência dos clientes); prontuários; livro de registro das sessões de relaxamento, dentre outros.

3.6 - Organização e Análise dos Dados.

Para Lüdke e André (1986, p.45) “analisar dados qualitativos significa ‘trabalhar’ todo o material obtido durante a pesquisa”. Para a realização da análise é necessária a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nelas tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado.

Segundo Yin (2001), a análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar, ou seja, recombinar as evidências tendo em vista as proposições iniciais de um estudo.

Bogdan e Biklen (1994) sugerem alguns procedimentos que devem ser realizados durante a coleta de evidências, com vistas a facilitar o processo de análise: - delimitação progressiva do foco de estudo, favorecendo uma coleta mais orientada e uma análise mais definida; - formulação de questões analíticas, que possibilitem a articulação entre os pressupostos teóricos do estudo e os dados da realidade; - aprofundamento da revisão de literatura; - testagem de idéias junto aos sujeitos, objetivando validar as percepções e conjecturas do pesquisador; - uso extensivo de comentários, observações e especulações ao longo da coleta, que podem oferecer elementos substanciais à elucidação das questões investigadas.

Em relação às pesquisas do tipo estudo de caso, Yin (2001) sugere o desenvolvimento de uma estrutura teórica com a finalidade de orientar a coleta de dados e respaldar a análise dos resultados.

Os pressupostos teóricos desta estrutura servirão como modelo, com o qual, comparam-se os resultados empíricos do estudo de caso. O autor ressalta que não se deve pensar a respeito desse modelo teórico com a formalidade das grandes teorias, mas é necessário possuir um forte e completo esquema de proposições teóricas.

As evidências coletadas na presente investigação foram organizadas segundo o processo sugerido por Lüdke e André (1986):

- leitura e releitura do material até que se alcance uma espécie de “impregnação” do seu conteúdo. Essas leituras sucessivas devem possibilitar a divisão do material em seus elementos componentes, sem contudo perder de vista a relação desses elementos com todos os outros componentes;
- classificação das evidências a partir das questões iniciais da pesquisa e segundo as proposições teóricas ou conceitos emergentes;
- construção de um conjunto inicial de categorias descritivas, que podem ser modificadas durante o processo de análise. As categorias podem ser combinadas, caso estejam relacionadas ou podem ser subdivididas em componentes menores para facilitar a composição e apresentação dos dados.

Polit e Hungler (1995) afirmam que categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Segundo as autoras, categorizar é agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de representá-los.

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É necessário que se ultrapasse a mera descrição dos dados e, através de um esforço de abstração, estabeleçam-se conexões e relações que possibilitem o desenvolvimento de explicações e interpretações. Segundo Yin (2001), para se alcançar este resultado deve-se utilizar uma estratégia analítica geral.

De acordo com o autor, a primeira e, mais preferida estratégia, é seguir as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso. Os objetivos do estudo baseiam-se, presumivelmente, em proposições que, por sua vez, refletem o conjunto de questões iniciais da pesquisa, as revisões feitas na literatura pertinente ao assunto e as novas interpretações que possam surgir.

No presente estudo, o arcabouço de proposições teóricas recomendado por Bogdan e Biklen (1994) e Yin (2001), foi construído com base nos pressupostos pedagógicos e didáticos das tendências educativas, em especial das progressistas, conforme apresentados no início desta seção. E além deste, durante a análise das evidências, serão retomados diversos aspectos apresentados em todo capítulo destinado à revisão da literatura.

A primeira etapa executada foi a reunião e leitura exhaustiva de todo material coletado, que se constituiu pelas transcrições das entrevistas, registro das observações referentes às atividades executadas pelos enfermeiros, anotações acerca do campo e a documentação pertinente ao objeto de estudo.

Em decorrência das leituras e tendo em mente os objetivos e referenciais teóricos que nortearam a presente investigação, as evidências obtidas foram classificadas e organizadas em categorias iniciais, que durante o processo foram tornando-se mais elaboradas e, como, resultado final, serão apresentadas em três grandes categorias temáticas (algumas delas, constituídas por sub-temáticas), além de serem contempladas durante a descrição do contexto da pesquisa.

3.7 - Critérios de Validade e Qualidade da Pesquisa.

Para a realização de uma pesquisa é fundamental maximizar a confiabilidade e qualidade em todo o processo investigativo. Para tanto, o pesquisador deve lançar mão de recursos e testes que garantam a credibilidade, fidelidade e confirmabilidade dos dados (LEOPARDI, 2001; YIN, 2001).

Nesta investigação foram seguidas orientações de Yin (2001), destinadas a obtenção de validade e qualidade do estudo. Durante as fases de coleta de dados e construção e análise dos resultados, foram utilizados diferentes recursos e procedimentos que serão apresentados a seguir:

3.7.1 - Critérios de Validação e Qualidade da Coleta de Dados.

- Utilização de Múltiplas Fontes de Evidências.

Este recurso, já mencionado anteriormente, permite que as descobertas ou conclusões sejam mais convincentes e acuradas.

No presente estudo, buscou-se descrever e discutir a prática educativa dos enfermeiros com base nas evidências coletadas através do depoimento destes profissionais, da observação de sua prática e da consulta a documentos pertinentes ao caso.

- Criação de um Banco de Dados.

Desenvolvimento de um banco de dados formal e apresentável, que permita a outros pesquisadores ter acesso às evidências, seja para revisá-las ou utilizá-las como fontes para outros estudos.

O banco de dados relativos a esta investigação é resultado das transcrições das entrevistas, observações das atividades executadas pelos enfermeiros e documentos, estando disponível na forma em que os dados foram obtidos (xerox de documentos, fitas cassetes e anotações/transcrições realizadas à mão) e que, com exceção das fitas, encontra-se gravado em disquete e CD.

- Instituição do Encadeamento de Evidências.

Este princípio diz respeito à inter-relação entre as diversas fases da pesquisa, ou seja, deve-se manter uma relação consistente entre as questões iniciais do estudo, as proposições teóricas, os métodos de coletas de dados, as evidências coletadas e a apresentação dos resultados.

Na elaboração do presente relatório de pesquisa, busquei alcançar o princípio do encadeamento, que permite ao leitor ir de uma parte do estudo de caso para outra, tendo uma clara referência cruzada aos procedimentos metodológicos e às provas resultantes.

3.7.2 - Critérios de Validação e Qualidade na Construção e Análise dos Resultados.

- Confirmação pelos Informantes.

Este recurso consiste na apresentação dos resultados iniciais do estudo às pessoas que nele participaram (ou apenas a informantes-chaves), objetivando sua validação.

Com vistas a atender este critério foi elaborado um instrumento em forma de escala, constituído por assertivas elaboradas a partir das categorias e interpretações inicialmente definidas e que permitia aos informantes escolher entre uma das três possibilidades: *concordo*, *concordo parcialmente* e *discordo*, de acordo com sua opinião frente as assertivas apresentadas (Apêndice C). No instrumento havia

também um espaço destinado às observações e correções, caso os informantes assim desejassem.

Todos os informantes participaram deste processo de validação e o resultado da análise do instrumento, foi organizado em quadros, que estão disponíveis para consulta (Apêndice E).

- Utilização de Todas as Evidências Relevantes.

No desenvolvimento deste estudo procurei buscar todas as evidências disponíveis e converti esforços no sentido de interpretá-las, sem deixar margem a indefinições (interpretações dúbias ou em aberto).

- Inclusão das Interpretações Concorrentes.

As idéias e opiniões divergentes dos informantes também foram incluídas nesta investigação.

- Valorização dos Aspectos mais Significativos.

Apesar do estudo de caso permitir uma ampla visão e diversas possibilidades de exploração das situações, concentrei-me nos aspectos mais relevantes e que atendiam aos objetivos propostos.

- Utilização de Conhecimentos Prévios.

Yin (2001) propõe que o conhecimento que o pesquisador possui acerca do objeto em estudo, pode valorizar muito o processo analítico. Em concordância com esta afirmação, gostaria de confirmar que minhas experiências profissionais, seja como educadora e pesquisadora, seja como enfermeira assistencial contribuíram de forma bastante significativa no desenvolvimento desta investigação.

3.8 - Os Aspectos Éticos da Pesquisa.

A realização desta pesquisa foi conduzida de acordo com os pressupostos éticos relacionados à vida humana. Tais princípios são constituídos pela beneficência, busca do bem, procurando evitar malefícios; justiça, tratamento eqüitativo entre todas as pessoas, conforme suas necessidades, e; autonomia, liberdade individual de determinar suas próprias ações com base em valores e convicções pessoais (LEPARGNEUR, 1996; MUÑOZ e FORTES,1998; LEOPARDI, 2001).

No final da década de cinqüenta, como decorrência destes pressupostos e visando o respeito à dignidade humana, surgiu a expressão “consentimento informado” que aos poucos vem se consolidando como prática essencial para realização de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como, procedimentos diagnósticos e/ou cirúrgicos que coloquem em risco a vida das pessoas (MUÑOZ e FORTES ,1998).

No caso da pesquisa, o consentimento esclarecido consiste no fornecimento de orientações aos participantes do estudo, acerca dos seus objetivos, metodologia utilizada, benefícios e possíveis riscos. O pesquisador deve garantir aos informantes: sigilo, privacidade, confidencialidade, acesso aos dados, esclarecimento de dúvidas e possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento.

Diante de tais esclarecimentos e garantias, o sujeito manifesta sua anuência em participar da pesquisa. Segundo Muñoz e Fortes (1998), para que haja respeito à dignidade humana, o consentimento não deve se limitar ao simples direito à recusa, e sim, ser um consentimento esclarecido, livre, renovável e revogável.

Durante toda a trajetória do presente estudo, buscou-se respeitar as recomendações éticas, e, o primeiro passo nesse processo configurou-se na apresentação do projeto de pesquisa à instituição que se constituiu no campo de investigação. O projeto tramitou na Diretoria da instituição e no Serviço de Educação

Continuada da Divisão de Enfermagem, e após apreciação do seu conteúdo, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, que o aprovou, com base nas resoluções 196/96 e 251/97, que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Anexo A).

Os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos acerca da pesquisa, concordando em participar e contribuir com informações para o estudo. O consentimento foi voluntário e autorizado mediante a assinatura de um formulário (Apêndice D). Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes são identificados por nomes fictícios, objetivando preservar o sigilo e anonimato das informações. A atribuição dos nomes foi realizada aleatoriamente (através de sorteio), evitando qualquer menção valorativa.

As palavras utilizadas na identificação dos enfermeiros foram inspiradas nos minerais associados às cores representativas das cinco sabedorias do Budismo⁹. Segundo os preceitos desta religião, existem seres transcendentais que personificam as forças das cinco sabedorias e estão relacionados a certos atributos e símbolos. São elas: Radiante, a sabedoria do espaço absoluto, representada pela cor branca como o cristal; Luz Infinita, a sabedoria do discernimento, associada ao vermelho do rubi; Inabalável, a sabedoria que reflete todas as coisas, identificada pelo azul da lazurita; Nascido da Jóia, a sabedoria da equanimidade, simbolizada pela cor amarela como o ouro; e, Conquistador Onipotente, a sabedoria que tudo realiza, relacionada a cor verde da esmeralda.

⁹ Disponível em <<http://www.dharmanet.com.br/dhyanibuddha.htm>>

4 - APRESENTAÇÃO
E ANÁLISE DAS
EVIDÊNCIAS.

*Ninguém educa ninguém,
ninguém educa a si mesmo.
Os homens se educam entre si,
mediatizados pelo mundo.*

Paulo Freire.

Esta seção tem como objetivo, apresentar as evidências obtidas através dos métodos de coleta de dados e analisá-las com base no referencial teórico proposto. Tais informações são resultado não só dos depoimentos coletados durante as entrevistas, mas também, das constatações decorrentes da análise documental e da observação das atividades educativas.

Na análise das atividades educativas realizadas pelos enfermeiros, é fundamental que se perceba a importância do espaço em que se insere tal prática e os atores nela envolvidos. Visando atender a esse princípio, inicialmente será realizada a apresentação e discussão do contexto onde ocorreu a presente investigação, e, envolve a descrição do campo, dos participantes do estudo e das atividades por eles desenvolvidas. Para a elaboração desta etapa, fez-se necessário resgatar alguns depoimentos dos enfermeiros envolvidos e evidências oriundas dos demais métodos de coleta de dados.

O momento seguinte refere-se à exposição e análise das categorias e subcategorias temáticas, construídas a partir da classificação e combinação das evidências coletadas, tendo em vista as proposições iniciais da pesquisa.

4-1- O Contexto da Pesquisa .

4.1.1 - O Campo da Investigação.

O presente estudo foi realizado no ambulatório de uma instituição hospitalar da rede pública, localizada em Fortaleza, destinada ao atendimento a clientes portadores de doenças cardio-respiratórias, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Apesar dessa instituição priorizar suas ações referentes aos dois últimos níveis de atenção à saúde, existe uma excessiva e crescente demanda espontânea de clientes atendidos a nível primário na Unidade de Pacientes Externos (UNPEX) do referido hospital.

A UNPEX vem desenvolvendo vários programas relacionados às patologias do coração e do pulmão, através de ações preventivas e de promoção da saúde e tendo em vista, a considerável eficiência dos serviços que o hospital oferece aos seus usuários, esta clientela reluta em inserir-se no sistema de contra-referência, preferindo ser acompanhada na instituição.

Na Unidade de Pacientes Externos são realizados cerca de 7.000 (sete mil) atendimentos por mês, sendo que em torno de 4.500 a 5.000 (quatro mil e quinhentos a cinco mil) são clientes portadores de doenças cardíacas.

Atuam nessa unidade cerca de 50 (cinquenta) médicos, 06 (seis) enfermeiros, 02 (duas) nutricionistas, 02 (duas) assistentes sociais, 07 (sete) auxiliares de enfermagem e 40 (quarenta) profissionais de nível médio, dentre estes, atendentes de guichê, informantes, maqueiros, atendentes de consultório e técnico-administrativos.

Há uma diversificação quanto ao vínculo funcional e carga horária desses profissionais, pois se tratam de servidores estaduais, servidores federais e prestadores de serviço, com carga horária que varia de 20 a 40 horas/semanais. Desta forma, são

organizadas escalas de trabalho que permitam o funcionamento da unidade nos dias úteis, das 07 às 18 horas.

A estrutura física do local, no período em que se estendeu a pesquisa, passava por uma reforma com finalidades de expansão do setor. Por esse motivo, a unidade estava funcionando em dois locais distintos, porém, dentro da área territorial do hospital e não muito distantes. Aproximadamente 20 (vinte) salas estavam sendo utilizadas para atendimento aos clientes (realizado por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas), além dos guichês para marcação de consultas, sala para realização de eletrocardiograma, sala da chefia médica e sala da chefia de enfermagem (onde também são realizados atendimentos), um local destinado a refeições, sala de reabilitação cardíaca e um salão pertencente à Associação Cearense de Assistência aos Hipertensos, onde são realizadas reuniões, palestras e sessões de relaxamento.

A Liga de Hipertensão Arterial

Em setembro de 1996, devido ao grande número de clientes portadores de hipertensão arterial atendidos na Unidade de Pacientes Externos, foi implantada a Liga de Hipertensão Arterial. Trata-se de um programa destinado ao controle da hipertensão arterial, que visa proporcionar um atendimento específico e eficiente.

A Liga foi criada a partir da iniciativa de profissionais da equipe multidisciplinar que atuam na UNPEX e tem como objetivo principal “atender a demanda de hipertensos de forma holística e promover a qualidade de vida do cliente, estendendo as ações preventivas à família e à comunidade” (LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Segundo o programa de “Atendimento Multiprofissional e Interdisciplinar ao Cliente Hipertenso” (Anexo C) da Liga de Hipertensão Arterial, são desenvolvidas atividades nas áreas administrativa, educativa, assistencial e de

pesquisa. A área administrativa tem como competências: o planejamento de normas de funcionamento, supervisão e avaliação do programa; informatização de dados e intercâmbio com instituições que desenvolvem trabalhos com hipertensão arterial. Semanalmente, são realizadas reuniões administrativas, com o intuito de discutir as estratégias de trabalho e funcionamento da Liga, e para tanto, é solicitado o envolvimento de todos os profissionais que atuam no serviço. A área educativa integra, além das atividades dirigidas aos clientes, a organização de grupos de estudo multiprofissional e interdisciplinar; reciclagem da equipe; treinamento de profissionais e acompanhamento de estagiários, favorecendo a integração docente-assistencial. As atividades da área de pesquisa incluem pesquisa bibliográfica e documental de suporte científico ao programa; apresentação de trabalhos científicos em eventos e publicação das produções. A área assistencial é representada pelo atendimento ao cliente e suas atividades serão apresentadas e discutidas posteriormente.

Em relação às estratégias do programa, são desenvolvidas ações que acontecem em três níveis, a saber: - atendimento individualizado, quando o cliente portador de hipertensão arterial é atendido pelos profissionais de forma individualizada e de acordo com suas necessidades; - educação para a saúde, constituída por atividades educativas realizadas pela equipe, de acordo com temáticas pré-estabelecidas; e, - estímulo ao associativismo, através da implementação da Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso (ACAH).

Foi possível perceber, mediante a análise documental do programa em questão (Anexo C), a valorização da educação em saúde, bem como, do envolvimento da família e comunidade no atendimento ao cliente portador de hipertensão. Tal constatação pode ser verificada com a apresentação de alguns trechos do documento: “o pilar do tratamento desta enfermidade é primordialmente a educação transformadora” (p.263); “a educação é o pilar do tratamento da hipertensão arterial” (p.270); “este programa representa o instrumento para a extensão das ações de saúde ao cliente, à família e à comunidade” (p.263); “o

programa [...] através de diferentes abordagens proporcionarão ao cliente, à família e à comunidade uma gama maior de informações, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida” (p.262) (LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Um outro trecho, do documento acima citado, revela o interesse dos profissionais diante da relação do cliente com a comunidade e com o contexto social onde está inserido. Trata-se do estímulo ao associativismo, representado pela implantação da Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso (ACAH), que conjuga associados para o seu desenvolvimento, atividades de lazer, cultura e conquistas conjuntas.

Ao analisar a apresentação dos objetivos do programa, pode-se confirmar a ênfase nos processos educativos, a preocupação com a abordagem holística ao cliente e sua relação com a família e a sociedade.

Porém, considero que existe a necessidade de ampliar o enfoque das ações de educação em saúde, que ainda são bastante direcionadas aos aspectos biológicos. Tal constatação pode ser verificada na transcrição do seguinte objetivo: “Promover educação para a saúde com vistas à conscientização da doença, tratamento e complicações” (p.266); e, nas temáticas indicadas para o desenvolvimento de atividades educativas” (p.270): - conceito e mecanismos de controle da pressão arterial, causas, complicações, orientações sobre medicamentos, significado dos exames laboratoriais, dentre outras. Observe-se que, nestas temáticas inclui-se o processo de estresse e técnicas de relaxamento, relacionadas à esfera psicológica. Porém, quando se pretende uma abordagem holística, muitos outros aspectos devem ser contemplados e dos quais, posso citar o contexto social, que tanto contribui na determinação da doença e dela, sofre conseqüências.

O holismo representa a idéia de conjuntos, ou de todos e de totalidade e não engloba apenas a esfera física, mas estende-se também às mais altas manifestações do espírito humano (WALDOW, 1995).

Segundo Weil (1993) citado por Waldow (1995), a humanidade atravessa uma crise de fragmentação cultural, de ordem ética e ecológica, que conduz a

sentimentos e emoções destrutivas da harmonia e que interfere, diretamente, no homem, na sociedade e na natureza. Em meio a esta crise, surgiu o paradigma holístico que se fundamenta no combate à violência e a desumanização.

Tal processo de fragmentação repercute em vários setores da sociedade, dos quais, pode-se mencionar, a saúde, o ensino e a política. Em relação à área da saúde, esse processo manifesta-se pela fragmentação do homem em partes e pela ênfase no biológico, na medicalização e na hospitalização (que tem como consequência, o isolamento social).

Nas últimas décadas, o holismo tornou-se uma palavra comum no vocabulário dos profissionais de saúde, porém, em muitas situações, não se configura como uma prática. Fala-se em abordagem holística, mas a família é impedida de ficar próxima ao cliente, no caso da internação em unidades hospitalares; refere-se ao cliente, não como uma pessoa, e sim, como uma doença; atende-se às necessidades biológicas, porém as espirituais, sociais e até mesmo, as psicológicas, são delegadas a outros profissionais.

Segundo Campos e Leite (1999), dada a complexidade crescente do conhecimento humano e, em decorrência disso, a especialização constante das formas de saber, corre-se o perigo de perder de vista o homem como ele realmente é, um ser total. Numa visão deformada, ele é visto como um ser dividido em múltiplas facetas, o que torna a compreensão deste homem e da sociedade a qual pertence, muito mais complicada e difícil.

Na visão holística, o todo e cada uma das suas partes estão estreitamente ligados e em constante relação. Assim, quando se pretende trabalhar com este referencial, não só a doença deve ser valorizada. É necessário que se observem aspectos como: crenças, emoções, história, valores, cultura, ambiente, condições de trabalho, relações familiares, dentre outros. Tais aspectos relacionam-se entre si e constituem o contexto do homem, tornando-o um ser diferente das outras espécies, não podendo ser isolado, nem tampouco compartimentado.

Para Teixeira e Tavares (1997), o paradigma holístico é intuitivo, ecológico, respeita a diversidade e a subjetividade humana. Surgiu em contraponto às diretrizes dominantes e busca dar conta da subjetividade humana, das contradições sociais que levam à miséria humana e as iatrogenias produzidas contra a vida.

Segundo as autoras, a enfermagem já iniciou a construção de conceitos neste novo paradigma através do desenvolvimento de teorias holísticas, ecológicas, quânticas, humanistas, dentre outras¹⁰. Estas teorias de enfermagem, ainda que não totalmente operacionalizadas ou testadas em diversas situações, são úteis no sentido de favorecer reflexões sobre a realidade e apontam para uma nova maneira de cuidar.

Os enfermeiros precisam libertar-se do modelo biomédico racionalista, que alicerçou e permanece influenciando suas práticas. Este modelo, centrado no mecanicismo, na quantificação e no empirismo, tem demonstrado sua ineficiência diante dos aspectos humanos, devendo ser substituído por uma abordagem compromissada com a sociedade e não com interesses individualistas.

Retomando a análise do programa de atendimento ao cliente hipertenso, pude evidenciar a menção à educação transformadora (Anexo C, p.262), que segundo o documento:

consiste na atuação da equipe em conscientizar o cliente, no sentido de mudar seus hábitos e estilos de vida, reduzindo a taxa de morbimortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular associadas à hipertensão arterial, e integrando à sociedade.

Na perspectiva de Freire, a educação é libertadora e transformadora. Educar com o compromisso de transformar exige reflexão, crítica e problematização; implica na negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo; assim como, requer a negação do mundo como uma realidade ausente (FREIRE, 1984b; 1987; 2000).

¹⁰ Sobre estas teorias, ver George, J. B. e cols. *Teorias de Enfermagem - os fundamentos à prática profissional*. 4^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.375p.

Quando se pensa em educação transformadora, é fundamental resgatar a idéia de conscientização, que representa o processo pelo qual o ser humano reflete sobre uma realidade e após conhecê-la e criticá-la, pode transformá-la. No enfoque da educação que transforma, o homem é um ser ativo e que não pode ser desvinculado do mundo que o cerca.

Da mesma forma, não se pode considerar os clientes envolvidos no processo de educação em saúde, como meros objetos. Eles são muito mais do que depósitos de informações ou seres da adaptação e do ajustamento às nossas prescrições, à nossa visão de comportamento ideal e de qualidade. É imprescindível a crítica e a discussão, para que os clientes tornem-se sujeitos da educação e assim, transformem, modifiquem seus comportamentos.

A Liga de Hipertensão Arterial, inclui ainda, entre seus objetivos, a criação de um banco de dados, que disponibilize informações relativas ao número de pessoas que procuram o serviço e quanto ao tipo de atendimento prestado, caracterização da clientela, frequência e participação nas atividades desenvolvidas, dentre outras. Porém, atualmente, o registro dos clientes englobados no programa de hipertensão é feito manualmente, ou seja, são anotados em um impresso específico alguns dados de identificação.

Desde maio de 2000, o laboratório farmacêutico Biossintética está realizando um cadastro dos clientes portadores de hipertensão que são atendidos na Unidade de Pacientes Externos (Anexo B). Uma informação importante é que nem todos esses clientes integram o programa desenvolvido pela Liga, pois muitos deles apenas recebem o atendimento médico, não sendo encaminhados para os outros profissionais da equipe e nem informados quanto às atividades do programa.

No período de maio de 2000 a dezembro de 2001, foram cadastrados 2.998 clientes, sendo 61% do sexo feminino e 39% do sexo masculino; a faixa etária de maior representatividade está em torno de 41 a 80 anos, pois 48% dos clientes tem de 41 a 60 anos e 41% de 61 a 80 anos; quanto à escolaridade, 60% dos clientes tem o 1º grau incompleto e 15% são analfabetos; em relação ao estado civil, 67% dos clientes

são casados e 16%, viúvos; e, uma grande parcela dos clientes, cerca de 72% tem uma renda de até um salário mínimo. Tais informações aparecem mais detalhadas no Anexo B.

De forma geral, pode-se inferir que a maioria dos clientes atendidos nessa instituição são mulheres, apresentam idade avançada e baixos níveis de escolaridade e de renda salarial. Durante o contato com o campo de pesquisa, pude constatar as carências dos clientes, que expressavam suas dificuldades financeiras, revelando que não poderiam adquirir medicamentos e alimentos indicados, e muitos deles, não possuíam nem mesmo o dinheiro para o transporte.

Também, foi possível perceber que, a maioria das pessoas que comparecem ao serviço está desacompanhada, apesar de tratarem-se de pessoas idosas e algumas, mesmo mais jovens, bastante debilitadas. Este fato, muitas vezes, gera dificuldades e inconveniências ao atendimento, pois o familiar tem um papel fundamental, funcionando como um apoio ao cliente e até mesmo, ao profissional.

Observei várias situações, nas quais os clientes chegavam com crises hipertensivas e eram encaminhados ao serviço de emergência, para administração de medicamentos. Acredito que deve ser bastante estressante para o cliente, dirigir-se a outro setor, sozinho e conhecedor de que está com os níveis pressóricos elevados. Em outras oportunidades, percebi que a ausência da família, interferia no levantamento de informações ou na orientação de condutas, por tratar-se de pessoas idosas, que já apresentam deficiências na memória ou dificuldades para compreender alguns dos aspectos abordados. O baixo nível de escolaridade, também é um fator interveniente na assistência à clientela, mas pode ser contornado pelos profissionais, principalmente se houver integração da família no cuidado ao cliente e a utilização de estratégias compensatórias.

Diversas razões podem ser atribuídas ao fato dos clientes comparecem à instituição, sem a companhia de algum dos seus familiares. Alguns informaram que os filhos não podem acompanhá-los, pois estão no trabalho; que o (a) esposo(a) está doente ou ocupado(a) com afazeres; outros relataram ausência de recursos para o

transporte; mas também, houve quem dissesse que gosta de andar sozinho ou que não acha necessária a participação da família.

Apesar de não ser um dos focos do meu estudo, considero de fundamental importância, o envolvimento da família no atendimento ao cliente portador de hipertensão. A abordagem desta questão surgiu como decorrência da análise dos dados acerca dos clientes, e está intimamente relacionada com o contexto onde esta população está inserida. Um dos aspectos preponderantes, na construção de práticas educativas efetivas, é o conhecimento e a valorização das informações relativas ao modo de vida das pessoas; às condições socio-econômicas as quais estão submetidas; à maneira como se relacionam com seus familiares e com a comunidade; a sua bagagem cultural, crenças e conhecimentos prévios. Tais constatações serão retomadas e discutidas, de forma mais aprofundada, durante a apresentação das categorias temáticas.

4.1.2 - Os Participantes do Estudo.

Os profissionais, que atuam no programa de atendimento à clientela portadora de hipertensão, estão distribuídos da seguinte forma: 1) equipe básica, constituída por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e nutricionistas; 2) equipe de apoio, formada por médicos de diversas especialidades (angiologia, cardiologia, endocrinologia, nefrologia e psiquiatria), além de psicólogos, dentistas e terapeutas ocupacionais; 3) equipe de apoio administrativo.

A maioria dos profissionais da Liga de Hipertensão Arterial exerce suas atividades na UNPEX, e atende uma demanda diversificada que inclui, além dos clientes portadores de hipertensão arterial, pessoas acometidas de doenças valvulares, miocardiopatias, coronariopatias, dentre outras doenças cardíacas e

respiratórias. Convém esclarecer que, alguns dos profissionais da UNPEX também estão lotados em outros setores do hospital e que nem todos integram a Liga, podendo-se citar: os médicos (cerca de vinte e oito dos cinquenta médicos da unidade participam do programa) e os enfermeiros (dos seis enfermeiros da unidade, cinco estão integrados à Liga e um, presta atendimento exclusivo a clientes do setor de fisiologia).

Participaram desta pesquisa, os cinco enfermeiros integrantes da Liga de Hipertensão Arterial, que concordaram espontaneamente em participar, depois de esclarecidos quanto aos objetivos da investigação. A eles foram garantidos anonimato e sigilo das informações, e, para tanto, na apresentação das suas falas e colocações, serão identificados por nomes fictícios, na tentativa de evitar qualquer possibilidade de relação com suas verdadeiras identidades.

A seguir, será realizada a caracterização dos enfermeiros, com base em informações relacionadas à sua formação e atuação profissional.

O primeiro item a ser abordado, refere-se ao tempo de conclusão do curso de enfermagem. Um dos enfermeiros que contribuiu com este estudo, informou que concluiu a graduação há 09 (nove) anos, um outro participante há 16 (dezesesseis) anos e os demais, entre 21 (vinte e um) e 25 (vinte e cinco) anos. Vale ressaltar que nenhum dos enfermeiros realizou a modalidade de Licenciatura de Enfermagem.

É importante observar que, estes profissionais possuem uma experiência prática bastante significativa, já que o período de exercício da profissão coincide com a data da graduação em enfermagem, ou seja, já atuam na assistência à população há, pelo menos, nove anos.

Três dos enfermeiros envolvidos nesta pesquisa, mantêm um vínculo de trabalho exclusivo com a instituição enfocada; um deles atualmente ocupa o cargo de Chefe de Enfermagem da Unidade de Pacientes Externos, e além das atividades administrativas, inerentes ao cargo que ocupa, presta assistência a um grupo de clientes portadores de hipertensão arterial severa. Os outros dois enfermeiros, que

atuam somente na UNPEX, realizam atividades junto à população hipertensa e aos clientes acometidos por outras patologias.

Quanto aos demais enfermeiros: um deles trabalha, também, em um posto de saúde do município, realizando consultas de enfermagem a clientes portadores de hipertensão e diabetes. E, o quinto enfermeiro, além do seu vínculo com a UNPEX, realizando atendimentos a clientes portadores de hipertensão e como coordenadora-enfermeira da Liga de Hipertensão, atua no setor de transplante cardíaco desta mesma instituição e na unidade de internação de um hospital público, referência no atendimento a emergências, localizado no município de Fortaleza. Somando-se a estas atividades, exerce a docência junto ao Curso de Enfermagem em uma instituição de ensino superior.

Pode-se perceber que, dos cinco enfermeiros do estudo, quatro atuam somente prestando assistência a nível primário, desenvolvendo suas atividades profissionais em unidades destinadas a clientes externos. Mais uma vez, acentuo que, o atendimento realizado por estes profissionais, não é dirigido apenas a clientes com hipertensão, mas também, a portadores de valvulopatias, miocardiopatias e insuficiência coronariana, bem como, a clientes com diabetes (considerando a experiência de um dos enfermeiros citados, além do fato de que, a diabetes é um distúrbio comumente associado às doenças cardiocirculatórias). Uma outra constatação de significativa importância: apenas um enfermeiro tem experiência docente.

A carga horária de trabalho destes enfermeiros varia de 30 a 40 horas semanais, contabilizando apenas a atuação na instituição em estudo.

Em relação à realização de cursos de pós-graduação, um dos enfermeiros não realizou cursos de pós-graduação e informa ter participado de treinamentos dirigidos a consultas de enfermagem, dinâmicas de grupo e sessões de relaxamento, durante o ano de 1996.

Três dos enfermeiros realizaram cursos de especialização, sendo que um deles optou pela Especialização em Educação em Saúde, concluída em 1996; outro

cursou a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em 1987; e, ainda outro, especializou-se em Saúde Pública, no ano de 1981. Estes profissionais afirmam que participaram de aulas e palestras sobre educação em saúde, hipertensão arterial e outros temas relacionados à sua área de trabalho.

O outro enfermeiro, que integra o grupo em questão, realizou em 1981, a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em 1982, o Curso de Especialização em Saúde Pública. Concluiu o Mestrado em Enfermagem em Clínico-Cirúrgica em 1998 e o Doutorado em Enfermagem em 2001. Não realizou cursos específicos em educação em saúde, mas destaca que a Especialização em Saúde Pública dirigia seu enfoque a esta área e considera que foram importantes, nesse sentido, as contribuições dos cursos de Mestrado e Doutorado. Informa que está em constante busca de novos conhecimentos e procura manter-se atualizado.

Os cursos de pós-graduação *stristo sensu* e *lato sensu* representam o aprofundamento em determinada área e a busca de novos conhecimentos. Assim, pode-se inferir, que os enfermeiros procuraram aperfeiçoar sua prática profissional, através da realização de cursos relacionados à educação em saúde e saúde pública, bem como, especificamente, às doenças cardiovasculares, que são contempladas na área de médico-cirúrgica.

Todos os enfermeiros expressaram a necessidade e a importância de manter os conhecimentos atualizados constantemente, porém, dois dos enfermeiros participantes desta investigação, concluíram seus cursos de especialização há mais de quinze anos e, um deles, já graduado há nove anos, não realizou cursos de pós-graduação. Tal situação foi justificada por dificuldades de conciliar seus compromissos profissionais e as obrigações familiares, com as atividades de estudo. Argumentam, porém, que, sempre que possível, participam de cursos, palestras e realizam leituras, com a finalidade de estar em contato com novas informações e atualidades.

Dois dos enfermeiros, que já realizaram cursos de especialização, revelaram a intenção de ampliar sua formação. Um deles gostaria de fazer um curso

de especialização em educação em saúde, enquanto o outro, pretende ingressar em curso de Mestrado.

A questão da formação representa um importante fator interveniente na atuação profissional, pois, como sabemos, a maioria dos currículos de graduação constituem-se de inúmeras disciplinas, ministradas em cargas horárias restritas e que não apresentam condições para capacitar o indivíduo adequadamente. É necessário que o profissional busque, mesmo durante a realização do curso, oportunidades para aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos e o envolvimento em eventos científicos e pesquisas, com a finalidade de suprir as carências curriculares.

Esta situação é comum a diversos cursos e, no caso da enfermagem, devido tratar-se de uma profissão que requer, além de um vasto arcabouço teórico, o desenvolvimento de habilidades técnicas, tal problemática torna-se mais evidente.

O currículo de graduação em enfermagem inclui disciplinas comuns a vários cursos (dentre as quais pode-se citar: anatomia, fisiologia, farmacologia), como também, disciplinas de domínio exclusivo, como as que abordam o processo de trabalho dos enfermeiros, suas técnicas e procedimentos, bem como, as peculiaridades da assistência de enfermagem em saúde coletiva, saúde da mulher e da criança, do idoso, dentre muitas outras. Permeando todas estas temáticas, configura-se o papel de educador em saúde, intrínseco a todos os enfermeiros em qualquer que seja sua área de atuação.

Além de oferecer uma formação bastante abrangente, a estruturação do currículo de enfermagem permite que o aluno curse disciplinas específicas da Licenciatura, que o habilitam a ministrar conteúdos voltados à saúde nas séries do ensino fundamental e médio. Tais disciplinas procuram contemplar aspectos didáticos, a legislação da área e noções de psicologia, com vistas a torná-lo apto para ensinar. Em uma análise superficial, seria possível afirmar que, com esta capacitação, o enfermeiro estaria bem preparado para as atividades de educação em saúde. Porém, esta assertiva não coincide com a realidade, pois, geralmente esta formação é

bastante superficial e, muitas vezes, voltadas a tendências pedagógicas tradicionais, que não mais condizem com a atual mudança de paradigma.

Para Ferreira (1991) apud Sabóia (1999), os problemas detectados nos trabalhos de educação em saúde, estão diretamente relacionados com a prática pedagógica dos profissionais que os desenvolvem. De acordo com o autor, o fenômeno se explica, uma vez que os conteúdos dos cursos de enfermagem não se voltam para o estudo das teorias da educação, contribuindo para que a enfermeira não se aproprie de um referencial teórico para fundamentar sua prática educativa, permitindo que tal prática seja influenciada pela ideologia dominante e perpetuada, mesmo que de forma inconsciente, pelas profissionais de enfermagem.

Na perspectiva de Figueroa (1997), o educador em saúde deve ter uma formação não só na área específica do desempenho profissional, mas que abranja conhecimentos no âmbito da educação, da ética e deve desenvolver uma postura filosófica frente ao seu fazer. Isso lhe permitirá responder tanto às necessidades de aprendizagem do usuário, como às situações próprias da ética e da filosofia, inerentes a esta atividade.

Norteadas pelo conhecimento da nossa realidade de ensino, procurei investigar junto aos participantes deste estudo, se eles se sentem preparados para realizar ações de educação em saúde e, a seguir, apresentarei suas respostas:

Sinto-me preparado para atuar, em parte. Minha preparação foi restrita a leitura de artigos. Poderia fazer um curso específico em educação em saúde. Rubi

A gente é um eterno aprendiz e tem que estar sempre buscando mais leituras, cursos [...] eu ainda tenho muito a aprender. Esmeralda

Sinto que estou preparada dentro do que conheço, da área em que atuo. Ouro

Estou preparada, embasada nos meus conhecimentos. Lazurita

Eu me preparei para atuar, mas nada é acabado, o produto não é acabado, a ciência não é acabada. A cada dia eu leio, busco mais conhecimentos, melhores estratégias para trabalhar com a clientela.

Cristal

Apenas **Cristal** afirmou que se preparou para desempenhar seu papel de educador (referindo-se a realização de vários cursos de pós-graduação) e, juntamente com **Esmeralda** chamou atenção para o fato de que “somos eternos aprendizes”.

O conhecimento não é estático, trata-se de um constante processo de construção e por isso, é necessário que os profissionais estejam sempre atualizados, procurando tornar sua prática, cada vez mais efetiva e capaz de atender às necessidades de sua clientela.

Os demais enfermeiros consideram-se preparados para a realização de ações de educação em saúde, porém, deixam transparecer que se sentem limitados à área em que atuam.

Realmente, não se pode esperar que a formação da grande maioria dos profissionais de saúde, realizada nos moldes tradicionais, tenha sido suficiente para capacitá-los como educadores em saúde conscientes, críticos, versáteis e confiantes no desempenho de suas funções.

De acordo com Teixeira e Tavares (1997), o ensino de enfermagem baseado nos conteúdos oriundos das necessidades fisiológicas e das patologias e ministrado de forma fracionada, tem se mostrado bastante inadequado. Tal constatação pode ser observada nos estágios curriculares, no discurso dos docentes e nas ações dos elementos envolvidos com a educação em saúde. Para as autoras, o ensino constituído dessa maneira não permite entender a subjetividade e os processos sociais e psicológicos envolvidos com a enfermidade e com a participação do cliente no cuidado de sua saúde.

Corroborando com estas afirmações, Zago (1992) diagnostica que as dificuldades dos enfermeiros quanto ao ensino dos clientes devem-se ao modo pelo qual estes profissionais aprendem sobre educação. Comenta, ainda, a questão da pouca atenção dada ao papel educativo do enfermeiro, nos cursos de graduação das escolas brasileiras, que enfatizam em seus currículos o preparo do aluno para atuar como enfermeiro assistencial; porém, poucas inserem disciplinas pedagógicas, e quando presentes, abordam o aspecto teórico, sem dar oportunidades para a realização prática.

Atualmente, os enfermeiros podem optar entre diversos cursos de pós-graduação, representados, principalmente, por especializações que são oferecidas por instituições públicas e privadas. Este grande número de cursos decorre da necessidade dos enfermeiros em suprir as deficiências da graduação e aprofundar seus conhecimentos em uma área específica.

É notório que os cursos de pós-graduação têm um importante papel na formação dos profissionais e tornar-se especialista em uma determinada área é fundamental para uma atuação eficiente, desde que, valorizem o homem como um todo, sem compartimentá-lo, nem abstrai-lo da realidade em que está inserido.

Contudo, há uma grande tendência dos cursos de pós-graduação perpetuarem os problemas detectados na graduação. Segundo Sousa (1994), os professores não se arriscam a um novo princípio educativo, onde vão ter que assumir a fragilidade de seu saber teórico e estático. E a universidade persiste na formação de profissionais, que nem sequer se identificam como trabalhadores, quanto menos como transformadores de uma realidade concreta.

Para que ocorra uma mudança significativa no modo de atuar dos enfermeiros, é necessário que as instituições formadoras tomem consciência de seu papel e de sua responsabilidade em relação à sociedade. Para tanto, devem romper com o ensino tradicional, acrítico e mecanicista, e comprometerem-se com uma educação transformadora, que respeite os princípios da atual perspectiva de promoção da saúde: universalidade, integralidade, eqüidade e participação social.

4.1.3 - As Atividades Desenvolvidas pelos Enfermeiros.

Como já foi mencionado anteriormente, a Liga de Hipertensão Arterial desenvolve atividades nas áreas administrativas, educativa, assistencial e de pesquisa. Segundo seu programa de atendimento (Anexo C), a área educativa engloba ações que envolvem clientes, familiares e os profissionais que atuam no serviço em foco. Em relação aos profissionais, pode-se citar as seguintes atividades: grupos de estudo multidisciplinar e interdisciplinar, reciclagem e treinamento da equipe, acompanhamento de estagiários e grupos para estudo clínico.

Quanto às ações educativas dirigidas aos clientes e seus familiares, o programa (Anexo C, p.267) estabelece “dinâmicas educativas na área de prevenção e promoção do autocuidado e qualidade de vida” e especifica: curso sobre hipertensão arterial ministrado pela equipe, com aprazamento bimensal; sessão educativa para clientes novos, por ocasião da primeira consulta de enfermagem e palestras de sala de espera, ministradas pela equipe aos clientes com consulta de retorno.

De acordo com os relatos dos enfermeiros, algumas destas atividades não estão sendo executadas, fato que pôde ser confirmado durante a observação do campo. Na prática, pode constatar que a cada dois meses, os membros da equipe multidisciplinar desenvolvem uma atividade denominada de sessão educativa, dirigida aos clientes que são atendidos na Liga de Hipertensão, independente do tempo de sua inserção no programa. Quanto às palestras de sala de espera, a maioria dos enfermeiros informou que, atualmente, não tem sido possível realizá-las. Como veremos, tais questões serão melhor abordadas posteriormente.

Na presente investigação, além destas atividades, identificadas por “dinâmicas educativas” no programa de atendimento da Liga de Hipertensão, classifico como ações de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros, as consultas e as sessões de relaxamento, que apesar de estarem associadas à área

assistencial (segundo o Anexo C, p. 267), representam grandes oportunidades para o desenvolvimento de atividades educativas e consolidação de uma relação de confiança entre o cliente e o profissional.

Nesse momento, para uma melhor compreensão do funcionamento do programa, apresentarei o fluxograma de atendimento aos clientes portadores de hipertensão:

- inserção no serviço - os clientes são encaminhados pelas várias instituições que compõem a rede de saúde estadual e pelos demais setores do hospital em foco (principalmente unidade de emergência) ou procuram o serviço espontaneamente, através do ambulatório, e inicialmente, é realizada a pré-consulta;
- pré-consulta - caracteriza-se pelo primeiro contato do cliente com o serviço. É de responsabilidade do enfermeiro e nessa oportunidade são coletadas informações gerais acerca do desenvolvimento do quadro de hipertensão. Também são solicitados exames laboratoriais e aprazadas as consultas com a equipe básica (médico, nutricionista, assistente social, enfermeiro e farmacêutico);
- primeira consulta - consultas subseqüentes à pré-consulta, realizadas pelos membros da equipe. Nessa consulta cada profissional coleta informações específicas e relativas à sua área de conhecimento e competência. Depois, são marcadas as consultas subseqüentes ;
- consultas subseqüentes - objetivam o acompanhamento do cliente pela equipe básica, onde o mesmo será avaliado e encaminhado, se necessário, aos profissionais da equipe de apoio;
- interconsultas - procedimentos realizados pela equipe mediante as consultas com o cliente, quando é necessário prescrever condutas interdependentes;

- pós-consulta - tem o objetivo de reforçar as orientações dadas na consulta com o médico. Em geral é realizada pelo farmacêutico e eventualmente, por outros profissionais da equipe (LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

A partir de informações obtidas no contato com o campo e nos depoimentos dos enfermeiros, é possível afirmar que nem sempre esta seqüência é obedecida, pois em muitas situações o cliente é atendido inicialmente pelo médico, que não o encaminha aos demais profissionais da equipe. Pelo fato de não haver um controle efetivo das consultas e aprazamentos realizados, estes clientes podem passar um longo período sendo acompanhado apenas pelo médico e muitas vezes, sua inserção efetiva no programa acaba acontecendo, porém de forma não deliberada.

Paralelamente a este fluxo de atendimento, são realizadas, pela equipe multiprofissional, sessões de relaxamento, que têm como finalidade o controle do estresse crônico. Em geral, os clientes são encaminhados para estas atividades pelo médico ou enfermeira que, durante um atendimento, identificou alterações psicológicas e emocionais.

Assim, com base no fluxograma apresentado, o programa de atendimento da Liga de Hipertensão Arterial, propõe como atividades do enfermeiro: a execução da pré-consulta, sendo considerada de responsabilidade exclusiva deste profissional; a primeira consulta, as consultas subseqüentes, as interconsultas e sessões de relaxamento, comuns a todos os membros da equipe; e, eventualmente, a pós-consulta que, a princípio, deve ser desenvolvida pelo farmacêutico. Além destas ações designadas de assistenciais, o programa prevê que o enfermeiro, juntamente com os demais profissionais, ministre as palestras de sala de espera, os cursos e sessões educativas.

Com o intuito de confirmar o foco do meu estudo, ou seja, as atividades educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, solicitei aos participantes que enumerassem as ações de educação em saúde por eles executadas e apresentassem

os objetivos relacionados a cada uma delas. As respostas obtidas foram organizadas em um quadro e serão apresentadas a seguir:

Quadro III- Atividades Educativas realizadas pelos Enfermeiros.

Enfermeiro	Atividades que realiza	Objetivos das atividades
Rubi	- Consultas - Reuniões educativas	- Orientação - exames, dieta, etc. Aprazamento de consultas e encaminhamento à Nutrição, Psicologia e Serviço Social. - Educação direcionada à patologia; importância da prevenção e adesão ao tratamento.
Lazurita	- Consultas - Palestras de Sala de Espera	- Orientações. - No momento, não há espaço físico para realizá-las.
Ouro	- Consultas - Palestras - sala de espera e sessões de relaxamento. - Sessões de Relaxamento	- Detectar problemas. - Informações quanto à doença e o tratamento. - Trabalhar o emocional.
Cristal	- Consultas - Palestras de Sala de Espera - Sessão educativa	- Trata-se de um momento educativo, também visa identificar problemas e traçar intervenções para mudança de comportamento. - São manchetes, um chamamento para adesão ao tratamento e prevenção da doença na família. Temos uma escala, que não está cumprida por todos os enfermeiros. Faço minha parte. - Educar o cliente e levar à adesão ao tratamento. Inclui a participação da família.
Esmeralda	- Consultas - Palestras	- Educar o paciente e mudança de comportamento. - Educar, levar à mudança de comportamento.

As informações contidas neste quadro e as evidências a elas relacionadas, obtidas durante a coleta de dados, foram submetidas a um amplo processo analítico. Contudo, neste momento, pretendo deter-me apenas na apresentação dos comentários relativos a uma visão mais ampliada do contexto, que não podem deixar de ser abordados, já que dizem respeito ao processo de trabalho do

enfermeiro. Os aspectos essencialmente pedagógicos-didáticos, que constituem o escopo desta pesquisa, serão contemplados posteriormente.

De acordo com o Quadro III, todos os enfermeiros consideram as consultas como ações de educação em saúde, ao lado de outras atividades representadas por palestras e sessões/reuniões educativas. E, pode-se perceber que apenas um dos enfermeiros está envolvido na execução das sessões de relaxamento.

Desta forma, mesmo não havendo a participação de todos os enfermeiros em todas as ações citadas, considero como atividades de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros participantes deste estudo: consultas, sessões educativas e de relaxamento.

Abordarei, inicialmente, a atividade que foi citada de forma unânime pelos enfermeiros: a consulta. Conforme o Quadro III, a maioria destes profissionais afirmou que a consulta tem como finalidade fornecer orientações ao cliente, educá-lo e como consequência, mudar seu comportamento. O enfermeiro Rubi lembrou que os encaminhamentos a outros profissionais também fazem parte dos objetivos da consulta, enquanto que Ouro e Cristal apontaram para a detecção de problemas, sendo que o último deu mais importância às prescrições de intervenções para estes problemas.

Se a única fonte de evidências desta pesquisa fosse o resultados das entrevistas, seria possível inferir que nem todos os enfermeiros conhecem os objetivos da consulta de enfermagem. Porém, mediante as observações que realizei, posso afirmar que os enfermeiros não se prendem apenas à detecção de problemas, como sugere a fala de Ouro. Todos eles, cada um à sua maneira, procuram detectar problemas, traçar intervenções, encaminhar a outros profissionais e principalmente, fornecer informações.

Um outro aspecto que chamou atenção, foi a constatação de que nenhum deles citou as diversas modalidades de consultas, sugeridas no documento que versa sobre o atendimento da Liga de Hipertensão (Anexo C). Acredito que isso se deve ao

fato de que, na prática, é difícil obedecer com rigor às condutas que devem ser tomadas, pois cada situação tem suas peculiaridades e cada cliente é único.

Segundo o protocolo da consulta de enfermagem (Anexo C, p.267-268), no primeiro atendimento ou pré-consulta, o enfermeiro deve coletar informações gerais e específicas da hipertensão; aprazamento de consultas com os membros da equipe básica (incluindo ele próprio); solicitação de exames e encaminhamento para dinâmicas educativas. Na primeira consulta, deve ser realizado o “histórico de enfermagem” (Anexo D), constituído por uma entrevista e exame físico; são fornecidas orientações pertinentes ao início ou continuidade do tratamento; avaliação dos resultados de exames e encaminhamentos, que se fizerem necessários. As consultas subseqüentes devem ser agendadas a cada dois ou três meses, dependendo das condições clínicas do indivíduo e no intervalo das consultas médicas, tendo como finalidade a realização de avaliações e reforço das orientações.

Na realidade, todos estes atendimentos constituem-se em consultas de enfermagem, não havendo necessidade de nomeá-las de forma diferente. Para sua execução, é importante que sejam estabelecidos critérios e procedimentos, que irão sendo contemplados de acordo com cada situação e necessidades do cliente. Desta forma, independente das condutas e ações realizadas, a nomenclatura não varia, ou seja, não deixa de ser uma consulta.

A Consulta de Enfermagem está respaldada pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, do Conselho Federal de Enfermagem e encontra-se listada dentre as atividades-fim da enfermeira, que somente podem ser executadas pela própria, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1995).

Basso e Veiga (1998), afirmam que a consulta de enfermagem é um método de trabalho no qual o enfermeiro aplica conhecimentos técnico-científicos para analisar e interpretar as condições de saúde da clientela, que influenciarão na tomada de decisão frente à identificação dos diagnósticos de enfermagem e na adoção de condutas pelo enfermeiro, ou encaminhamentos a outros profissionais de

saúde, visando à promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do cliente.

De acordo com Vanzin e Nery (1996), a consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces.

As autoras descrevem a consulta como uma atividade onde há integração de ações que guardam relações de interdependência (seqüência lógica), sugerindo uma ação sistematizada dirigida à produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos e requerendo determinados recursos para sua organização.

Ao apresentar estes conceitos chamo atenção para algumas características necessárias à consulta de enfermagem, como: ação sistematizada, continuidade, padrões pré-estabelecidos e produção de resultados.

Diante destas características, pode-se afirmar que toda consulta de enfermagem pressupõe o cumprimento de etapas que incluem o levantamento de informações acerca do cliente, identificação de diagnósticos, elaboração/execução de um plano de intervenções e avaliação dos resultados. O inter-relacionamento destas etapas constitui-se no processo de enfermagem.

Respaldando esta afirmação, Horta (1979) e Campedelli e Benko (1989) identificam na consulta de enfermagem uma forma de aplicação do processo de enfermagem. Para Campedelli e Benko (1989), a consulta de enfermagem é uma atividade implícita nas funções da enfermeira, que usando de sua autonomia profissional, estabelece, frente aos problemas detectados, as intervenções de enfermagem (prestação de cuidados, fornecimento de orientações e encaminhamento a outros profissionais).

Ao confrontar estes conceitos com as descrições dos tipos de consulta apresentados no programa da Liga de Hipertensão Arterial (Anexo C), reafirmo que

esta classificação é desnecessária e o que realmente importa, é o estabelecimento de ações sistematizadas.

Procurarei tornar esta afirmação mais clara, utilizando-me de alguns exemplos. Iniciarei com a seguinte questão: qual a diferença entre a pré-consulta e a primeira consulta? Acredito que, na prática, não há distinção. Não vejo o porquê da realização do levantamento de dados relativos ao cliente somente no segundo encontro com o enfermeiro, quando este procedimento é o passo inicial da assistência ao ser humano. Em relação à pré-consulta (Anexo C, p.267), questiono como o profissional pode realizar a solicitação de exames, aprazamento de consultas e encaminhamentos, se ele não conhece o cliente, já que neste primeiro atendimento ele se detém apenas na captação de informações relativas à doença.

Um outro aspecto que chamou minha atenção, diz respeito ao fato de ser solicitado ao enfermeiro que realize o "histórico de enfermagem" na primeira consulta e que nas consultas subseqüentes, realize as "evoluções"; contudo, as etapas intermediárias não são contempladas. É necessário que sejam identificados diagnósticos de enfermagem e traçado o plano de intervenções, constituído por ações e metas a serem atingidas. O enfermeiro precisa ter em mente que seu trabalho é essencial ao tratamento do cliente, não podendo estar restrito a orientações acerca da doença e encaminhamentos, e que deve, sim, se configurar em uma ação sistematizada, fundamentada em um suporte teórico e devidamente documentada.

Dando prosseguimento à discussão acerca das consultas realizadas pelos enfermeiros e visando consolidar o diagnóstico apresentado até aqui, acho importante apresentar o resultado das minhas observações, a partir da descrição sucinta da atuação dos enfermeiros durante a realização desta atividade.

Como já foi mencionado na seção referente à descrição metodológica, tive a oportunidade de acompanhar 32 (trinta e duas) consultas de enfermagem, realizadas por quatro dos cinco enfermeiros participantes deste estudo, já que um deles, por exercer o cargo de chefia do serviço em questão, tem o número de

atendimentos reduzido e dirigido à clientela portadora de hipertensão grave e de difícil controle.

Utilizando a nomenclatura do programa de atendimento da Liga (Anexo C), destas trinta e duas consultas que acompanhei, 09 (nove) constituíram-se em pré-consultas, 06 (seis) primeiras consultas e 12 (doze) consultas subseqüentes. Em relação ao profissional, a média de consultas observadas variou de 06 (seis) a 10 (dez) por cada um dos enfermeiros. Procurei manter a equidade na relação enfermeiro/número de consultas, mas a variação foi influenciada pela demanda diária de clientes, aprazamentos realizados e principalmente, devido à adoção do critério de recorrência dos fatos, ou seja, a saturação dos dados.

A observação das consultas foi norteadada por um roteiro (Apêndice A) e enfocou, além dos aspectos pedagógicos-didáticos, a relação enfermeiro/cliente, o processo de trabalho e as características do ambiente, onde as consultas são realizadas. As evidências coletadas mediante a observação foram complementadas pela análise dos prontuários, que foi direcionada aos impressos utilizados pelo enfermeiro e serão apresentadas a seguir.

No decorrer do período de coleta de dados desta pesquisa, a estrutura física da UNPEX encontrava-se em reforma visando sua ampliação e modernização. Esta reforma estende-se há bem mais de um ano e desde então, o serviço está funcionando em dois locais distintos, dentro da área hospitalar, constituídos por várias salas, uma das quais destinada à chefia de enfermagem e outras três, à realização das consultas de enfermagem.

Um destes espaços situa-se logo na entrada da instituição e trata-se de uma pequena construção, voltada ao atendimento de clientes externos, onde funcionam consultórios, são realizados alguns tipos de exames complementares e localizam-se duas das salas reservadas aos enfermeiros. Uma das salas de atendimento é ampla, silenciosa e dispõe de uma mesa, cadeiras, armário e de uma maca para realização do exame físico. Ao lado desta, está a outra sala, que apesar da proximidade difere bastante da anterior, pois nela é possível ouvir ruídos oriundos

de um corredor interno, toques e conversas telefônicas, além de ser extremamente pequena e dispor apenas de uma mesa e cadeiras.

Em um prédio amplo, onde funcionam vários setores, incluindo os relacionados à administração, apoio e assistenciais (enfermarias, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, dentre outros) está localizado o outro espaço designado ao funcionamento da UNPEX, que, por um lado, mantém contato com a área interna do prédio e por outro, está voltado a uma área externa que permite o acesso dos clientes aos guichês de atendimento. É neste espaço que se situa a chefia de enfermagem e a outra sala onde são realizadas as consultas de enfermagem. Trata-se de uma sala pequena, mobiliada com duas mesas, um armário e cadeiras, localizada muito próxima às salas de outros profissionais e por não haver isolamento acústico, permite que se ouça nitidamente todas as conversas e ruídos provenientes das salas vizinhas e corredores.

Como se pode constatar, apenas uma das salas dispõe de condições adequadas à execução das consultas de enfermagem. Nas demais, o desenvolvimento das consultas é prejudicado pelo barulho e por constantes interrupções, pois funcionários e clientes adentram com facilidade nestes recintos. Além do que, o pequeno espaço e a ausência de uma maca impossibilita a realização do exame físico.

Quanto às rotinas de atendimento, observei que a pré-consulta é decorrente do encaminhamento de clientes que foram atendidos no serviço de emergência com crise hipertensiva ou são provenientes dos guichês, onde são realizadas as marcações de consultas. Nessa modalidade de atendimento, os enfermeiros solicitam exames, fazem algumas perguntas acerca das condições clínicas do cliente, marcam a primeira consulta, realizam encaminhamentos e fornecem orientações gerais sobre comportamentos que devem ser seguidos.

Segundo o programa de atendimento (Anexo C, p.267 e 279), na primeira consulta, o enfermeiro deve realizar o “histórico de enfermagem” (levantamento de dados e exame físico), a avaliação dos exames solicitados na pré-consulta e os

encaminhamentos que se fizerem necessários, além de orientar o cliente quanto ao tratamento, que inclui o uso de medicamentos e adoção de medida das relativas à dieta, atividade física e mudança de determinados comportamentos de risco (fumo, ingestão de álcool, estresse, dentre outros).

Novamente, resalto que não existe diferença entre estes dois tipos de atendimento, pois em ambos são investigadas informações relativas aos clientes, são efetuados encaminhamentos e fornecidas orientações. Acredito que, a realização do levantamento de dados logo no primeiro atendimento, proporcionaria ao enfermeiro maiores possibilidades de atuar dirigindo suas intervenções às reais necessidades dos clientes.

Nas consultas subseqüentes, os enfermeiros procuram verificar se os clientes têm cumprido as recomendações terapêuticas, mediante perguntas cujos conteúdos relacionam-se basicamente à redução do consumo de sal e gordura, realização de caminhadas, abandono do fumo (se for o caso) e ingestão dos medicamentos. Na oportunidade é efetuada a medida da pressão arterial, a avaliação dos resultados de exames (se houver) e um dos enfermeiros observados, realiza a verificação do peso.

Durante a observação das consultas, pude constatar que todos enfermeiros mantêm uma boa relação interpessoal com os clientes, na medida em que, mostram-se interessados em conhecer as necessidades dos mesmos, utilizam-se de linguagem acessível, trata-os com respeito, preocupam-se em fornecer orientações e esclarecer suas dúvidas, demonstrando simpatia e abertura ao diálogo.

Contudo, o processo de trabalho do enfermeiro não vem sendo desenvolvido com base na sistematização da assistência de enfermagem. Como já tive oportunidade de comentar anteriormente, o programa de atendimento da Liga de Hipertensão (Anexo C, p.268-269 e 279-280) prevê que o enfermeiro, inicialmente, realize o "histórico de enfermagem" e acompanhe a evolução do cliente, em consultas subseqüentes, porém não faz referências à necessidade de formulação de

diagnósticos de enfermagem, que irão subsidiar a elaboração de um plano de intervenções.

Desta forma, os enfermeiros ficam limitados a repetir orientações padronizadas, que muitas vezes não correspondem às expectativas e necessidades dos clientes. A identificação de diagnósticos e a elaboração de um plano de intervenções que incluísse os objetivos a serem atingidos, permitiria que os enfermeiros dirigissem sua atenção aos problemas mais significativos e tornaria mais eficiente a avaliação do estado clínico e do nível de aderência do cliente ao tratamento.

Car (1993), ao analisar o processo de trabalho da enfermagem, identifica que o enfermeiro assume de forma subordinada a finalidade de garantir a adesão do cliente ao tratamento e sua atuação configura-se em um meio/instrumento do processo de trabalho médico. Os enfermeiros limitam-se a verificar os comportamentos indicativos de aderência à terapêutica indicada, sem se dar conta do papel fundamental que podem exercer junto à clientela.

Este fato pode ser comprovado por meio da análise dos prontuários, nos quais, constatei a inexistência de um plano de intervenções consistente e em muitos deles, sequer o “histórico de enfermagem”. As evoluções resumem-se ao registro da medida da pressão arterial e a expressões do tipo “informa que diminuiu o sal”, “está (ou não) fazendo caminhadas”, “obedece ao horário dos medicamentos”, dentre outras e refletem a preocupação em checar a obediência a condutas generalizadas.

Assim, a realização do “histórico de enfermagem” traduz-se no simples cumprimento de uma determinação administrativa, já que não é utilizado para nortear a assistência aos clientes. Constitui-se em um dos documentos que integra o prontuário, porém não é sequer examinado nas consultas subseqüentes, nem serve como parâmetro para traçar as intervenções. Lembro ainda, que as condições de infra-estrutura das salas de atendimento impedem a execução do exame físico, um dos componentes essenciais no processo de levantamento de dados acerca do cliente.

Os enfermeiros comentam sobre diversas dificuldades para a realização da consulta e argumentam, com frequência, sobre a dificuldade de realizar o levantamento de dados, devido a escassez de tempo.

Neste sentido, Basso e Veiga (1998) sugerem a elaboração de instrumentos padronizados para direcionar as consultas, que servirão de suporte técnico aos enfermeiros e facilitarão a comunicação entre os profissionais e a equipe de saúde, visando o reconhecimento das atividades desenvolvidas no serviço, e também, enfatizam a necessidade de adequação da planta física, destinando um espaço adequado e específico ao consultório de enfermagem, até como forma de permitir que a população identifique o enfermeiro. Em relação à questão do tempo demandado em uma consulta, as autoras, com base em suas experiências, constataram que após treinamento com os profissionais e adequação de algumas medidas (por exemplo, o impresso utilizado), o tempo gasto em uma consulta foi reduzido de duas horas para vinte ou trinta minutos, dependendo do cliente.

Durante o processo de observação das consultas, pude constatar que dentro do grupo de enfermeiros focado nesta pesquisa, um deles atua de forma diferente, utilizando-se de uma metodologia de sistematização de suas ações, como se pode constatar no seu depoimento:

O cliente é acompanhado dentro do Processo de Enfermagem. As informações são filtradas, as que são indicadoras de diagnóstico, eu traço as condutas, oriento o cliente e aguardo o retorno. Avalio sua mudança de comportamento e se minhas condutas foram adequadas. Cristal

A metodologia de trabalho do enfermeiro Cristal é fruto do processo de elaboração da sua tese de doutorado e, segundo este profissional, foi apresentada e aprovada junto à equipe multiprofissional que atua na Liga de Hipertensão, porém não está sendo utilizada pelos demais enfermeiros, que alegam dificuldades em desenvolvê-la.

O enfermeiro Cristal adotou o Processo de Enfermagem, como metodologia de trabalho e, para tanto, desenvolveu impressos específicos que se adequassem ao seu modo de atuar. A observação do seu desempenho e a análise dos prontuários confirma que sua proposta é contemplada. Este profissional utiliza-se dos seguintes impressos: levantamento de dados, acompanhamento de enfermagem, plano de intervenção, perfil de engajamento no autocuidado e quadro dos diagnósticos de enfermagem (Anexo E) e, é possível perceber que ele consegue articular todas as fases do processo.

Venho demonstrando ao longo de minha apresentação que defendo a adoção do processo de enfermagem como um guia para a sistematização das ações do enfermeiro. Porém, não estou sugerindo que todos os enfermeiros que compõem a Liga de Hipertensão, adotem a metodologia sugerida por Cristal. Acredito sim, que seria fundamental uma maior aproximação entre estes profissionais, para que pudessem discutir o posicionamento e as dificuldades de cada um, e, através da troca de experiências e idéias, definissem, qual seria a maneira, mais adequada e eficiente, de conduzir o atendimento aos clientes vinculados a este serviço.

O Processo de Enfermagem constitui a essência da prática da enfermagem, é instrumento e a metodologia da profissão. Trata-se de uma abordagem intelectual deliberada de identificação e resolução de problemas para atender aos cuidados de saúde e às necessidades de assistência de enfermagem dos clientes (SMELTZER e BARE, 1998; PAUL e REEVES, 2000).

A sua utilização não pode ser fruto de uma conduta isolada, decorrente da iniciativa de um único profissional e nem mesmo de uma unidade de serviço. Só vai produzir bons resultados, se representar o pensamento da instituição como um todo, e necessariamente, depende do envolvimento e da determinação das instâncias administrativas superiores, bem como, da participação de cada um dos membros da equipe multiprofissional.

Um outro aspecto fundamental, refere-se ao fato de que a adoção do processo de enfermagem só se justifica, se acompanhado de um suporte teórico que

o oriente e dê sentido. Boa parte dessa construção teórica já se encontra à disposição do profissional de enfermagem. Elaborados ao longo dos anos, muitos destes pressupostos teóricos foram sendo constituídos com base na observação de realidades específicas, mas que, em certo sentido podem ser aplicáveis de forma genérica. Porém, poderia ser mais efetivo se combinasse, de um lado, o arcabouço teórico existente, com teorizações que resultem do próprio trabalho conjunto das pessoas envolvidas no processo. Evitaria, neste sentido, o risco de se trabalhar com categorias teóricas inadequadas ao contexto em questão.

Horta (1979) chama atenção para o fato de existirem inúmeros modelos do processo de enfermagem, mas que a maioria não está apoiada em teorias de enfermagem, desvinculando-os assim, da afirmação de que “a enfermagem é uma ciência”. Para a autora, “a teoria é importante como guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá atuando-se de uma certa maneira), um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência” (HORTA, 1979,p:5).

Uma das grandes lutas dos profissionais enfermeiros é tornar a Enfermagem reconhecida como uma ciência, dotada de um corpo de conhecimentos próprios e bem fundamentados, mesmo que oriundos de outros, já que o conhecimento não é algo inerte e isolado, mas fruto da relação entre diversas áreas do saber.

Car (1993) chama atenção para o fato de que a formalização da consulta de enfermagem não pode substituir a necessária relação entre teoria e práxis. A sistematização das ações de enfermagem esvaziada de cientificidade serve apenas para caracterizar uma aparente qualificação da assistência prestada.

Assim, torna-se cada vez mais necessário que a atuação dos enfermeiros não seja uma prática aleatória, uma simples repetição de técnicas ou condutas predeterminadas, mas uma prática respaldada por um referencial teórico consistente, que possa conduzir ao desenvolvimento de ações eficazes e que, realmente, atendam às necessidades dos clientes.

Segundo a maioria dos enfermeiros que integraram este estudo, não é utilizado um referencial teórico, como suporte para as práticas, como se pode verificar nas suas falas:

A minha prática é baseada na leitura de artigos em revistas técnico-científicas e consensos da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rubi

Baseio minha prática em treinamentos e palestras. Ouro

Baseio-me em livros, mas não tenho referencial teórico. Esmeralda

Orem é o meu referencial teórico, é o meu referencial de trabalho. Cristal

Como foi possível perceber, os enfermeiros conduzem sua prática com base em informações obtidas em livros, revistas, treinamentos e palestras, porém não apontam nenhum referencial teórico específico, com exceção do enfermeiro Cristal que menciona a teoria de enfermagem de Orem¹¹, na qual baseia sua prática.

A partir da década de setenta, foram desenvolvidas várias teorias de enfermagem, cada uma delas constituída por pressupostos teóricos relacionados ao homem, enfermagem, saúde e sociedade e com diferentes enfoques, mas todas com uma única finalidade: respaldar e nortear as práticas de enfermagem. Cabe aos enfermeiros, conhecer estas teorias e discutir com seus pares, qual delas é a mais adequada às características da clientela e às finalidades do serviço, junto aos quais desempenham suas funções.

¹¹ Segundo Foster e Bennett (2000), Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado (teoria geral), que é composta de três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Tal iniciativa, porém, não deve ficar restrita ao corpo de profissionais de enfermagem. O processo de enfermagem tem que ser encarado como uma questão de política pública e, portanto, sua implementação efetiva só se verificará se decorrer de uma política institucional. Em outras palavras, não se deve esperar que os profissionais de enfermagem, sozinhos, promovam iniciativas em direção a sua implementação. Iniciativas pessoais podem até ser observadas, entretanto, como não se enquadram dentro de um plano institucional incorrem, via de regra, no campo das ações isoladas e personalistas.

Retornando ao Quadro III, as sessões de relaxamento, indicadas pelo enfermeiro Ouro, têm como finalidade conduzir o cliente ao controle do estresse crônico e são realizadas pela equipe multiprofissional, porém a indicação dos clientes para essa atividade é da competência do psicólogo. E, como foi possível perceber, apenas um dos enfermeiros encontra-se envolvido nesta atividade.

Atualmente, as sessões de relaxamento são desenvolvidas por quatro profissionais vinculados à Liga de Hipertensão, sendo: uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, e, cada um destes profissionais acompanha dois grupos de clientes. As sessões acontecem às quartas-feiras, divididas da seguinte forma: durante a manhã, a enfermeira e assistente social atendem em horários diferentes, cada uma, um grupo e à tarde, a psicóloga e a terapeuta ocupacional, realizam esta atividade com mais dois grupos. Por existirem oito grupos de clientes, estes se encontram em sessões que acontecem em semanas alternadas.

Para a execução das sessões de relaxamento, os profissionais devem seguir um protocolo que consiste nas seguintes etapas: - verificação da pressão arterial e da frequência cardíaca, procedimento realizado por uma auxiliar de enfermagem; - palestra educativa, enfocando temas diversos; - caminhada, exercícios respiratórios e musculares; - relaxamento; - ativação/alongamento; expressão verbal da vivência; e finalmente, - reavaliação da pressão arterial, somente dos clientes que estavam com os níveis elevados no início da atividade.

Durante o período de coleta de dados, acompanhei duas sessões de relaxamento, conduzidas pela enfermeira e procurei inteirar-me desta atividade, consultando seus registros.

As sessões de relaxamento são realizadas em uma sala ampla, que dispõe de cadeiras, uma mesa e vários colchonetes. Inicia-se com a verificação da pressão arterial e frequência cardíaca e após a execução deste procedimento, a enfermeira realiza a palestra educativa. Em seguida, as cadeiras são afastadas, permitindo que os cliente caminhem pela sala e realizem os exercícios respiratórios e musculares. Concluída esta atividade, os clientes deitam-se nos colchonetes, a luz é apagada e a enfermeira solicita que eles fechem os olhos, iniciando o relaxamento propriamente dito. Na maioria das vezes, o relaxamento é conduzido por uma gravação, constituída por música instrumental ao fundo e pela voz serena de uma pessoa que fala sobre belas paisagens, situações agradáveis e, dentre outras coisas, sugere que as pessoas procurem desligar-se dos problemas. A utilização desta gravação pode ser substituída pela atuação do profissional. Após esta etapa, os clientes sentam-se, realizam alguns movimentos de alongamento (ativação) e expressam seus sentimentos e impressões em relação à sessão de relaxamento. Ao final, é verificada a pressão arterial dos clientes que se apresentavam com elevação dos níveis pressóricos.

Todos estes procedimentos são anotados em um livro de registro, inclusive os depoimentos dos clientes. A partir da observação da sessão e consultar os registros, pude perceber que os clientes estão extremamente satisfeitos com o desenvolvimento desta atividade, e inclusive, há redução nos valores da pressão arterial. Os temas abordados na palestra educativa incluem aspectos relacionados à adoção de medidas higiênico-dietéticas e à terapêutica medicamentosa, bem como, em algumas ocasiões, o período de tempo destinado à palestra, foi direcionado ao planejamento de encontros e festas, orações, conversas informais, dentre outros. A enfermeira demonstra conhecer bem os clientes, na comunicação com os mesmos, utiliza-se de linguagem acessível e mantém um bom relacionamento com o grupo.

A palestra educativa realizada durante as sessões de relaxamento e as demais dinâmicas citadas pelos enfermeiros no Quadro III (sessões educativas e palestras), devido ao seu caráter essencialmente didático, serão abordadas posteriormente.

4.2- As Categorias Temáticas.

Até o presente momento, a apresentação e análise das evidências obtidas neste estudo de caso consistiram na descrição do contexto onde a pesquisa foi desenvolvida e que incluiu o campo, os participantes e as atividades por eles desenvolvidas.

Esta etapa foi de fundamental importância e objetivou traçar um quadro da realidade em questão e, ao mesmo tempo, facilitar a compreensão de determinadas situações que relevantes, segundo a experiência vivenciada pelo pesquisador.

Mas o seu processo de construção não se fixou apenas na mera descrição de dados, pois não seria possível realizá-la de forma acrítica e isolada. Algumas das questões que foram levantadas, embora possam parecer que não constituíssem o foco de interesse deste estudo, permitiram certas reflexões que podem contribuir para uma prática de enfermagem mais efetiva e que, sem dúvida, mantêm uma íntima relação com as ações de educação em saúde.

Nesta segunda parte da seção, serão abordadas as evidências relativas, essencialmente, ao processo de educação em saúde desenvolvido por enfermeiros e dirigido aos clientes portadores de hipertensão arterial, em um determinado contexto.

De acordo com Yin (2001), para a realização da categorização e análise das evidências, deve ser utilizada uma estratégia analítica geral. O autor afirma que, a estratégia mais utilizada diz respeito ao estabelecimento de uma relação entre as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso que, por sua vez, são o reflexo do conjunto de questões iniciais da pesquisa.

Assim, a classificação das evidências em categorias, foi norteadada a partir do objeto de estudo desta investigação: as ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros. E, conforme foi mencionado anteriormente, as evidências obtidas

durante o processo de coleta de dados, foram submetidas a um processo de leitura, classificação e organização, dando origem as seguintes categorias temáticas:

- ❖ *Perspectiva dos Enfermeiros em relação à Educação em Saúde;*
- ❖ *Planejamento e Desenvolvimento das Atividades Educativas; que incluem as seguintes sub-categorias: A Importância de Conhecer o Contexto dos Clientes, A Seleção dos Conteúdos e As Técnicas e Recursos de Ensino;*
- ❖ *Avaliação do Processo de Educação em Saúde.*

A partir da apresentação das categorias e sub-categorias temáticas, procurou-se contemplar os objetivos desta pesquisa, pois, na medida em que, são analisadas as ações educativas realizadas pelos enfermeiros, com base nos pressupostos das tendências pedagógicas predominantes no Brasil, também, discute-se a utilização de um referencial teórico pedagógico para fundamentar as ações educativas e sugere-se alguns caminhos para a reorientação da prática.

4.2.1 - Perspectiva dos Enfermeiros em relação à Educação em Saúde.

Ao iniciar a apresentação das evidências relativas às ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, acredito ser imprescindível abordar a perspectiva destes profissionais frente ao processo de educação em saúde. O significado e a valorização da educação em saúde, somados às sensações e sentimentos relatados pelos enfermeiros ao desempenhar seu papel de educador, constituem-se em aspectos fundamentais da presente investigação.

Assim, para os enfermeiros entrevistados, a educação em saúde consiste em:

Orientação globalizada e holística, vê o paciente como um todo.

Rubi

Informações aos pacientes, sobre a doença, tratamento e mudança no estilo de vida. Ouro

Informações para a saúde, tentando incorporar o paciente ao processo, tentar mostrar que o mais importante é a adesão ao tratamento. Esmeralda

Desenvolvimento de atividades educativas ao cliente e familiares.

Lazurita

A nossa função é promover a saúde e só promove através da educação. [...] Educação e saúde têm que estar em perfeita sintonia.

Educar não é só falar, não é só informar, é mudar o comportamento.

Cristal

Pode-se perceber, diante destes relatos, que os enfermeiros vislumbram a educação em saúde como uma atividade que engloba a transmissão de conhecimentos e informações aos clientes, visando à mudança no seu estilo de vida e adesão ao tratamento; acrescentam que deve estender-se aos familiares e consideram que deve abordar o cliente de forma holística.

Os significados da educação em saúde apontados pelos participantes não se opõem um ao outro ou, tampouco, aos conceitos apresentados como referências para este estudo. As falas dos enfermeiros representam elementos pontuais, que se prendem mais a determinados aspectos, mas que num todo se complementam.

Assim, é possível inferir que os enfermeiros têm uma visão coerente sobre educação em saúde, mas que carece de ampliação. Os profissionais entrevistados parecem não perceber a abrangência da educação em saúde e do seu importante papel na promoção da saúde e transformação da sociedade.

A Divisão Nacional de Educação em Saúde apresenta o seguinte conceito para esta estratégia de promoção à saúde:

A educação em saúde é uma prática social, é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, a respeito de seus problemas de saúde, e estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva (BRASIL, 1989, p.9).

Vista desta forma, a educação em saúde deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade. Vale lembrar que, este significado ampliado deve ser absorvido pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, para que possam contemplá-lo mais integralmente em suas propostas de trabalho.

Para Valla e Stotz (1994), a educação em saúde não pode ser desvinculada de sua dimensão sócio-histórica e as discussões em torno desta temática precisam ser colocadas em uma perspectiva diferente daquela que entende a questão somente a partir do ponto de vista do comportamento e da responsabilidade do indivíduo.

Corroborando com a afirmação dos autores, Pereira (1992) acredita que a melhora das condições de saúde dependem de fatores que não estão relacionados apenas ao indivíduo, mas sim à própria estrutura da sociedade. Segundo a autora, os padrões de comportamento de saúde da população não podem ser vistos como

simples escolhas individuais, pois representam uma alternativa assumida de acordo com as circunstâncias sócio-econômica-políticas vigentes.

Com base nesta linha de pensamento, insisto que os enfermeiros precisam ampliar seu julgamento em relação à educação em saúde, passando a considerá-la não só como uma prática voltada ao fornecimento de explicações e informações acerca da doença, mas como um instrumento que pode ajudar as pessoas e grupos a examinarem as bases sociais de suas vidas e trabalho, enquanto situações adversas à saúde em suas comunidades.

Existe a tendência, perpetuada entre os profissionais de saúde, de se considerar a educação em saúde como uma atividade separada do contexto social e dirigida apenas a fatos ou situações isoladas. As práticas educativas objetivam apenas reforçar hábitos, conhecimentos e valores supostamente ideais na visão dos profissionais, que não conhecem e nem tampouco, estão submetidas às condições de vida da maioria da população brasileira.

Enumerar uma lista de atividades que devem ser cumpridas pelos clientes, checar se esta lista foi obedecida e criticar, caso não tenha sido, são tarefas fáceis e comuns no contexto das instituições públicas de saúde. Os profissionais que atuam nestas instituições e que prestam atendimento ao grande número de pessoas que buscam tais serviços, fazem parte de outra realidade social e constituem uma das elites privilegiadas da nossa sociedade.

É preciso que estes profissionais interessem-se pela vida de seus clientes, investiguem o contexto social onde estão inseridos e valorizem suas crenças, conhecimentos e costumes. O profissional não pode simplesmente ditar regras predeterminadas e quase sempre inapropriadas, como se todas as pessoas fossem iguais e estivessem sujeitas às mesmas situações de vida.

Em relação às recomendações dirigidas aos portadores de hipertensão arterial é, no mínimo, incoerente pedir ao cliente, por exemplo, que ele adquira produtos do tipo *ligh/diet*, quando este se encontra desempregado; sugerir que a pessoa não se estresse, quando seu filho é dependente químico, sua filha é

espancada pelo marido e não há dinheiro para o sustento familiar; indicar caminhadas em lugares aprazíveis, quando a única praça próxima à sua residência é controlada pelas gangues de rua; recomendar que não falte às consultas, quando o cliente não pode sequer pagar o transporte até a instituição.

Mais uma vez, considero pertinente assinalar que a educação em saúde constitui-se em uma prática social e que não pode continuar tolhida na sua execução. Não alimento a ilusão de que algumas consultas de enfermagem, realizadas por poucos profissionais conscientes da função e do poder das práticas educativas, irão modificar a realidade social do nosso país.

Acredito sim, na atuação conjunta dos profissionais de saúde, na perspectiva de que a educação em saúde é um importante meio de transformação social; na ação comunitária; na necessidade de mobilização popular e reivindicação por políticas públicas adequadas e na importância do ensino nas escolas, como uma semente para as gerações futuras. Trata-se de um processo longo e que depende de cada um de nós.

Além de tentar conhecer o conceito atribuído pelos enfermeiros à educação em saúde, procurei investigar qual o valor desta prática na sua atuação profissional. Os depoimentos resultantes das entrevistas revelam que todos os enfermeiros acreditam que a educação em saúde é muito importante e tem um papel fundamental na prática profissional, trazendo benefícios para os clientes e profissionais envolvidos no processo.

De acordo com os participantes deste estudo, a educação em saúde, enquanto atividade do enfermeiro é:

Importantíssima. Leva ao crescimento profissional e traz benefícios para o paciente, principalmente, em termos de resolutividade dos problemas.

Rubi

Muito importante. O principal papel da enfermeira no ambulatório é educar [...] ela se torna acreditada pelo paciente. O paciente passa a acreditar nela. Esmeralda

Básica. Todo profissional de saúde, o enfermeiro é um deles, tem que ser antes de tudo um educador em saúde. Cristal

Os depoimentos apresentados revelam que os enfermeiros reconhecem a educação em saúde como uma importante atividade que deve estar incluída em sua atuação profissional, sendo tida como uma função básica e primordial. Apontaram os benefícios da educação em saúde para o cliente e para o enfermeiro, principalmente, em termos de crescimento profissional e credibilidade diante da comunidade.

Respalhando tais colocações, Guedes (1990) afirma que as atividades educativas, além de sua função de orientação voltada ao processo saúde-doença, são por demais importantes e favoráveis aos clientes, para que eles se organizem e passem a reivindicar por melhores condições de vida e saúde. Segundo a autora, essas atividades também são importantes para o crescimento profissional do enfermeiro e desenvolvimento de sua prática independente, desvinculando-a da dependência médica, além de permitir seu reconhecimento pela sociedade.

Para tanto, o papel de educador do enfermeiro não pode estar atrelado aos discursos educacionais tradicionais e, tampouco, se manifestar apenas como uma forma de disciplinar a vida das pessoas, por meio de práticas comportamentalistas de educação em saúde, desprovidas de fundamentos que inviabilizem sua instrumentalização, segundo uma perspectiva sócio, cultural e política.

De acordo com Freire (1992), o pensar do educador não pode ser um pensar para os educandos, nem a estes impostos. Deve ser um pensar na e pela comunicação, em torno de uma realidade. Só assim, o pensar do educador ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos.

Então, como sugerem Rosero e Ferriani (1997), é preciso passar de processos localizados de educação em saúde a processos maciços, permanentes e sistemáticos, abandonando o enfoque curativo, clínico e assistencial, substituindo-o por outro, autoconstrutivo, comunitário, preventivo e ecológico.

Neste contexto, os enfermeiros e demais profissionais de saúde têm um importante papel a desempenhar e é necessário que modifiquem sua postura em relação à educação em saúde e abandonem a visão de que os clientes são pessoas incompetentes e ignorantes diante do processo saúde-doença. Não se pode mais admitir que os profissionais se coloquem em uma posição superior, em uma relação de poder e saber, que desvaloriza o ser humano, como Freire (1992, p.50) afirma:

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isto, terminam por se convencer de sua "incapacidade". Falam de si como os que não sabem e do "doutor" como o que sabe e a quem devem escutar.

E, neste ponto, gostaria de abordar o posicionamento dos enfermeiros envolvidos neste estudo, em relação à participação dos clientes no processo educativo, revelados nas seguintes falas:

Quando o paciente tem espaço para colocar seus problemas, ele cresce, se envolve, participa. Se sente importante, gratificado. Rubi

A participação proporciona uma melhor vida dentro do seu contexto de ser doente crônico. Ouro

É importante, pois torna o paciente agente do seu autocuidado e multiplicador das ações de auto-cuidado junto à família. Cristal

Segundo seus depoimentos, todos os enfermeiros concordam que a participação dos clientes é de fundamental importância nas ações educativas, pois os

tornam mais participativos e mais envolvidos no processo, trazendo-lhes muitos benefícios.

Porém, pude perceber que entre os enfermeiros entrevistados, a noção de participação está associada ao cumprimento das recomendações prescritas ou ao simples fato de ser permitido ao cliente expressar seus problemas e necessidades. Mediante as entrevistas e a observação realizada no campo, é facilmente perceptível o quanto o termo *participação* está restrito às noções de obediência, de aceitação e de cumprimento de determinações.

É paradoxal, mas até mesmo quando os enfermeiros falam que o cliente *está envolvido, é participativo, é um agente*, tem-se a clara impressão de como o que se espera verdadeiramente, é que ele seja passivo e “aceitador” das recomendações.

Há uma dimensão maior que transcende esta visão de participação e as boas intenções dos entrevistados. Existe, ao que me parece, uma determinação de ordem cultural e que se liga diretamente ao modelo educacional tradicional de nossa formação escolar que atribui àquele que tem algo a aprender o lugar da passividade e da docilidade, e que, por outro lado, enxerga naquele que tem alguma coisa a informar o lugar do poder e do saber absoluto. É a típica pedagogia tradicional “travestida” de saber participativo.

Sabóia (1999), ao abordar a questão da participação do cliente, afirma que apesar dos discursos sobre educação em saúde fortalecerem e estimularem o envolvimento dos clientes, a percepção e a visão de que os mesmos são indivíduos capazes de decidir o que é melhor para eles e exercer sua liberdade, parece ainda não acontecer satisfatoriamente, uma vez que quem planeja, executa e avalia todo o processo são as enfermeiras educadoras, sem que haja espaço para a participação de sua clientela.

O educador em saúde costuma restringir o educando a uma atitude passiva ante ao processo de ensino aprendizagem, no qual o poder de decisão é centrado no profissional. Ele acredita que conhece as reais necessidades dos clientes e por isso, é quem define os interesses dos mesmos e o que será abordado nas

práticas educativas. A discussão em torno desta questão será retomada posteriormente, quando serão apresentadas as evidências que me permitiram inferir que tal problemática está presente na realidade estudada.

Ainda, em relação à participação da clientela, gostaria de comentar as declarações de dois enfermeiros que enfatizaram a integração da família e da comunidade nas atividades educativas, como se pode constatar a seguir:

As atividades de educação em saúde devem ser dirigidas aos familiares ou cuidadores.

Ouro

É importante a participação da família, amigos, líderes de comunidade. É na família que se inicia o processo educativo e nela deve ser continuado.

Cristal

Os relatos apresentados retratam a valorização do papel da família no processo de educação em saúde, bem como, a necessidade de estendê-lo à comunidade. Todavia, como afirma Buss (1999), a abordagem do indivíduo situado no seio da família e da comunidade não pode ficar restrita ao objetivo de modificar seu comportamento, deve ser mais abrangente e incluir, dentre outros, aspectos relacionados à igualdade e justiça social.

Tais afirmações remetem aos conceitos e recomendações abordados no início deste estudo, relativos à promoção da saúde, e dos quais, é pertinente destacar a Carta de Ottawa (1986) e os pressupostos do SUS, que preconizam a participação da população e o reforço da ação comunitária (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O envolvimento da comunidade nas ações de educação em saúde pode ser iniciado através do contato dos profissionais com associações de bairro, grupos de igreja, líderes comunitários e escolas. No contexto onde foi realizada esta pesquisa é desenvolvida uma estratégia, que tem como objetivo principal, promover

a participação da comunidade. Trata-se da Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso (ACAH).

No Programa de Atendimento ao Cliente Hipertenso (Anexo C, p.270), consta que a ACAH é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, com diretoria eleita e regida por estatuto próprio. As ações realizadas pela Associação referem-se à congregação de associados para atividades de lazer (passeios, festas); educação (palestras enfocando a doença, cursos de culinária, trabalhos manuais, dentre outros); conquistas conjuntas (passes para transporte coletivo, descontos na compra de medicamentos, etc.); além do estímulo à “criação das ‘ligas distritais’ nos 14 (quatorze) distritos da grande Fortaleza, que funcionarão como núcleos colaborativos no trabalho globalizado de prevenção e controle da hipertensão arterial”(Anexo C, p.270).

Os associados encontram-se na última sexta-feira de cada mês, quando são enfocados assuntos de interesse da comunidade de hipertensos, assim como, especificidades inerentes à sua proposta de trabalho. O Programa prevê que tais reuniões devam ser planejadas com o apoio da equipe multidisciplinar, porém conduzidas pelos elementos da própria equipe.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a ACAH representa uma importante estratégia na promoção da saúde, dentro do novo paradigma de assistência à saúde. Contudo, pude perceber, durante o processo de coleta de dados, que não existe uma articulação entre a Liga de Hipertensão e a Associação, como se esta não fizesse parte da outra. As atividades são desenvolvidas de forma independente, e, o que deveria constituir-se em um trabalho consistente, de construção conjunta e de transformação social, encontra-se restrito a ações paralelas, que isoladamente, não têm a força que poderiam ter.

Finalmente, gostaria de encerrar a análise desta categoria temática com a apresentação das falas relativas ao modo como os enfermeiros se sentem no papel de educadores em saúde. Todas as respostas refletiram sentimentos positivos e é possível observar esta constatação, mediante as seguintes declarações:

Sinto-me bem, principalmente por ficar mais tempo em contato direto com os clientes. Rubi

Sinto-me útil e feliz. Gosto de ajudar e ver a mudança na qualidade de vida dos clientes. Ouro

Eu me sinto ótima, muito bem, tenho prazer em fazer isso.

Esmeralda

Eu me sinto útil, fazendo realmente o que me propus e me preparei para fazer. Sinto-me recompensada, não é o jogo do faz-de-conta, porque tem retorno [...] Realmente me sinto enfermeira. Cristal

Conforme o que foi discutido até o momento, posso afirmar que os enfermeiros apresentam uma certa coerência quanto à adoção do conceito de educação em saúde, e ao reconhecimento de sua importância. Reconhecem a necessidade e o valor da participação dos clientes neste processo e sente-se bem e gratificados ao exercerem a função de educadores. Contudo, é imprescindível assinalar que existem importantes limitações na percepção que estes profissionais têm a respeito do processo de educação em saúde. Falta-lhes, sobretudo, uma visão mais ampliada que encare a educação em saúde como uma prática social, cujo papel do educando é mais do que importante, é fundamental. Todas as demandas, todo o procedimento, enfim, todo processo em sua completude deve priorizar e pressupor a existência de um cliente ativo e, sobretudo, autônomo. Somente assim poderemos esperar uma real transformação da realidade.

4.2.2- Planejamento e Desenvolvimento das Atividades Educativas.

Esta categoria diz respeito à análise das evidências relativas ao modo como os enfermeiros planejam e desenvolvem as atividades de educação em saúde, que são realizadas junto aos clientes portadores de hipertensão arterial.

Tais atividades, já apresentadas anteriormente, referem-se às dinâmicas, que incluem sessões educativas, palestras realizadas nas salas de espera e durante as sessões de relaxamento e às consultas, que além do seu caráter assistencial, representam grandes oportunidades para o desenvolvimento de ações educativas.

Inicialmente, serão abordados aspectos relacionados ao planejamento, que é uma etapa fundamental que deve ser contemplada quando se tem a pretensão de atingir objetivos, e sendo assim, é utilizada em atividades das mais diversas áreas de atuação profissional.

Em uma perspectiva geral, Turra et al. (1986, p.11), afirmam que “o planejamento é um conjunto de ações coordenadas entre si, que concorrem para a obtenção de um certo resultado desejado”. O homem, mediante o planejamento, organiza e disciplina a sua ação, partindo sempre para realizações mais complexas e requintadas.

Segundo Fugita e Farah (1996), em relação ao trabalho do enfermeiro, o planejamento é uma ferramenta que auxilia este profissional a organizar, executar e avaliar as ações de enfermagem de forma a alcançar racionalmente seus objetivos e obter melhor desempenho e maior produtividade. Horta (1977), citada pelas autoras, classifica o planejamento como um dos instrumentos básicos de enfermagem e o conceitua como um processo intelectual, ou seja, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas, submetida à análise.

Enfocando a questão educacional, Turra et al. (1986) constatam que o planejamento é um processo contínuo que se preocupa com os objetivos, métodos e estratégias, tendo em vista a situação presente e possibilidades futuras, para que o desenvolvimento da educação atenda às necessidades do indivíduo e da sociedade. Dentro desta linha, Libâneo (1994), considera o planejamento como um processo de racionalização, organização e coordenação da ação do educador, articulando a atividade de ensino e a problemática do contexto social.

Assim, com base nestas colocações, procurei conhecer quais os aspectos ou critérios que os enfermeiros utilizam no planejamento de suas atividades educativas. Dos cinco enfermeiros participantes, três responderam que planejam suas atividades a partir dos aspectos relacionados à patologia do cliente, ou seja, as ações de educação em saúde procuram contemplar informações acerca das causas, fatores de risco, tratamento e complicações da hipertensão arterial. Somente o enfermeiro Ouro fez referência à relevância em se conhecer, também, os aspectos emocionais e a personalidade dos clientes, o que pode indicar seu interesse pelo momento de vida do cliente e sua disponibilidade para aprender.

As atividades são dirigidas para a patologia. O tema das reuniões e palestras é escolhido conforme a patologia. Rubi

Os aspectos considerados no planejamento são causas, sintomas e tratamento da doença. E, também, aspectos emocionais e personalidade do cliente. Ouro

Abordamos a doença, seus fatores de risco, a importância da mudança do estilo de vida e complicações. Esmeralda

É possível inferir, diante destes depoimentos, que os enfermeiros relacionam o planejamento à seleção de temas a serem abordados e que estes se voltam aos aspectos relativos à doença. A abordagem destes itens é fundamental, já

que irão constituir uma parte importante dos conteúdos a serem ministrados, porém, o planejamento não pode ser reduzido apenas à escolha dos temas que deverão ser trabalhados durante as atividades educativas. O planejamento envolve, além da seleção de conteúdos, a determinação dos objetivos e metas a serem alcançados, as técnicas e recursos que deverão ser utilizados, os métodos de avaliação, dentre outros, e, como característica fundamental, deve ser norteado por um embasamento teórico, que irá definir os aspectos pedagógico-didáticos.

Durante o período em que realizei a observação do campo de pesquisa, pude detectar que não existe um planejamento formal das atividades educativas. Constatei que os enfermeiros não se reúnem sistematicamente para planejar, definir suas ações e estratégias voltadas à educação; como também, não encontrei documentos relativos ao planejamento de tais atividades. Ao abordar essas questões, percebi que os enfermeiros estão conscientes da necessidade e importância do planejamento da atuação profissional. O que pode ser confirmado nas seguintes falas:

A gente precisa se reunir para definir o modelo de trabalho. Rubi

A gente precisa planejar, mas não tem o hábito de fazer. A gente fica muito imbuída nas atividades, vão aparecendo os problemas, a gente vai apagando os incêndios e as coisas vão correndo, mas esse ano (referindo-se a 2002) a gente vai ter um dia do mês para planejar. Esmeralda

É interessante frisar que, semanalmente, acontecessem reuniões administrativas da Liga de Hipertensão, que têm como finalidade congregar todos os membros da equipe multiprofissional para discutir aspectos relativos ao funcionamento deste serviço. Contudo, pude observar que nem todos os enfermeiros participavam destes encontros. Este momento, ideal para aproximação dos

profissionais que poderiam, em conjunto, destiná-lo ao planejamento e avaliação das ações de educação em saúde era, sistematicamente, desperdiçado.

Em relação ao depoimento de Esmeralda, creio ser pertinente apresentar a perspectiva de Fugita e Farah (1996), ao afirmarem que a enfermagem tende a negligenciar o planejamento devido a alguns fatores, dos quais citam: a grande demanda para soluções imediatas de crises diárias e a ausência de conhecimento e experiência na criação de um programa de planejamento. As autoras consideram que, apenas mediante a realização do planejamento, é que se adquire a experiência necessária e com sua utilização, pode-se diminuir a grande demanda de intercorrências diárias.

Na realidade pesquisada, acredito que existe um outro aspecto que pode estar contribuindo para dificultar a elaboração do planejamento: a ausência de um suporte teórico, tão importante na definição das metas, prioridades e condutas. Para Libâneo (1994), a ação de planejar é uma atividade consciente de previsão das ações do educador, fundamentadas em opções político-pedagógicas, tendo como referência permanente as situações didáticas concretas (isto é, a problemática social, econômica, política e cultural que interage no processo de ensino).

A questão do embasamento teórico já foi abordada no item 4.1.3, relativo às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, quando se discutiu a necessidade da prática assistencial estar respaldada por um referencial teórico consistente, que possa conduzir a ações eficazes e que atendam às necessidades dos clientes. Vale salientar que além do suporte teórico relativo à área da saúde, é de fundamental importância que os profissionais que desenvolvem atividades de educação em saúde, busquem amparar suas ações em pressupostos pedagógicos e didáticos.

Conforme Figueroa (1997), o educador em saúde tem um papel essencial, pois não se trata apenas de dar informações, ele deve realizar um processo educativo significativo, que estimule a percepção, a imaginação, o estabelecimento de relações e a solução de problemas. E, para tanto, necessita de uma conduta profissional capaz de integrar amplos conhecimentos e compromissos frente: ao (que) fazer próprio da

área da saúde; à dimensão ética (implícita nesta tarefa educativa) e aos aspectos inerentes à educação (características e funções educativas, características do usuário, além das técnicas, métodos e estratégias de ensino).

Com base nas observações apresentadas, acredito ser importante retomar um dos aspectos abordados anteriormente, que diz respeito à formação acadêmica dos enfermeiros. Os cursos de graduação, responsáveis pela formação de profissionais que desempenham ações de educação em saúde, não os preparam, adequadamente, para desenvolver o papel de educadores. Ao entrar em contato com o mercado de trabalho, estes profissionais, entre os quais está o enfermeiro, são obrigados a executar diversas atividades e acabam por reproduzir práticas consolidadas por seus antecessores, na maioria dos casos, sem a necessária fundamentação teórica ou uma filtragem crítica.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros participantes revelaram que não se utilizam de um suporte teórico específico da área de educação, como pode-se perceber no seguinte relato que é representativo de boa parte dos depoimentos:

A gente pega livros, faz pesquisas, referencial de educação não temos.

Esmeralda

É possível observar, contudo, que dentro do grupo de enfermeiros enfocado nesta pesquisa, um destes profissionais demonstrou sua preocupação com a questão da formação profissional, destacando a necessidade da prática educativa estar vinculada a um arcabouço teórico. Assim expressou seu pensamento:

Na educação tenho meu guru: Paulo Freire, e também, Ana Maria Saul, Moacir Gadotti. Estes educadores abrem o leque, porque

nossa formação não basta, a gente tem que estar atualizada com os educadores mais modernos. Cristal

Assim, o que se observa, são iniciativas isoladas, que não constituem uma tendência geral dos enfermeiros, nem representam um interesse que faça parte do seu horizonte profissional. E, o que é mais preocupante, é que mesmo quando surgem as iniciativas em busca de aquisição de suportes teóricos e práticos no campo didático-pedagógico, tais buscas recorrem, em geral, às formulações clássicas pertencentes ao pensamento pedagógico tradicional, que não se enquadram numa perspectiva de liberdade e criticidade necessárias a um trabalho que depende fundamentalmente da cumplicidade e da adesão dos clientes.

Segundo Bagnato (1999), nos cursos de graduação, ainda predomina o modelo de ensino tradicional, que colabora mais para uma formação alienada do que transformadora dos futuros profissionais da área da saúde, que no exercício profissional, possivelmente reproduzirão esta mesma prática, sem perceber a multidimensionalidade deste processo, o que dificultará uma abordagem integral da saúde, do homem e da sociedade.

Desta forma, é fundamental que se busque a superação de paradigmas que acentuam a reprodução do modelo social vigente, mediante a adoção de um referencial que possibilite uma educação em enfermagem mais comprometida com a sociedade e que permita a formação de profissionais capazes de atuar, contemplando os novos pressupostos da promoção da saúde.

Tais considerações remetem às concepções das tendências pedagógicas progressistas, que têm em seu âmago, o compromisso com o ensino crítico e com a transformação social. Mesmo com suas diferenças metodológicas (já mencionadas na apresentação dos itens 3.1 e 3.2), é inegável a importância destas três tendências e de seus defensores, na elaboração de critérios que orientem ações de educação em saúde mais condizentes com o atual paradigma de saúde.

Freire (1987), por exemplo, demonstra que a relação entre o homem e o mundo, acontece em um espaço que não é apenas físico, mas histórico e cultural.

Assim, não é possível destinar a este homem, uma educação desvinculada da realidade que o cerca e que, não permita a este homem, transformá-la. Para o autor, os seres humanos são capazes de acrescentar à vida que têm, a existência que criam. Assim, existir, é um modo de vida que é próprio ao ser capaz de transformar, de produzir, de decidir, de criar, de recriar, de comunicar-se.

Em outra obra, Freire (1984a) chama atenção para o desenvolvimento de uma educação dialogal e ativa, voltada para a responsabilidade social e política. E, para tanto, os educandos não devem estar na postura de passividade, mas em uma posição indagadora, inquieta e criadora.

Relacionando tal assertiva à temática abordada no presente estudo, posso afirmar que a postura de passividade, criticada pelo autor, ainda permanece presente na atual prática educativa, seja relacionada ao aluno dos cursos de graduação, como ao cliente, na condição de educando no processo de educação em saúde. E, a ocorrência deste fato, deve-se à perpetuação do modelo tradicional/liberal de educação, que vislumbra o ser humano como um objeto depositário, sem atentar para sua subjetividade e singularidade, privilegiando a transmissão de conhecimentos fragmentados e descontextualizados.

Na visão de Colomé et al. (1999), a adoção de uma proposta pedagógica transformadora, deve considerar a realidade dos serviços, os diferentes perfis epidemiológicos, o trabalho habitual do profissional de saúde, bem como a caótica condição de saúde da população brasileira, como elementos norteadores da formação profissional e da assistência à saúde. De acordo com as autoras, a diretriz pedagógica de postura transformadora deve contemplar a realidade e os saberes dos homens, pois tal contexto, não pode ser visto como um fenômeno alheio à relação ensino/aprendizagem.

Diante desta afirmação e retomando os conceitos de planejamento, que pressupõem a abordagem do contexto social, gostaria de enfatizar a valorização atribuída pelos enfermeiros à necessidade de contemplar, em suas atividades educativas, a realidade onde sua clientela está inserida.

A Importância de Conhecer o Contexto dos Clientes.

Ao longo deste estudo, venho destacando que, para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde, é essencial que os profissionais envolvidos neste processo, conheçam a realidade da população, para que possam planejar e executar ações dirigidas às reais necessidades dos indivíduos.

Apesar dos enfermeiros participantes da pesquisa, não terem mencionado, no planejamento de suas atividades educativas, a necessidade de conhecer o contexto social dos clientes, quando perguntei o que pensam em relação a esta conduta, todos eles reconheceram sua importância. E assim, alguns deles, expressaram suas opiniões:

Procuro conhecer os recursos financeiros, condições de moradia, procedência, locomoção e horários disponíveis. Rubi

É muito importante, pois procuramos conhecer os problemas. Ouro

Faço uma investigação, tem aquele questionarizinho. Pergunto sobre perdas, perdas econômicas ou de um familiar. Escolaridade e salário não são abordados. Esmeralda

Estes depoimentos condizem com um dos pressupostos gerais da pedagogia progressista, apresentado por Libâneo (1994,1999), que ressalta a impossibilidade da condução de um processo educativo, que considera o indivíduo fora das circunstâncias históricas e do contexto em que vive e trabalha. Segundo o autor, o indivíduo e a sociedade não são abstrações, são entes concretos, são produtos da existência material.

Desta forma, o planejamento das atividades educativas deve ser elaborado a partir do levantamento de informações acerca de um determinado contexto social, num tempo e lugar específicos, e, a partir dessas informações, devem ser estabelecidas necessidades, prioridades, objetivos e estratégias. O conhecimento

da realidade do sujeito, possibilita a expressão de sua singularidade e estimula sua capacidade transformadora.

Nesta perspectiva, o enfermeiro **Cristal**, informou que planeja suas atividades a partir das necessidades do cliente, conforme seu depoimento:

Planejo minhas atividades a partir das áreas de necessidade do cliente e o que ele quer saber [...] eu tenho que identificar as áreas de necessidade, de deficiência de conhecimento e também de interesse da clientela, porque se não nada vai acontecer [...] para que eu possa ajudar o cliente na sua problemática, eu tenho que conhecer melhor sua realidade, social, psicológica. **Cristal**

Segundo Zago (1992), o ato de ensinar não é unilateral, mas, sim, um processo interativo e complexo que deve ser iniciado a partir das necessidades pessoais de aprendizagem, e requer a percepção das características psicossociais do indivíduo, senão, pode ficar reduzido ao simples ato de “dar informações”.

Todo o processo educativo depende do conhecimento do educador, referente às características, condições e problemas da realidade na qual irá atuar, pois é com base neste conhecimento, que serão formulados os objetivos e traçadas as estratégias de sua ação junto aos educandos.

Para Freire (1992), ao vislumbrar a realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem-comportado, os educadores tendem a dissertar sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos. Nesta postura, os conteúdos ministrados pelos educadores são simples retalhos do contexto social, desconectados da realidade em que se engendram e sem nenhuma significação. Os homens, conforme Freire (1984a), são seres em “situação” e é fundamental que sejam estimulados a refletir sobre sua própria situacionalidade, para que, desafiados por ela, possam agir sobre ela.

Diante do que foi apresentado, posso concluir que o conhecimento da realidade constitui-se no primeiro passo da caminhada em busca de um efetivo processo de educação em saúde. O cumprimento desta etapa, fornece ao educador bases sólidas para o planejamento e desenvolvimento de ações educativas voltadas aos anseios e reais necessidades de sua clientela, eliminando o risco de realizar atividades descontextualizadas e vazias, que, possivelmente, sequer despertarão o interesse das pessoas. Estas, por sua vez, beneficiam-se da oportunidade de dialogar sobre suas condições de vida, desvelando-as, criticando-as e, por fim, superando-as.

Lopes (1998) recomenda que não havendo possibilidade de se fazer um levantamento detalhado e amplo da comunidade, deve-se, ao menos, realizar no grupo em que se pretende trabalhar. Trata-se de uma forma de reduzir os fatores limitantes nas atividades, pois somente ao buscar conhecer as características, expectativas e necessidades dos educandos, bem como as condições de vida às quais estão submetidos, o educador poderá definir a situação adequadamente e fazer um planejamento que possa ter seus objetivos alcançados, com uma proposta realmente necessária e metodologia conveniente aos sujeitos.

Retomando as falas dos enfermeiros, foi possível observar que estes acreditam que é necessário conhecer a realidade onde os clientes estão inseridos e valorizam este procedimento, contudo, seus depoimentos revelam que a realização do levantamento de informações é bastante limitada. Tal constatação pôde ser confirmada durante o período de coleta de dados, mediante a análise documental e a observação da execução de suas atividades.

Visando conhecer melhor como se processa esse levantamento de dados, solicitei que os enfermeiros informassem os mecanismos utilizados com o intuito de investigar e levantar informações acerca do modo de vida de seus clientes. As respostas foram unânimes e indicaram a utilização de um roteiro, aplicado durante a realização das consultas de enfermagem:

Na consulta de enfermagem, realizamos entrevistas e preenche-se o histórico de enfermagem, não com muita frequência. Rubi

Na consulta de enfermagem, usamos um questionariorzinho.

Esmeralda

Obtemos as informações na consulta de enfermagem. Ouro

Durante o processo de observação das consultas, pude constatar que existem dois instrumentos de coleta de dados que norteiam as consultas de enfermagem. Um destes instrumentos (Anexo D) pode ser considerado como oficial, pois é reconhecido e adotado, pela chefia do serviço de enfermagem da UNPEX e pelos demais enfermeiros que ali atuam. O segundo instrumento (Anexo E), é utilizado por apenas um dos enfermeiros, tendo sido elaborado por este profissional, a partir dos pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem (já mencionado anteriormente) e representou uma das etapas da sua tese de Doutorado.

Os enfermeiros ainda não chegaram a um consenso, quanto ao instrumento que deverá ser utilizado no serviço. Argumentam com frequência sobre a dificuldade de realizar o levantamento de dados, devido à escassez de tempo, reconhecem que o modelo oficial apresenta falhas, mas alegam que o outro é muito extenso.

Ao fazer uma análise comparativa entre os dois instrumentos, pude constatar que o modelo utilizado pelo serviço é o menos adequado, pois é constituído essencialmente por questões fechadas e mesmo que, de certa forma, possibilite a exploração dos itens abordados, falha em centrar-se no aspecto puramente biológico e na ocorrência de doenças. Não se preocupa em estabelecer uma abordagem do contexto social do cliente e limita-se, tão somente, a investigar, através de perguntas objetivas, se a vida familiar é satisfatória, se existem problemas e se houve perda de entes queridos.

Em relação ao segundo modelo, trata-se de um instrumento mais abrangente, constituído por questões abertas, mas que, como o anterior, está bastante direccionado por itens excessivamente associados às características biomédicas dos clientes. De forma positiva, porém, preocupa-se em investigar aspectos relativos à renda e estrutura familiar, religião, nível de instrução, condições de moradia, interação e relacionamento familiar e social. Na prática, pude perceber que ao utilizá-lo, a enfermeira consegue ter uma boa noção do contexto social do cliente.

Tais constatações não servem apenas para representar minha preferência por um dos modelos ou para indicar que um deles é mais adequado que o outro. O que se mostra importante e fundamental é a necessidade dos enfermeiros chegarem a um acordo quanto ao instrumento a ser utilizado. Pelo fato deste segundo modelo estar baseado na Teoria de Orem, é necessário discutir com o grupo e até mesmo com o Serviço de Enfermagem da instituição, a adoção, quem sabe, desta teoria como norteadora das condutas de enfermagem. O que é mais preocupante, em minha opinião, é a existência de dois instrumentos em conflito, o que, em última análise, inviabiliza um preciso mapeamento da clientela.

Acredito, contudo, que o entrave não pode ser resumido apenas ao tipo de instrumento a ser utilizado; a questão é bem mais ampla. Durante a observação das consultas e análise dos prontuários, pude detectar que o levantamento de dados, na maioria das situações, não é realizado por todos os enfermeiros. A principal justificativa é a falta de tempo e a extensão do instrumento, e nesse momento, permito-me colocar o seguinte questionamento: se existem enfermeiros que realizam esta atividade, por que os outros não conseguem? Na verdade o fato é que a utilização ou não do instrumento tem sido colocada como fazendo parte de uma decisão de carácter pessoal de cada um dos profissionais. A postura dos enfermeiros e não uma determinação institucional rigidamente estabelecida tem norteado as ações neste sentido.

Um dos enfermeiros afirmou que o conhecimento da realidade seria importante, porém não o realiza porque o horário de trabalho é reduzido frente à

grande quantidade de atividades a serem executadas, e, alguns deles revelaram que só o fazem quando têm disponibilidade de tempo, pois como este é escasso, o trabalho se torna difícil.

A questão do tempo tem sido apontada, não só no presente estudo, mas em diversos outros, como uma das grandes dificuldades na atuação profissional, tanto na área da saúde, como na educação. Não se pode negar que, na atual conjuntura, as instituições voltadas a estas finalidades encontram-se organizadas de forma a atender as recomendações vigentes, não dirigidas às reais necessidades da população, e por isso mesmo, tão ineficientes.

Em um dos seus trabalhos, Freire (1983) criticou a postura dos profissionais que alegam a questão do tempo, como se fosse algo indestrutível, e que assim, procuram explicar a ação antidialógica de seus trabalhos.

A justificativa de que se gasta muito tempo na aproximação com o educando e no conhecimento de sua realidade é muito freqüente. A demora na realização destas ações é simplesmente ilusória, pois representa um tempo que se ganha em solidez, em segurança, em autoconfiança e interconfiança e que só é possível quando se estabelece o diálogo. Consome-se mais tempo, ainda que ilusoriamente ganho, quando se trabalha com verbalismos, ou seja, quando se utilizam palavras sem sentido, que não vão ser incorporadas pelos educandos (FREIRE, 1983; VASCONCELOS, 1997).

Em nome da falta de tempo e do excesso de obrigações a cumprir, o que se faz é perder qualidade, com discursos cujo conteúdo é vazio e que, no máximo, irão ser passivamente recebidos, memorizados e depois repetidos, mas, nunca aprendidos e apreendidos, não gerando transformações.

As relações homem-mundo devem constituir o ponto inicial do “que-fazer” educativo e, por isso, não é possível pensar em planejamento, sem que se faça um levantamento de informações acerca da realidade dos educandos. O tempo que é “gasto” nesta etapa é recuperado na implementação de ações realmente efetivas, mediante a utilização de estratégias e recursos adequados, condizentes com a

linguagem, as crenças, a bagagem cultural e as expectativas da clientela. Além do fato de que, ao se adquirir experiência em determinada atividade, pode-se reduzir o tempo a ela destinado. Assim, é preciso dar o primeiro passo para aprender a caminhar.

Adotando este ponto de vista, Lopes (1993) destaca a importância do planejamento participativo, que se caracteriza pela integração efetiva entre a educação e a realidade social, primando pelo inter-relacionamento entre teoria e prática. Sugere a configuração do universo sócio-cultural dos educandos, possibilitando assim a caracterização dos seus interesses e necessidades, que servirão de base para a ação educativa. Nesse sentido, pesquisar os educandos objetivando identificar o que eles já conhecem, ao que aspiram e como vivem, será uma tarefa imprescindível.

Nesta mesma perspectiva, dois dos enfermeiros participantes chamaram atenção para a importância de valorizar o conhecimento prévio dos clientes. De acordo com estes profissionais:

A gente tem que reconhecer a sabedoria que eles tem e associar o conhecimento que eu tenho [...] Eu junto o saber dele ao meu saber, a gente constrói o nosso saber, quer dizer, esse cliente sai com um novo saber construído.

Cristal

É uma troca de experiências. A gente tá educando e também tá sendo educado, porque tem a experiência dele. [...] A gente tem que estimular, valorizar o conhecimento dele.

Esmeralda

Em um processo educativo, e neste se incluem as ações de educação em saúde, não se pode ignorar as experiências trazidas pelos educandos, sejam referentes a situações de vida ou de relações pessoais, além da multiplicidade de informações e conhecimentos de que são possuidores. Portanto, a identificação destes aspectos e dos temas ou problemas que se mostram mais importantes para os

educandos, constitui-se em um fator relevante na construção das atividades educativas.

Este mecanismo de troca, apontado pelos enfermeiros, está respaldado por Freire (1992, p.68), quando afirma que “o educador não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”.

A partir desta afirmação, chamo atenção para dois aspectos fundamentais da tendência pedagógica progressista: o diálogo e a horizontalidade na relação educador-educando, que é importante em todas as etapas do processo educativo. Sendo assim, acho pertinente apresentar as colocações dos enfermeiros *Cristal* e *Esmeralda*, que se referiram à maneira como se realiza a interação entre o profissional e o cliente, como um ponto fundamental no levantamento de informações acerca da clientela:

O principal mecanismo é o diálogo. Um diálogo que incentive o cliente a passar as informações e seus sentimentos. Um diálogo participativo, aberto, que ele se sinta valorizado e que ele perceba que você tem tempo disponível para eles. *Cristal*

Deve-se usar a empatia, sabendo ouvir o cliente, automaticamente contam a sua a realidade a quem confiam. *Esmeralda*

A postura destes profissionais, representada pelos seus depoimentos, revela uma aproximação com os pressupostos da pedagogia progressista. O enfermeiro *Cristal*, já havia informado que se utiliza dos fundamentos teóricos desta tendência pedagógica para respaldar suas ações educativas e *Esmeralda*, mesmo revelando que atua sem um referencial teórico específico da educação, manifestou interesse na aquisição de conhecimentos nesta área. Acredito que, o posicionamento destes profissionais pode significar a abertura e a disponibilidade para a

implementação de abordagens educativas mais condizentes com as novas perspectivas de promoção e educação em saúde.

Retornando à questão da relação educador-educando na concepção da educação crítica e progressista, faz-se necessário resgatar algumas considerações teóricas inerentes a esta temática. Referimo-nos, principalmente, à necessidade do diálogo, que dentro desta perspectiva, assume um espaço importante, como uma forma de estabelecer ligações entre diversos contextos envolvidos no processo educativo, gerando oportunidades para a superação das desigualdades e exclusões.

O diálogo estabelece uma relação horizontal entre dois pólos, nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se de amor, de humanidade, de fé, de esperança, de confiança e, por isso, só o diálogo comunica. É tido, pela corrente progressista da educação, como o ato desvelador da realidade, fundamentado na criatividade e que estimula a reflexão e ação verdadeiras dos homens sobre a realidade, que é a busca e a transformação criadora (FREIRE, 1984a; 1984b; 1992).

Ainda, segundo Freire (1983), o diálogo é o único caminho para o humanismo. E, ser dialógico é não invadir, é não manipular, é empenhar-se na transformação constante da realidade. Para o autor, o diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos.

Assim, somente através do diálogo é que os educadores aproximam-se de uma postura mais humana e que se insere na tradição humanista. Através dele pode-se combater o antidiálogo, ou seja, todas aquelas concepções pedagógicas de base autoritária tão presentes na nossa formação histórico-cultural, mas tão antagônicas ao atual clima de mudanças.

A educação tradicional, tendência bastante difundida socialmente e perpetuada através da maioria das ações educativas, não permite que o homem se afirme como pessoa, que atue como sujeito, que seja autor da história e que se realize nesta ação, impedindo-o de tornar-se verdadeiramente homem.

Vale, aqui, um alerta: quando falo em educadores, não estou me referindo apenas àqueles que estão inseridos em um contexto escolar ou que estão vinculados a uma situação formal de ensino. Refiro-me a todas as pessoas que, de alguma forma, participam de processos educativos. Evidentemente que, de maneira especial, estou pensando naqueles que desenvolvem ações de educação em saúde. Dentre estes, encontram-se os enfermeiros, alvo maior deste estudo de caso, e para quem as noções de diálogo, de humanismo, de relação horizontal, de confiança, representam um lugar-comum nos discursos e no dia-a-dia do exercício profissional.

Na sua formação para a prática do cuidar, o enfermeiro está constantemente sendo colocado diante de teorizações que, de uma maneira ou de outra, expressam a importância dos valores humanistas e da postura dialógica como parte inerente a sua atuação. Por isso, talvez, não sejam conceitos estranhos a nenhum enfermeiro que tenha tido uma satisfatória formação acadêmica. Entretanto, é minha opinião que, estes conceitos são trabalhados, apenas, abstratamente e tendem a se transformar em palavras vazias lançadas ao vento.

Nas ações em saúde, a despeito do que se tem dito e do que se tem pregado incessantemente ao longo do tempo, utiliza-se, constantemente, métodos e estratégias de dominação tipicamente tradicionais, na qual o educador/enfermeiro é o detentor do saber e o educando/cliente, o depósito. Ao mesmo tempo, dadas as características de uma sociedade perpassada por uma extrema desigualdade social, o profissional de enfermagem não tem possibilidade de (e, talvez, nem mesmo desejo) enxergar o seu cliente como alguém que lhe é semelhante, como um igual, como alguém "digno" de manter com ele (enfermeiro) uma relação de diálogo.

A desigualdade social extremada associada a uma cultura da exclusão, ambos resultantes de um longo processo histórico que separou, como em nenhuma outra nação, a elite do povo, torna incrivelmente difícil o cumprimento dos pressupostos fundamentais do humanismo ocidental: a existência de indivíduos iguais em direitos e que reconhecem, no outro, alguém que lhe é semelhante. Este sentimento de humanismo que hoje em dia tem sido mais bem descrito como

sentimento de cidadania, tem que ser ainda conquistado pela escola, pela ciência da enfermagem, enfim, pelo nosso país. Até lá liberdade, humanismo e confiança continuarão, infelizmente, fazendo parte de um conjunto de belas e abstratas palavras que o vento levou.

Um ponto importante que necessita ser abordado nesta investigação, é o tratamento dado às informações coletadas. Valorizar e procurar conhecer o modo de vida dos clientes, as condições socio-econômicas às quais estão submetidos, a maneira como se relacionam com seus familiares e com a comunidade, sua bagagem cultural, crenças e conhecimentos prévios, não é suficiente para melhorar e tornar as práticas de educação em saúde mais efetivas.

Os dados coletados não podem ser simplesmente registrados, com a finalidade de cumprir uma das funções do enfermeiro, que é realizar a consulta de enfermagem, que inclui, além do exame físico, o levantamento de informações sobre o cliente. Estas informações devem ser utilizadas para dar suporte e dirigir as condutas e intervenções, não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais que atuam junto à clientela.

Quando perguntei a respeito do tratamento que é dado às informações coletadas, a maioria dos enfermeiros que integraram o presente estudo, respondeu que as informações são registradas em impressos específicos e ao que parece, são utilizadas apenas como uma listagem de problemas, e muitas vezes, servem para nortear o encaminhamento a outros profissionais. A seguir, serão apresentadas algumas destas respostas:

As informações são registradas no histórico de enfermagem e na evolução.

Rubi

Forneço orientações e encaminhamento para outros membros da equipe multidisciplinar.

Ouro

Se o problema é social, a gente encaminha para o Serviço Social, porque lá tem uma entrevista com os tópicos, onde se vai colocar todos os dados. Na parte psicológica, a gente encaminha para o psicólogo ou sessões de relaxamento. Esmeralda

Tomando como referencial, as colocações apresentadas, posso deduzir que a maioria dos enfermeiros ainda não despertou para a riqueza dos dados referentes à realidade dos clientes e para as imensas possibilidades de atuação que podem surgir a partir deles. Segundo Oliveira (2000), conhecer a realidade sem buscar agir sobre ela, transformando-a, é assumir a cômoda postura de quem simplesmente lava as mãos frente a um universo de fatos consumados.

A partir de suas falas, percebe-se que, ao identificar problemas fora da esfera biológica, os enfermeiros adotam como principal conduta, o encaminhamento a outros profissionais e não percebem, o valor de trabalhar com o contexto socio-historico-cultural da clientela. Ao apresentar tal afirmação, não estou sugerindo que os enfermeiros assumam a função da assistente social, da nutricionista ou da psicóloga (que acredito, desempenham papéis fundamentais na assistência aos clientes), mas penso que, quando se pretende trabalhar em uma perspectiva holística e humanista, tudo o que se refere ao cliente deve ser valorizado, senão, corre-se o risco de trabalhar compartimentando o ser humano.

O conhecimento da realidade dos clientes e os problemas nela detectados, devem tornar-se pontos de referência para a atuação do enfermeiro, principalmente, quando este desenvolve ações de educação em saúde. O levantamento de informações representa apenas o primeiro momento do processo educativo, pois a partir dele, devem ser definidos os objetivos a serem perseguidos, selecionam-se os conteúdos a serem discutidos, bem como, os procedimentos de ensino a serem utilizados.

Se o problema é social, a gente encaminha para o Serviço Social, porque lá tem uma entrevista com os tópicos, onde se vai colocar todos os dados. Na parte psicológica, a gente encaminha para o psicólogo ou sessões de relaxamento. Esmeralda

Tomando como referencial, as colocações apresentadas, posso deduzir que a maioria dos enfermeiros ainda não despertou para a riqueza dos dados referentes à realidade dos clientes e para as imensas possibilidades de atuação que podem surgir a partir deles. Segundo Oliveira (2000), conhecer a realidade sem buscar agir sobre ela, transformando-a, é assumir a cômoda postura de quem simplesmente lava as mãos frente a um universo de fatos consumados.

A partir de suas falas, percebe-se que, ao identificar problemas fora da esfera biológica, os enfermeiros adotam como principal conduta, o encaminhamento a outros profissionais e não percebem, o valor de trabalhar com o contexto socio-historico-cultural da clientela. Ao apresentar tal afirmação, não estou sugerindo que os enfermeiros assumam a função da assistente social, da nutricionista ou da psicóloga (que acredito, desempenham papéis fundamentais na assistência aos clientes), mas penso que, quando se pretende trabalhar em uma perspectiva holística e humanista, tudo o que se refere ao cliente deve ser valorizado, senão, corre-se o risco de trabalhar compartimentando o ser humano.

O conhecimento da realidade dos clientes e os problemas nela detectados, devem tornar-se pontos de referência para a atuação do enfermeiro, principalmente, quando este desenvolve ações de educação em saúde. O levantamento de informações representa apenas o primeiro momento do processo educativo, pois a partir dele, devem ser definidos os objetivos a serem perseguidos, selecionam-se os conteúdos a serem discutidos, bem como, os procedimentos de ensino a serem utilizados.

A Seleção dos Conteúdos

Uma das etapas mais significativas do processo educativo, refere-se ao momento destinado à seleção dos conteúdos. Sua realização não é tão simples como alguns imaginam, pois não basta indicar temas a serem transmitidos aos educandos, é preciso que esta seleção seja norteada por vários critérios e exige que o educador possua, além dos saberes relativos a sua área específica de atuação, um amplo conhecimento do contexto para o qual serão dirigidas as ações educativas.

Ao longo deste estudo, tenho procurado relacionar a educação em saúde às tendências pedagógicas predominantes no nosso país, e, pude perceber que na maioria das situações enfocadas, existe uma aproximação das práticas educativas aos pressupostos da tendência liberal/tradicional. Esta constatação fica bem evidente quando a análise das evidências dirige-se aos aspectos que dizem respeito à operacionalização das ações, entre os quais, encontra-se a seleção de conteúdos.

Segundo Meyer (1998), nas ações educativas que visam à promoção da saúde nas dimensões individual e coletiva, existe uma ênfase na higiene do corpo e do ambiente, e a prescrição de hábitos, atitudes e valores compatíveis com uma abstrata noção de “vida saudável”, que ainda permeia grande parte das posturas nessa área, mesmo naquelas que se concebem como progressistas e críticas, sem a devida contextualização e particularização dessas práticas.

Retornando à análise do Quadro III, relativo às atividades educativas realizadas pelos enfermeiros, todos reconheceram que tais atividades representam oportunidades para a realização de ações de educação em saúde. Diante desta constatação, foi perguntado a estes profissionais, quais as principais temáticas abordadas nas ações de educação em saúde e como estes conteúdos eram selecionados.

A maioria dos participantes respondeu que trabalham, junto aos clientes, conteúdos relacionados à patologia e ao tratamento, e, informaram que a seleção destes conteúdos é definida pelo profissional, a partir das recomendações do

Ministério da Saúde e leitura de artigos e consensos. A seguir, serão apresentadas algumas destas falas:

Os temas são relacionados à patologia e selecionados através da leitura de artigos e consensos. Rubi

Os conteúdos abordados nas atividades são selecionados a partir das recomendações do Ministério da Saúde. Lazurita

Cada enfermeiro seleciona o tema a ser discutido.[...] Me baseio nos livros. Esmeralda

Ao observar tais depoimentos e ao relacioná-los com as características pedagógico-didáticas das tendências educacionais, não é difícil evidenciar a influência dos fundamentos liberais/tradicionais referidos anteriormente. Como tivemos a oportunidade de demonstrar no capítulo 3, estas pedagogias centram no educador todas as decisões, bem como a condução do processo educativo, a seleção de conteúdos configura-se em uma prática vertical sem a participação do educando e as temáticas não correspondem ao seu cotidiano, nem à sua realidade social.

Colaborando com estas argumentações, Libâneo (1999) assinala que, as idéias liberais norteiam a adoção de medidas que visam desenvolver no educando comportamentos de cooperação, a fim de inseri-lo de maneira positiva no meio social já dado, jamais questionado. Lembra, ainda, que o educando não é um ser abstrato e não existe uma personalidade humana básica, universal, padrão. O que a pessoa é, está intimamente relacionado às condições concretas de vida. A ação pedagógica pressupõe, portanto, a compreensão do significado social de cada comportamento, no conjunto das condições de existência em que ocorre.

Nesta mesma linha de pensamento, Sabóia (1999) considera que, a influência do ideário liberal nas propostas de desenvolvimento de educação em saúde formuladas por enfermeiras é claramente identificável, quando se constata que o dualismo entre teoria e prática persiste nos discursos e nas ações das enfermeiras,

e, aponta como um dos indicativos desta influência, o fato de que os conteúdos não estão relacionados com o cotidiano da clientela e são transmitidos como verdadeiras receitas.

A postura indicada pelos profissionais participantes deste estudo não difere das práticas realizadas na maioria dos programas que, têm como um dos seus objetivos, desenvolver ações educativas. O resgate da literatura pertinente a estas questões, representado por discussões e análises de inúmeras experiências realizadas no Brasil, permitiu a demonstração desta evidência e indicou, como suas principais causas, a formação acadêmica dos profissionais, associada ao modelo neoliberal de nossas instituições.

Mesmo diante de tais constatações, é fundamental que, ao desenvolver atividades de educação em saúde, o profissional selecione conteúdos essencialmente relevantes, capazes de motivar no educando, uma conduta deliberada e intencional que possibilite sua participação ativa no processo educativo. As temáticas que deverão ser apresentadas e discutidas, precisam ter significado para o educando, devem ter relação com sua vida, com seu dia-a-dia e com suas necessidades, para que possam despertar a disponibilidade para aprender/apreender, e assim, modificar ou adquirir uma determinada conduta.

Como assinala Figueroa (1997), a educação em saúde têm como finalidade favorecer a comunicação para possibilitar a percepção e o significado do que se pretende ensinar, permitindo uma atitude ativa e dinâmica que envolve a pessoa numa permanente gestação renovadora. Para tanto, deve ser utilizada como uma estratégia para ajudar as pessoas a perceberem e discutirem seus problemas e suas experiências com a doença, muito embora, esteja limitada por ações que perpetuam a idéia de que cada pessoa é culpada por sua condição de vida.

Ao focar a questão dos conteúdos, considero pertinente apresentar alguns conceitos e características desenvolvidas por educadores e que, poderão facilitar, no âmbito da educação em saúde, a compreensão de suas finalidades e a

necessidade de estarem relacionados ao contexto socio-cultural-econômico dos educandos.

De acordo com Turra et al. (1984), os conteúdos representam o conjunto, rico e variado, de conhecimentos, que possibilita ao educando desenvolver suas capacidades, ao mesmo tempo que lhe esclarece suas relações com os outros e com o meio onde vive. A seleção de conteúdos deve considerar os elementos apontados na etapa de levantamento de informações acerca dos educandos e que se referem aos seus interesses, necessidades, características da realidade onde estão inseridos e o conhecimento que já possuem.

Recordando algumas falas transcritas na sub-categoria relativa ao conhecimento da realidade dos clientes, os enfermeiros foram unânimes na defesa e valorização desta postura, contudo, como foi discutido na oportunidade e, novamente evidenciado, este ponto de vista não se configura em uma prática efetiva. Na maioria das situações observadas, as informações obtidas mediante o instrumento utilizado na consulta de enfermagem (quando utilizado), não são vistas como fontes privilegiadas, norteadoras do processo de seleção dos conteúdos. Em geral estes, restringem-se aos aspectos ligados à doença e são obtidos, somente, a partir de livros e recomendações dos programas elaborados pelo Ministério da Saúde.

Percebe-se o equívoco de tal postura, quando se verifica, como por exemplo, na obra de Libâneo (1994), que os conteúdos são o conjunto de conhecimentos, habilidades, hábitos, modos valorativos e atitudinais de atuação social, organizados pedagógica e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa e aplicação pelos educandos em sua vida prática. Segundo o autor, a seleção dos conteúdos deve considerar não só a bagagem de conhecimentos e habilidades dos educandos, mas também a experiência da prática social vivida por eles, representada pelas condições de sociais de vida e de trabalho, o cotidiano, os aspectos culturais, a linguagem, enfim, os problemas e desafios existentes no contexto em que vivem.

Este aspecto é tão importante que Bordenave e Pereira (1984), utilizam o termo *experiências* de aprendizagem, em substituição à palavra *conteúdos*, por a

considerarem uma expressão estática que fornece apenas uma idéia de conhecimentos e fatos, enquanto que, *experiências* indica também as vivências que o educando experimenta nas diversas situações de ensino-aprendizagem. Nesta mesma perspectiva, Martins (1993) ressalta que, no processo de seleção e organização dos conteúdos é preciso levar em conta as condições psicológicas e as necessidades sócio-econômicas e culturais dos educandos, como também suas experiências anteriores.

Numa abordagem que se preocupa em relacionar educação e sociedade, Saviani (1986) afirma que, diante das mudanças e transformações constantes da sociedade, é preciso que os conteúdos formais, fixos e abstratos tornem-se reais, dinâmicos e concretos. O educador deve observar o caráter dinâmico da realidade e assumir uma de suas tarefas primordiais: a difusão de conteúdos vivos e atualizados.

Assim, diante de tais definições e confrontando-as com a perspectiva da educação em saúde, pode-se inferir que, as orientações sobre a doença, a terapêutica, os cuidados e as possíveis complicações são necessários para que os clientes optem por mudanças de hábitos e maneira de viver, mas não são suficientes. A modificação do comportamento e as adaptações/adequações do modo de vida implicam em algo mais do que adquirir um conhecimento, é preciso que o cliente o assimile, reelaborando-o e transformando-o em instrumento de ação para que possa atuar na realidade, ou seja, o cliente deve tornar-se sujeito do processo educativo.

Como afirma Freire (1983), em esclarecedora passagem acerca do processo de aprendizagem, só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do aprendido, transformando-o em apreendido, com o que pode por isso mesmo, re-inventá-lo; aquele que é capaz de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas. Ainda segundo o autor, a educação autêntica não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Desta forma, os educadores não podem, jamais, doar aos educandos conteúdos que pouco ou nada tenham a ver com seus anseios, suas dúvidas, com suas esperanças, com seus temores. Conteúdos que, às vezes, só aumentam seus temores. Nosso papel não é falar ao educando sobre

a nossa visão, a nossa opinião, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa (FREIRE,1992).

Alguns relatos obtidos mediante a coleta de evidências do presente estudo, aproximam-se dos conceitos e fundamentos apresentados. Os enfermeiros **Cristal** e **Ouro** revelaram esta proximidade, ao informar que selecionam os conteúdos a serem trabalhados nas atividades de educação em saúde, de acordo com as necessidades dos clientes. Segundo estes profissionais:

Seleciono os temas a partir das necessidades dos clientes ou os temas são escolhidos por eles. **Ouro**

Eu investigo o que os clientes querem, suas necessidades e indico uns temas para ver se despertam o interesse deles. **Cristal**

De acordo com estas falas, fica evidente a preocupação dos enfermeiros com os desejos, necessidades e expectativas dos clientes. Os conteúdos não são impostos, mas selecionados com base nas indicações e interesse dos clientes. Assim, pode-se inferir que, estes profissionais procuram estabelecer uma relação de horizontalidade no processo educativo, que permite a participação da clientela. Complementando, afirma **Cristal**:

A indicação dos temas parte da minha experiência do dia-a-dia, de um assunto que está em pauta, de um dado epidemiológico e também, de referências bibliográficas. [...] Falo de participação, de cidadania.

Como já afirmei anteriormente, posturas adequadas, porém isoladas, não são capazes de modificar a estrutura de programas estabelecidos dentro de uma perspectiva tradicional. É preciso que os profissionais dirijam seus esforços para um mesmo objetivo, para assim, poder alcançá-lo.

Todas as etapas do processo de educação em saúde devem estar baseadas na mesma linha de pensamento e, como as demais, a seleção de conteúdos é um trabalho cuidadoso, coerente e que requer conhecimentos e habilidades do educador. Não se trata apenas de uma simples listagem de temas e assuntos para discussão, e, apesar de complexa, não é uma tarefa impossível, ao contrário, é viável e quando adequada, proporciona resultados surpreendentes.

Vale ressaltar que este não é um processo aleatório, visto que pressupõe adequação aos objetivos que se pretende atingir, aos recursos de ensino empregados e às expectativas dos educandos. Dentre os vários critérios que devem ser considerados, apresentarei alguns que acredito serem mais pertinentes e que se encontram em Turra et al. (1984):

- Validade - os conteúdos devem ser dignos de confiança, mas, principalmente, representativos.
- Flexibilidade - refere-se às possíveis modificações, adaptações, renovações ou enriquecimentos que podem ser feitos nos conteúdos selecionados, a fim de atender às necessidades dos educandos e da realidade.
- Significação - deve despertar o interesse do educando, levando-o a aprofundar o conhecimento por iniciativa própria. A significação está sempre vinculada à realidade do educando.
- Possibilidade de Elaboração Pessoal - refere-se à recepção, assimilação e transformação da informação pelo educando.
- Utilidade - representa a harmonia dos conteúdos com as exigências e características do meio em que vivem.

A adoção desses critérios possibilita a seleção de conteúdos que despertam o interesse do educando, pois não representam informações vazias, isoladas e distantes do seu cotidiano, ao contrário, mantêm uma estreita relação com sua realidade, permitindo que ele se perceba como um ser integrado e, principalmente,

atuante no processo de ensino-aprendizagem. Ao educador cabe ter sempre em mente, que o educando é um ser dinâmico, em constante interação com o mundo em que vive, que possui conhecimentos, crenças e valores historicamente construídos e que não pode ser submetido à simples imposição de condutas, que os educadores acreditam ser ideais.

Corroborando com esta visão do processo educativo, Gadotti (1984) afirma que, o educador não pode impor a teoria aprendida à sua prática, como se o conhecimento que ele tem da realidade (obtido através dos livros), fosse a realidade em si. Segundo o autor, entenderemos de educação ao entendermos o homem concreto, suas necessidades básicas e suas privações.

Relacionando o que se disse, até agora, à realidade enfocada no presente estudo, creio ser oportuno e necessário fazer referências a algumas evidências obtidas durante a observação das consultas de enfermagem. É relevante assinalar que, no que diz respeito à postura dos profissionais diante da clientela, de modo geral, os enfermeiros se conduzem satisfatoriamente. Mantêm uma boa interação com os clientes, são acolhedores, cordiais, utilizam-se de linguagem adequada e acessível e, realmente, demonstram interesse e disponibilidade para atendê-los e ouvi-los, além de fornecer orientações relacionadas à doença e ao tratamento.

Foi possível constatar que em diversas oportunidades, alguns enfermeiros procuraram, a partir do conhecimento dos clientes ou de algum dado referente ao seu contexto social, traçar condutas ou realizar ações educativas condizentes com as necessidades e a realidade do cliente. Porém, na maioria das situações observadas, estes profissionais não se utilizaram, de forma sistemática, do conhecimento da realidade dos clientes para nortear sua prática educativa, e, quando o fizeram, foi de maneira incipiente e/ou inconsciente.

Nesse sentido, mais uma vez, reforço a necessidade do planejamento das atividades de educação em saúde, com o estabelecimento de objetivos, conteúdos, métodos e ações a serem desenvolvidos. Este planejamento deve ser construído

conjuntamente, com a clientela e equipe de profissionais, visando à equidade e adequação no atendimento à comunidade.

Um outro aspecto observado, diz respeito às características das informações e orientações dirigidas à clientela, centradas na doença e tratamento, além da ênfase na checagem do cumprimento das recomendações terapêuticas. Na grande maioria das vezes, os enfermeiros repetem uma lista de indagações, das quais posso citar: “a sua alimentação é com pouco sal e gordura?”; “está fazendo caminhada?”; “deixou de fumar?”; seguidas por orientações com o mesmo enfoque.

Em relação à postura dos clientes, foi possível perceber que eles já haviam memorizado as prescrições e recomendações, e, quando argüidos, respondiam corretamente, mas de forma automática. Quando inquiridos à respeito de estarem ou não seguindo o tratamento, por exemplo, quase sempre a resposta era positiva. podia-se detectar, porém, que os níveis pressóricos mantinham-se elevados, o peso estava acima do ideal e alguns, apresentavam indícios de complicações decorrentes da hipertensão arterial.

Ficou patente que, numa atitude inconsciente dos profissionais, mas de conseqüências devastadoras para o processo, inibia-se qualquer possibilidade, daqueles que poderiam ser classificados como os mais corajosos ou sinceros, de manifestarem suas dificuldades. Seus discursos eram, sistematicamente, interrompidos com colocações impositivas do tipo: “o senhor tem que insistir”; “isto é muito importante”; “faça um esforço”; “é necessário”; “é preciso”; etc.. O que poderia ser um espaço para discussão, resultava no calar do cliente. Este, temendo ser rotulado como rebelde ou desobediente - o que colocaria em risco o seu vínculo com uma instituição que, bem ou mal, lhe fornece medicamentos gratuitamente e lhe possibilita a realização de exames e consultas - prefere seguir com o jogo e manter-se submetido aos binômios: mentira/repreensão ; submissão/retorno.

Segundo Peregrino (2000), é preciso romper o sentido prescritivo e “conscientizador” das ações educativas dirigidas à clientela e buscar nestas, os elementos que permitam superar, coletivamente, as limitações deste fazer. Quando se

discute saúde, isso é feito com caráter prescritivo, e, é facilmente detectada a tendência de, ao “discutir”, disseminar, na verdade, “regras para o bem viver”, ou as chamadas “regras para o viver higiênico”. Mas a simples listagem dessas práticas, desacompanhadas das condições efetivas para aplicá-las; a simples menção dos preceitos individuais, sem que se discuta na mesma intensidade por que nem todos têm acesso aos mesmos; a indicação de práticas individuais, desconectadas (neutras e normativas) da análise efetiva das condições de vida; tudo isso poderá dar à clientela, unicamente a “consciência” de sua inadequação para a vida saudável, e mais nada. Como chama atenção a autora, neste tipo de postura a “consciência” se relaciona unicamente ao “saber” que os profissionais prescrevem para os outros e isso não implica de forma necessária uma captação e adoção das mensagens ou das recomendações por parte daqueles aos quais as prescrições foram dirigidas.¹²

Esta noção de consciência não tem relação com os pressupostos defendidos pelas tendências pedagógicas progressistas, que apontam a conscientização como o processo de desenvolvimento da consciência crítica, segundo a qual, as coisas e os fatos são percebidos a partir de suas relações causais e circunstanciais. Não é possível um compromisso verdadeiro com a realidade, e com as pessoas concretas que nela e com ela estão, se destes se tem apenas uma consciência ingênua. Aquele que se julga comprometido com um processo educativo autêntico, só o faz se tiver superado a noção de que a realidade é algo dado, estático e imutável (FREIRE, 1984).

Contudo, esta é a prática que mais comumente se observa no desenvolvimento das ações educativas em saúde (mas, não só nestas). O profissional de saúde, dentro dos moldes da mais pura educação liberal, assume a posição de detentor do saber e de verdades absolutas, respaldadas pela ciência, e, mediante uma relação vertical com o educando, torna-o depositário de seus conhecimentos. Muitas vezes, lança mão de um discurso que valoriza o saber do outro, mas na verdade, objetiva suprimi-lo, ignorá-lo ou substituí-lo pelo seu.

¹² Foram preservados os destaques de alguns termos, realizados por Peregrino (2000).

A partir desta mesma perspectiva, Valla (2000) argumenta que, talvez uma das coisas mais difíceis para os profissionais que lidam com as classes ditas subalternas é aceitar o fato de que o conhecimento também é produzido por eles. Assim, por mais que procurem ser respeitosos com as pessoas pobres da periferia, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa fazem com que o papel de tutor predomine nas suas relações com estes grupos. Ora, os saberes da população são elaborados a partir da experiência concreta, das suas vivências, que são vividas de forma diferente daquela vivida pelo profissional. Ao negligenciarem isso e ao procurarem impor o seu saber por acreditarem que o da população é insuficiente, os educadores não percebem que, na realidade, não se trata de um saber inferior ou superior. É apenas um saber diferente.

Ao se sobrepor a qualquer modo de pensar dos indivíduos, uma outra forma de pensar, que implica noutra linguagem, noutra estrutura e noutra maneira de atuar, se está imprimindo, na verdade, uma forma de invasão. Esta, por seu lado, desperta nestes indivíduos, uma reação de defesa ante ao “invasor” que ameaça romper seu equilíbrio interno (FREIRE, 1983). Como nós sabemos, a invasão cultural é uma atitude contrária a qualquer forma de diálogo, autoritária e anti-pedagógica, pois impede que o educando se afirme como pessoa, e se torne sujeito ativo do processo educativo.

Qualquer tentativa de se estabelecer uma formação profissional do educador em saúde que seja mais eficiente e transformadora do atual estado de coisas deve romper com o mito de que o saber sistematizado e oficial é, somente ele, verdadeiro e o único a ser valorizado. De acordo com Colomé et al. (1999), o importante é que se estabeleça uma aliança entre o saber popular e o saber científico.

Gostaria de deixar claro, por último, que estas minhas afirmações não incorrem necessariamente na pretensão de sugerir a utilização de um método pedagógico-didático específico, nem tampouco, de apresentar os critérios de seleção de conteúdos a este relacionados. Busco apenas, como explicitarei no terceiro objetivo deste trabalho, elaborar algumas recomendações, cuja base se encontra nos

pressupostos pedagógicos progressistas, e que me parecem mais adequados que os dos princípios pedagógicos do pensamento tradicional-liberal, mais predominantes e disseminados em todas as instâncias educativas. Defendo a adoção de um modelo pedagógico que leve em conta os determinantes sociais e que propicie o desenvolvimento de uma consciência verdadeiramente crítica. Uma pedagogia de inspiração holística, que não enxergue as pessoas em compartimentos estanques, aos pedaços. Que as veja como verdadeiramente são, em sua completude e sua humanidade. Uma pedagogia realmente humanista, que respeite o cliente como ele é e que não se configure como uma invasão cultural, que não priorize o acúmulo de informações, mas sim, a reelaboração, em conjunto, de dinâmicas que se traduzirão em comportamentos práticos, e numa nova perspectiva de ação, esta sim transformadora.

Mas, como bem alerta Libâneo (1999, 2000b), não basta sugerir que os educadores adotem determinadas tendências pedagógicas; é preciso que eles as critiquem, para que não resultem na disseminação de “novidades” de cunho pedagógico. Uma teoria realmente crítica (nas quais se apoiam as tendências progressistas) deve propor um processo formativo que englobe a totalidade do ser humano, nas suas dimensões física, afetiva e cognitiva. Porém, sua simples indicação não é suficiente, é preciso traduzir objetivos genéricos em práticas concretas nos locais de educação.

Uma adequada seleção dos conteúdos, que se proponha a um comportamento comprometido e transformador, não se dá com uma mera captação destes. A sua simples presença, por si mesma, não possibilita àqueles que os captam, obterem um verdadeiro conhecimento. É que a mera captação, seja dos objetos, seja das coisas, é um puro aperceber-se deles; não é, ainda, conhecê-los.

As Técnicas e Recursos de Ensino.

Para que se desenvolvam ações de educação em saúde eficientes é necessária uma rigorosa articulação entre conteúdos e métodos, mediante a apreensão do saber do educando e de seu meio, com seleção de conteúdos significativos e utilização adequada dos recursos e técnicas didáticas.

O emprego de estratégias/técnicas de ensino e recursos variados tem como finalidade principal, evitar que o ato educativo torne-se rotineiro e superficial, bem como, visa permitir a discussão de experiências e o desenvolvimento de processo de ensino-aprendizagem criativo, participativo e crítico.

As técnicas e recursos de ensino são complementos dos métodos e devem ser buscados com esta finalidade, ou seja, como instrumento auxiliar ao processo educativo em saúde. O educador deve ter este conceito sempre em mente, para que não se torne um dependente das técnicas ou um mero reproduzidor das mesmas (LIBÂNEO, 1994; LOPES, 1999).

Como já foi discutido anteriormente, o planejamento da atividade educativa deve estar baseado nas características da clientela, mas, além deste aspecto, é importante que se atente para as possibilidades do momento e a adequação do conteúdo, reservando-se um tempo para o preparo de materiais, para as dinâmicas e um cuidado com o conteúdo das atividades educativas. Para tanto, o enfermeiro deve estar embasado em um conhecimento didático-pedagógico e usar sua criatividade para lidar com as diferentes situações da prática e a carência de recursos humanos e materiais.

Atualmente, existem os mais variados recursos e estratégias de ensino à disposição dos educadores, cabendo a estes selecionar os que são mais adequados aos seus objetivos e possibilidades. Assim, com base nesta constatação, procurei investigar, junto aos enfermeiros participantes deste estudo, quais os meios de ensino por eles selecionados. As respostas obtidas serão apresentadas no quadro a seguir:

Quadro IV – Técnicas e Recursos de Ensino utilizados pelos Enfermeiros.

Enfermeiro	Técnicas de Ensino	Recursos
Rubi	Exposição oral	Álbum seriado - elaborado pelo profissional e retroprojektor.
Ouro	Exposição oral Dinâmicas de grupo – relaxamento	Álbum seriado, ilustrações, CDs para o relaxamento.
Lazurita	Exposição oral	Folhetos, guias de orientação padronizados.
Cristal	Diálogo participativo, com troca de experiências.	Álbum seriado e cartazes. Folhetos informativos que os clientes levam para ler em casa, junto com a família e retornam com as dúvidas..
Esmeralda	Exposição oral. A gente não tem aquelas dinâmicas, que era importante ter.	Retroprojektor e projetor de slides.

Diante das informações contidas no Quadro IV, foi possível perceber que quatro dos enfermeiros participantes da presente investigação, indicaram que utilizam a exposição oral como técnica de ensino.

É natural e esperado que a exposição oral seja a estratégia de ensino mais utilizada na educação em saúde, e esta constatação deve-se ao fato de ser uma das técnicas mais difundidas nos processos educativos, principalmente, naqueles realizados nos moldes da pedagogia liberal. Além disso, a exposição oral é bastante aceita pelos educadores, devido suas características de facilidade e praticidade para transmissão de informações.

De acordo com Libâneo (1994), a exposição verbal refere-se à exposição sistemática de um assunto, sendo considerado um método bastante valioso para a assimilação de conhecimentos, porém não deve ser utilizado de forma isolada e

constantemente, como se fosse a única opção possível. Ao realizar uma exposição oral, o educador não deve fechar-se no relato de fatos ou fenômenos, mas deve procurar estimular sentimentos, instigar a curiosidade, descrever situações reais, enfim, dinamizar o processo.

Freire (1992) chama atenção para o fato de que as relações educador-educando apresentam o caráter marcante de serem fundamentalmente “narradoras”, “dissertadoras”¹³ e que a tônica da educação é narrar conteúdos, que por isto mesmo, tendem a petrificar-se. Esta prática implica em um sujeito - o narrador e em objetos pacientes, ouvintes - os educandos.

Assim, ao optar pela estratégia de exposição oral, é preciso ter o cuidado de não abusar do verbalismo, nem utilizar-se de linguagem inadequada aos educandos. Vale lembrar que, o tempo médio que um adulto consegue manter-se interessado e atento, não passa de quarenta minutos e com o objetivo de motivá-lo, pode-se alternar esta técnica com outros recursos e estratégias, dentre os quais: a demonstração (forma de representar fenômenos e processos que ocorrem na realidade), a ilustração (apresentação gráfica de fatos e fenômenos, mediante esquemas e gravuras) e a exemplificação. Desta forma, a exposição pode deixar de ser um simples repasse de informações e se torna dinâmica, devendo, inclusive, permitir a participação efetiva dos educandos.

No contexto enfocado nesta investigação, a exposição oral constitui-se na estratégia mais eleita pelos enfermeiros, no desenvolvimento das sessões educativas, palestras de sala de espera e no momento educativo, que ocorre durante as sessões de relaxamento. Em geral, os profissionais escolhem um tema (na maioria das vezes, relacionado à doença ou tratamento) e discorrem sobre ele, utilizando-se ou não de recursos audio-visuais.

Na sessão educativa em que estive presente, o enfermeiro abordou aspectos relativos à etiologia, sintomas, complicações e tratamento da hipertensão arterial. Utilizou-se apenas da exposição oral, sem contar com nenhum recurso

¹³ Palavras destacadas por Freire (1992), no texto original.

visual; porém, procurou motivar os clientes, fazendo perguntas, citando exemplos e relatando histórias dos clientes. Demonstrou conhecer bem os participantes, pois os chamava pelos nomes e utilizou-se de linguagem acessível. Ao enumerar as recomendações que devem ser seguidas, abordou a questão da dificuldade financeira, valorizou a participação da família e enfatizou a importância de “viver bem, dentro das possibilidades”, como um mecanismo de gerenciamento do estresse. Um aspecto que chamou minha atenção foi o fato de estarem presentes na reunião apenas os clientes atendidos pelo enfermeiro responsável por esta atividade, o que pode representar uma ineficiência na divulgação da sessão educativa.

Confrontando a postura deste enfermeiro (durante a realização da sessão educativa) à sua fala apresentada no Quadro IV, percebe-se que ele assinalou a utilização do diálogo participativo, revelando que ele tem conhecimentos acerca das limitações apresentadas pela simples exposição oral, sem a participação dos clientes. Segundo Libâneo (1994), a conversação didática ou aula dialogada, não consiste meramente nas respostas fornecidas pelo educando às perguntas do educador, é algo mais, deve desenvolver nos alunos as habilidades de expressar opiniões fundamentadas e verbalizar suas próprias experiências, discutir, argumentar, refutar idéias, aprender a escutar, interpretar, além de proporcionar a aquisição de conhecimentos.

Também, tive a oportunidade de participar de duas sessões de relaxamento, cuja dinâmica já foi descrita e que gostaria de retomar, enfocando os aspectos didáticos do momento educativo. Uma das temáticas relaciona-se a diabetes mellitus (etiologia, tratamento, cuidados) e a outra, referia-se à importância do relaxamento no tratamento da hipertensão. Da mesma forma que na sessão educativa, o enfermeiro utilizou-se exclusivamente da exposição oral, contudo o tempo destinado a este momento foi menor, pelo fato de acontecer durante a sessão de relaxamento. O enfermeiro responsável por esta atividade, manteve um bom relacionamento com os clientes, chamava-os pelo nome, utilizou-se de um linguajar adequado e lançou mão de recursos auditivos, porém específicos ao relaxamento.

Quanto às palestras de sala de espera, já foi comentado que estão bastante reduzidas devido à estrutura física do local de atendimento, porém quando ocorrem, são realizadas mediante à exposição oral, sem contar com nenhum recurso auxiliar. Pude perceber que, estas palestras não tem sido avaliadas de forma satisfatória pelos profissionais que as realizam e, segundo o depoimento de um deles, os clientes não as valorizam, pois estão mais preocupados com a consulta e receosos de “perder sua vez”, fixam sua atenção na atendente de consultório que irá chamá-los. Diante de tais argumentações, seria importante avaliar a eficiência desta estratégia e rever sua dinâmica.

Apesar de não ter presenciado um grande número de atividades, de caráter exclusivamente educativo, acredito que, não seriam tão diferentes daquelas que pude observar. Esta minha afirmação está baseada em conversas informais que tive com os enfermeiros e nas respostas obtidas nas entrevistas realizadas, além do fato de que, as evidências apresentadas ao longo deste trabalho, apontam para a constatação de que as ações de educação em saúde desenvolvidas na Liga de Hipertensão, ainda estão bastante condicionadas aos pressupostos da educação tradicional (que utiliza como estratégia principal, a exposição verbal).

Retornando ao Quadro IV, observa-se que os recursos utilizados pelos enfermeiros durante as atividades educativas referem-se àqueles recomendados como auxiliares da exposição oral, tais como: cartazes, álbum seriado, retroprojetor/transparências e projetor de slides. Dois enfermeiros citaram que se utilizam de folhetos informativos (elaborados pelo Ministério e Secretária Estadual de Saúde ou pelos laboratórios farmacêuticos), que são fornecidos aos familiares, geralmente por ocasião da consulta. A utilização de folhetos, cartazes e álbum seriado já tem uma tradição de uso na saúde pública, sendo produzidos pelos órgãos oficiais de saúde (relacionados aos programas ou campanhas realizadas) ou elaborados pelos profissionais, e neste caso, podem ser bem mais eficientes, desde que estejam baseados nas características da clientela a que se destinam.

Contudo, em relação ao campo pesquisado, acredito que tais recursos poderiam ser mais aproveitados, como por exemplo: as salas onde são realizadas as consultas não dispõem de cartazes ou de qualquer outro recurso, que permitiram tornar as orientações mais dinâmicas e estimular os clientes a participar das atividades educativas. Seria interessante que houvesse cartazes com ilustrações alusivas aos alimentos recomendados, à redução da ingestão de álcool e fumo, bem como, painéis com fotos das atividades realizadas pelo serviço, tais como: sessões educativas, relaxamento, caminhadas, passeios, festas, dentre outras. A utilização deste material poderia ser estendida às palestras de sala de espera, com o objetivo de facilitar a atuação do profissional e chamar a atenção dos clientes.

Muitas são as estratégias e recursos que se dispõem para aplicação junto à clientela e que podem ser adaptadas à realidade, ou, pode-se até mesmo criar alguma que se adapte às necessidades e expectativas do grupo. A inovação dos meios de ensino tem como finalidade principal, tornar a atividade de educação mais interessante e menos cansativa, tornando-a mais participativa e dinâmica.

Para Sabóia (1999), nas ações desenvolvidas nos moldes tradicionais, o potencial do cliente ou o saber que traz consigo não são valorizados. As enfermeiras preparam as “palestras” com dedicação e esmero, porém, os resultados obtidos com a clientela, no sentido de alcançar as mudanças na forma de conduzir sua saúde, não atendem aos objetivos propostos. E, estes profissionais, parecem não entender que uma das causas do fracasso de suas ações está relacionada às próprias atividades, marcadas pela unilateralidade e impessoalidade.

Paulo Freire retrata muito bem esta situação, em sua fala dirigida aos educadores em geral. Em seu relato, pode-se perceber a adequação do seu pensamento às ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais desta área:

Ditamos idéias. Não trocamos idéias. Discursamos aulas. Não debatemos ou discutimos temas. Trabalhamos *sobre* o educando. Não trabalhamos *com* ele. Impomos-lhe uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda. Não lhe propiciamos meios para o pensar autêntico,

porque recebendo as fórmulas que lhe damos, simplesmente as guarda [...] (FREIRE, 1984, p.96).

Dentro desta perspectiva, é importante assinalar que, mesmo as pessoas que não tem domínio do ensino formalizado (saber ler e escrever), sabem pensar e decidir, e, têm poder de participar ativamente do seu processo de saúde. No entanto, o ato ligado ao ensino-aprendizagem continua mantendo as características formais de ensino, baseado em demonstrações de procedimentos, geralmente impessoais, abordando um saber não decodificado, como se fora para cumprir uma tarefa de ensino e não, necessariamente discutir experiências e formas de se cuidar (VALLA e MELO, 1986).

Em uma postura progressista é impossível inferir um método de ensino mecanicista, tradicional, estático e acrítico. Assim, com o intuito de estimular a participação dos educandos e permitir a discussão e a crítica dos conteúdos abordados, os educadores que atuam embasados nestes pressupostos, adotam com frequência, as estratégias de discussão e o trabalho em grupo.

Vale lembrar que, a relação dos métodos com um tipo de pedagogia não é de total dependência, ou seja, nada impede que um educador progressista lance mão da exposição verbal, como estratégia educativa, desde que não a utilize como única alternativa e concentre somente nele, a condução da atividade. Na verdade, a opção pelos meios de ensino depende da forma como são conduzidos; de sua adequação aos objetivos de ensino; da experiência do educador; das características socio-culturais dos educandos e de suas necessidades; do conteúdo a ser ministrado e do tempo disponível.

Um outro aspecto, enfocado por Stefanelli (1991) e Figueroa (1997), diz respeito ao fato de que, grande parte das ações de educação em saúde dirige-se à clientela adulta, como é o caso das atividades realizadas pelo grupo do presente estudo. Segundo as autoras, o usuário da saúde, como educando adulto, caracteriza-se por ser uma pessoa capaz de compreender-se a si mesmo e a seu ambiente, como também, orientar sua vida e conformar seu meio de acordo com seu próprio juízo; é

capaz de tomar consciência de como enfrentar sua vida, de visualizar e de decidir o que fazer, o que lhe permite enfrentar sua aprendizagem de forma clara e responsável.

Desta forma, visando atender as necessidades de aprendizagem de pessoas adultas, é necessário usar estratégias de ensino que aproveitem ao máximo as experiências anteriores das pessoas, dando ênfase à participação e ao envolvimento ativo dos educandos (STEFANELLI, 1991). É fundamental perceber que o adulto vive uma constante busca de experiências de aprendizagem úteis para conduzir sucessos específicos de vida e, por outra parte, espera participar de um processo de ensino-aprendizagem centrado em seus problemas de saúde, personalizado e relacionado com suas necessidades (FIGUEROA, 1997).

Vale ressaltar que, especificamente na realidade estudada, além de tratar-se de uma clientela adulta, as características próprias da hipertensão arterial configuram-se em fatores que devem ser contemplados do planejamento e execução das atividades educativas. A plena adesão ao tratamento é algo muito difícil, já que envolve vários aspectos, principalmente de ordem pessoal, social, econômica e cultural.

Como afirmam Campos e Leite (1999), a hipertensão arterial constitui-se numa típica doença de adaptação e de natureza comportamental, sensível portanto às influências do meio em que vive o indivíduo. Além disso, as medidas educacionais devem ter continuidade, devido às diversas causas de não-aderência, à natureza multifatorial da doença e ao seu modo peculiar de evoluir.

Mesmo não sendo objetivo desta investigação, indicar um método pedagógico específico (com seus respectivos meios de ensino), gostaria de apresentar algumas estratégias que podem ser utilizadas no desenvolvimento de ações de educação em saúde, as quais tive oportunidade de levantar mediante o contato com a literatura pertinente ao tema. Muitas das estratégias e dos recursos que serão apontados, já foram utilizados em diversas situações por enfermeiros, no desempenho do seu papel de educador e foram consideradas eficientes.

Enfocarei, especialmente, as atividades desenvolvidas em grupo (e, dentre estas as técnicas de discussão), por entender que são as que mais se identificam com a proposta de renovação da relação educador-educando, amplamente enfocada ao longo do presente estudo.

Segundo Alonso (1999), o processo educativo desenvolvido em grupo, valoriza a aproximação natural das pessoas, ao mesmo tempo em que, favorece o fortalecimento das potencialidades individuais e também grupais, na valorização da saúde, na utilização dos recursos disponíveis e no exercício da cidadania. Na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas e, nestas situações, o processo educativo tem um forte aliado, que é o ato de compartilhar os mais variados saberes e experiências, relacionadas aos cuidados para com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas.

Dentre as estratégias que envolvem a participação ativa dos educandos, pode-se citar o teatro, conceituada por Vieira (1999), como uma técnica de dramatização capaz de entreter, representar idéias, construir conhecimentos e interpretar ações e atitudes comportamentais da vida diária.

É uma prática acessível, adequada às atividades de educação em saúde, de fácil entendimento e que traduz com clareza as mensagens que se deseja comunicar, levando os participantes (é interessante que os atores sejam os próprios educandos) e a platéia, a refletir sobre seu cotidiano, o que pode ser essencial para o alcance de mudanças.

Stefanelli (1991) sugere como estratégia, o jogo simulado, que pode ser definido como a combinação entre as características do jogo (regras, competição, vencedores) com as da simulação (representação simplificada de algum evento ou processo real). O jogo simulado é bastante utilizado nas ações educativas, pois tem o propósito de apresentar informações, exercitar comportamentos da vida real em um universo simulado, avaliar desempenho e estimular respostas a situações

encontradas. O jogo prevê uma experiência central comum para todos os membros do grupo; a oportunidade de cada membro aprender com o outro; promove a participação ativa e interação entre as pessoas envolvidas.

Alguns aspectos devem ser considerados na aplicação desta estratégia: o jogo deve ser delineado de modo que os usuários se envolvam com ele; pode ter direção oral ou escrita (dependendo da clientela); deve ser simples (como por exemplo, os de trilha), pois jogos complexos são desestimulantes; e, é conveniente que se faça uma discussão após o jogo para avaliação da prática.

Uma outra técnica de trabalho em grupo, bastante dinâmica e que envolve a criatividade, diz respeito à oficina. Nesta estratégia de ensino podem ser desenvolvidas inúmeras atividades, como: pintura, desenho, confecção de cartazes, colagens, esculturas, dramatização, relato de depoimentos, relaxamentos, dentre outras. Tais atividades devem ser norteadas por uma temática central, geralmente escolhida pelo grupo, e, conduzidas pelo educador que deve finalizá-la com uma discussão acerca do conteúdo abordado e avaliação da adequação aos educandos.

Além destas, pode-se citar o estudo do meio, que representa mais do que uma técnica, configura-se em um componente do processo de ensino. Inclui passeios, visitas, excursões, enfim, procedimentos que possibilitem a compreensão de problemas concretos do cotidiano, da família, do trabalho, da comunidade.

Dentre as estratégias desenvolvidas em grupo, somam-se aquelas que têm como principal atividade, a realização de discussões entre os participantes, das quais pode-se enumerar:

- discussão em pequenos grupos - favorece a socialização, a comunicação e a busca de respostas em grupo;

- discussão circular - os participantes formam um círculo único e cada um tem um tempo determinado para expor suas opiniões sobre determinado assunto. Esta atividade pode ser concluída com exposição oral ou uma discussão ampla;

- debate - algumas pessoas são indicadas para discutir um tema polêmico, cada um defendendo a sua posição. Os demais participantes observam os debatedores e posteriormente, expressam suas opiniões;

- Philips 66 - seis grupos de seis elementos discutem uma questão em poucos minutos para depois apresentar as conclusões (podem ser grupos menores, até mesmo duplas);

- tempestade mental - o educador fornece um tema geral e os educandos dizem o que vem à mente, sem a preocupação de censura ou elaboração mental. As idéias são anotadas em um quadro, em seguida, faz-se a seleção do que for relevante para discussão;

- grupo de verbalização/grupo de observação (GV/GO)- um grupo de pessoas constituem um círculo central (GV) para discutir um tema, enquanto os demais formam um círculo em volta para observar (GO), e, posteriormente, realizam um discussão ampla;

- seminário - um grupo prepara e apresenta um tema para os demais; e,

- apresentação de vídeo, com posterior discussão.

As estratégias de discussão caracterizam-se por uma interação verbal bilateral entre educador-educandos/grupo e entre os membros do grupo. A discussão gera motivação e manutenção do interesse e participação ativa dos educandos no processo ensino-aprendizagem. No desenvolvimento desta técnica é fundamental o estabelecimento de um tempo (não pode ser muito curto, para não pressionar os educandos; nem muito extenso, que possa levar à perda do controle da atividade) que permita a participação de todos.

Em relação aos recursos, há uma variedade de materiais à disposição dos educadores, que devem selecioná-los de acordo com o método e estratégia de ensino a ser empregada. Grande parte destes recursos é de fácil aquisição no mercado e são de baixo custo, e alguns, como no caso dos cartazes e álbuns seriados, podem ser confeccionados pelos próprios educadores. Para exemplificar os recursos mais

utilizados, pode-se citar: quadro de giz e giz, material para colagem (revistas/figuras, cartolina, papel madeira, fotos, etc.), massa de modelar, argila (para esculturas); lápis coloridos, tintas, filmes, cartazes e vários outros, além do material auxiliar da exposição oral (retroprojeter, slides, material demonstrativo, vídeo, TV e aparelho de som).

Ao discorrer sobre estas técnicas e recursos, pode-se ter a impressão de que estão dirigidos apenas ao contexto escolar e que seria muito difícil empregá-los no dia-a-dia das instituições de saúde. Contudo, esta impressão não corresponde à realidade, pois existem vários relatos de experiências neste sentido, dirigidas a vários grupos de clientes, como: gestantes de alto risco, portadores de HIV, pessoas com diabetes, adolescentes grávidas, usuários de drogas e muitos outros.

Procurando aproximar estas experiências à realidade estudada, gostaria de apresentar o relato de Trentini et al. (1996), que descreveram sua atuação na educação de clientes portadores de hipertensão. O processo de ensino-aprendizagem foi desenvolvido mediante o trabalho em grupo e foram utilizados como estratégias e recursos de ensino: discussões, reflexões, depoimentos, explicações, desenhos, pintura e colagens. Estes funcionavam como estimuladores da revelação e reciprocidade e permitiram a troca de experiências entre os participantes, as quais foram refletidas, localizando o tema em si, sua historicidade e o seu contexto pessoal e social. Segundo a perspectiva das autoras, a partir de condições biológicas aparentemente de fácil controle pessoal, as discussões tomavam espaço sempre mais extenso, envolvendo aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. E, embora, certos problemas fossem aparentemente impossíveis de solucionar ou amenizar, o importante era provocar no grupo o afloramento da consciência em relação ao que é e ao que poderia vir a ser, bem como semear a esperança de futuro melhor.

É importante que se diga que, durante o período de coleta de dados, fui convidada pela chefia de enfermagem da UNPEX para conduzir uma sessão educativa, com os clientes acometidos de doença coronariana, que já haviam sido submetidos à revascularização do miocárdio. Como não havia nenhuma

programação acerca do conteúdo a ser trabalhado, decidi dirigir o foco das discussões para a influência da alimentação na gênese da aterosclerose coronariana, bem como, para a dieta considerada adequada para prevenir o desenvolvimento ou agravamento da doença.

Como não conhecia o grupo, iniciei a sessão com uma discussão circular, dinâmica que permite a participação de todos os clientes. Para realização desta estratégia foram distribuídas revistas, nas quais deveria ser escolhida uma figura para ser apresentada ao grupo. Assim, foi possível realizar uma interação entre os membros do grupo a partir da discussão de temas, como: clonagem, religiosidade, violência, poluição ambiental, e dentre estes, um cliente fez uma interessante analogia entre um acidente aéreo e a doença coronariana¹⁴, que foi o ponto de partida para a temática que selecionei.

Também foram utilizadas as técnicas de dramatização e aula dialogada, na qual procurei conhecer seus hábitos alimentares, conhecimentos prévios, crenças e preferências. Como a clientela da instituição, na grande maioria, é constituída por pessoas de baixo poder aquisitivo, procurei abordar a questão do preço dos alimentos; citei vários exemplos de alimentos acessíveis, saudáveis e baratos; e, fiz uma comparação entre os níveis de gordura e calorias presentes nos alimentos, que segundo as informações do grupo, estão mais presentes em sua dieta (ovo, banana, azeitonas, gordura de porco, óleo de soja, peixe, dentre outros). Assim, com tais informações (que eles revelaram desconhecer), os clientes tornaram-se mais aptos para fazer suas escolhas.

Ao final, foi realizado um estudo em grupo com o objetivo de aproximar o conteúdo discutido à realidade dos clientes, servindo como parâmetro de avaliação dos resultados, aliado à observação dos comportamentos. Nesta dinâmica, foram distribuídos panfletos de supermercado (utilizados para divulgação das ofertas), nos

¹⁴ O cliente selecionou uma reportagem relativa a um acidente, no qual um avião Concorde explodiu devido a problemas causados por uma peça de metal, de apenas 7cm, que se encontrava na pista de decolagem. E, com base nesta história, apresentou a seguinte analogia: “da mesma forma que uma peça tão pequena derrubou um avião tão grande, a gente também pode ser derrubado por um pedacinho de gordura no coração”.

quais os participantes selecionaram os alimentos de sua preferência e que admitiam serem adequados e de baixo custo. Como resultados, foi possível perceber um maior envolvimento dos clientes que verbalizaram sua satisfação diante dos métodos utilizados.

O relato desta minha experiência teve como finalidade, demonstrar que é perfeitamente possível à aplicação de estratégias diferentes da exposição oral, que motivem os participantes, permitam seu envolvimento ativo no processo de ensino-aprendizagem e estejam de acordo com a realidade que eles vivenciam. Para a realização desta atividade busquei inspiração no método desenvolvido por Freire (1992), no qual o conteúdo das discussões é elaborado a partir do diálogo com o grupo, que permite a captação dos chamados “temas geradores”.

Os temas geradores envolvem e estão envolvidos em situações-limites, enquanto as tarefas que ele implicam, quando cumpridas, constituem os atos-limites¹⁵. Tais temas relacionam-se a idéias, valores, concepções, esperanças, dúvidas, desafios, como também obstáculos e podem ser trabalhados a partir de fotos, figuras, notícias de jornais, dramatizações, que possibilitem discussões e análises (FREIRE, 1992).

Após a apresentação de todas estas possibilidades de atuação, mais uma vez, chamo atenção para o importante papel da Associação Cearense de Assistência aos Hipertensos no desenvolvimento de ações de educação em saúde, pois trata-se de uma entidade que tem condições de trabalhar juntamente como os enfermeiros da Liga, no sentido de promover atividades/estratégias diversas que congreguem a clientela em torno de sua problemática, contribuindo para um maior envolvimento e entrosamento entre os profissionais e clientes, e, favorecendo as conquistas conjuntas.

¹⁵ Situações Limites: dimensões desafiadoras aos homens, sobre as quais incidem atos-limites, visando à superação e à negação do dado.

Gostaria de concluir esta sub-categoria temática, enfocando as consultas realizadas pelos enfermeiros e que, apesar de não representarem uma atividade exclusivamente pedagógica, podem ser classificadas como uma estratégia educativa.

A realização desta atividade já foi discutida anteriormente, contudo, considero oportuno apresentar uma estratégia que, acredito, pode ser desenvolvido pelos enfermeiros que participaram do presente estudo. Trata-se da consulta coletiva, que já vem sendo desenvolvida com sucesso em várias instituições.

De acordo com Vasconcelos (1997), o atendimento individual é extremamente importante, mas tem seus limites:

- como cada problema é conversado individualmente, fica mais difícil para as pessoas perceberem que aquele problema não é só seu e sim de muitos de seus vizinhos e amigos, e, que ele tem uma causa que não ataca só sua família;
- a solução dos problemas, sendo discutida individualmente, não se aprofunda muito nas ações que só podem ser executadas coletivamente;
- o diálogo isolado de cada paciente com o profissional não se enriquece com as idéias e situações de outras pessoas que vivem o mesmo problema. Além do mais, muitos clientes costumam inibir-se de colocar suas dúvidas e fazer perguntas quando estão sozinhos.
- o grande número de pessoas esperando do outro lado da porta do consultório limita o tempo disponível para o processo educativo da consulta individual. Além do fato de que, o profissional repete, inúmeras vezes, as mesmas orientações e questionamentos.

Para o autor, as palestras e orientações individuais comumente transmitem a idéia de que a doença se deve principalmente à falta de cuidado ou o desleixo da população. Este argumento é utilizado como uma tentativa de criar um

Gostaria de concluir esta sub-categoria temática, enfocando as consultas realizadas pelos enfermeiros e que, apesar de não representarem uma atividade exclusivamente pedagógica, podem ser classificadas como uma estratégia educativa.

A realização desta atividade já foi discutida anteriormente, contudo, considero oportuno apresentar uma estratégia que, acredito, pode ser desenvolvido pelos enfermeiros que participaram do presente estudo. Trata-se da consulta coletiva, que já vem sendo desenvolvida com sucesso em várias instituições.

De acordo com Vasconcelos (1997), o atendimento individual é extremamente importante, mas tem seus limites:

- como cada problema é conversado individualmente, fica mais difícil para as pessoas perceberem que aquele problema não é só seu e sim de muitos de seus vizinhos e amigos, e, que ele tem uma causa que não ataca só sua família;
- a solução dos problemas, sendo discutida individualmente, não se aprofunda muito nas ações que só podem ser executadas coletivamente;
- o diálogo isolado de cada paciente com o profissional não se enriquece com as idéias e situações de outras pessoas que vivem o mesmo problema. Além do mais, muitos clientes costumam inibir-se de colocar suas dúvidas e fazer perguntas quando estão sozinhos.
- o grande número de pessoas esperando do outro lado da porta do consultório limita o tempo disponível para o processo educativo da consulta individual. Além do fato de que, o profissional repete, inúmeras vezes, as mesmas orientações e questionamentos.

Para o autor, as palestras e orientações individuais comumente transmitem a idéia de que a doença se deve principalmente à falta de cuidado ou o desleixo da população. Este argumento é utilizado como uma tentativa de criar um

sentimento de culpa nas pessoas ou amedrontá-las, para que elas se esforcem em seguir as orientações dadas.

Não estou, contudo, propondo que esta prática substitua totalmente as consultas individuais. É preciso que os profissionais avaliem em quais situações e para qual grupo de clientes, esta estratégia pode ser adotada, lembrando que na consulta individual/grupal deve-se levar em conta o número de participantes – nem muito pequeno, que não consiga superar as dificuldades da individual, nem tão grande que iniba a comunicação dos clientes. Além disso, os enfermeiros devem detectar as particularidades que necessitam ser acompanhadas com uma atenção mais individualizada, procurando não tratar tudo coletivamente, por uma simples questão de modismo ou conveniência.

4.2.3 - Avaliação do Processo de Educação em Saúde.

A avaliação é uma etapa imprescindível em todos os processos de trabalho, principalmente, quando este envolve a produção e assimilação de conhecimentos. Porém, é pouco contemplada e na maioria das situações em que é realizada, configura-se em uma prática aleatória, sem respaldo teórico, e, portanto, não norteada por uma metodologia ou instrumento formal.

É importante deixar claro que, quando me refiro à avaliação, não estou falando especificamente da avaliação de conhecimentos, que, geralmente, é a primeira idéia a esta relacionada. Refiro-me a um enfoque mais amplo, que envolve o processo de ensino-aprendizagem como um todo.

A incorporação de conhecimentos pelos educandos é apenas um dos itens que devem ser avaliados, e somados a este, estão: o alcance dos objetivos propostos; a adequação dos conteúdos, estratégias e recursos; o desempenho dos profissionais; além, do nível de satisfação destes e dos educandos. A partir desta colocação, pode-se inferir que a realização da avaliação está diretamente relacionada ao planejamento das ações, e, ambos, devem estar norteados por uma fundamentação teórica.

De acordo com Zanei et al. (1996), em todas as atividades humanas o ato de avaliar é uma exigência constante, pois se supõe que deva preceder às decisões, sejam simples ou complexas, em busca de melhores alternativas ou resultados do que se propõe realizar.

Em relação à educação em saúde, a avaliação deve constituir uma oportunidade de analisar se o processo está contribuindo para o crescimento das pessoas, para a formação de uma consciência crítica e de uma nova percepção do mundo, o que permite a constatação da necessidade de reformular metas, repensar procedimentos e redefinir objetivos (BRASIL, 1989).

No presente estudo, foi pesquisado junto aos participantes como é realizada a etapa de avaliação do processo educativo. De acordo com suas falas, pode-se observar que, a maioria dos enfermeiros não se utiliza de um método formal de avaliação e que, esta é representada, basicamente, pelo retorno do cliente e pela evolução da doença.

A avaliação é baseada no retorno do paciente. Lazurita

Avalio de acordo com o retorno do paciente.[...] Se a consulta for boa, os pacientes vão retornar[...]. Não existe nenhum instrumento de avaliação do paciente. Pretendo fazer. Esmeralda

Avalio com base no retorno do cliente e na evolução da doença. Rubi

Avalio os resultados de acordo com as informações pessoais, história da doença, funções fisiológicas e presença de complicações. Ouro

A constatação da inexistência de um processo de avaliação, dirigido às ações educativas, não é surpreendente, pois ao longo desta investigação, as evidências levantadas apontaram para a ausência de um suporte teórico que respaldasse a prática, para a não realização do planejamento das atividades, e, para a forte influência do modelo pedagógico liberal e biomédico, com ênfase nos aspectos relacionados à doença.

Porém, considerando que as principais indicações dos enfermeiros dizem respeito à evolução do quadro clínico do cliente e seu retorno às consultas, mesmo assim, eles não apontaram nenhum dos diversos métodos de avaliação elaborados com esta finalidade.

É bem verdade que, a maioria destes métodos, tem como finalidade mensurar a aderência ao tratamento, contudo, apresentam uma forte tendência de controle e coerção dos clientes. Dentre estas estratégias de avaliação, posso citar: o

controle efetivo dos níveis da pressão arterial; observação de comportamentos indicativos de não-aderência, como rebeldia, hostilidade e negação da doença; contagem dos comprimidos provavelmente ingeridos; uso de marcadores urinários ou dosagens das drogas, tanto na urina como no sangue (GUERRA, 1998).

Resgatando as falas dos participantes, dois deles revelaram uma postura diferenciada dos demais. Um deles, apesar de ter indicado que sua avaliação concentra-se nos aspectos relativos à doença, demonstrou preocupação em relação aos aspectos emocionais e afetivos dos clientes, que pode ser justificada pelo seu envolvimento com as sessões de relaxamento. Segundo seu depoimento:

Avalio também com base na qualidade de vida - aspectos afetivos, emocionais e diminuição das ansiedades. **Ouro**

O outro enfermeiro informou que utiliza um método de avaliação formal e sua postura está apoiada na constatação de que, este profissional tem sua atuação embasada nos pressupostos da teoria de Orem. Em seu depoimento, ele afirma:

Realizo a cada três meses, o perfil de engajamento no auto-cuidado, a partir dos pressupostos da teoria do auto-cuidado de Orem. Eu tenho os escores de Orem que aplico à clientela. **Cristal**

O instrumento utilizado por **Cristal**, refere-se ao perfil de engajamento do auto-cuidado (Anexo F) e constitui-se por itens relativos às adaptações sociais e vitais decorrentes da doença; execução das condutas sugeridas e aspectos do auto-cuidado universal (alimentação, repouso, atividade, eliminações, interação social, hábitos, condutas de promoção da saúde, etc.), aos quais são atribuídos escores de acordo com o alcance de metas pré-estabelecidas.

Mais uma vez, gostaria de assinalar a necessidade de uniformização das condutas dentro da Liga de Hipertensão, pois como se pode perceber, a avaliação

das práticas está intimamente relacionada às atividades nas quais os profissionais estão envolvidos e à forma como as desenvolvem.

Apesar de não ter sido esclarecido, pelos enfermeiros, quais os critérios que definem e avaliam o retorno dos clientes, acredito que a referência ao “retorno”, tanto pode ser relacionada ao comparecimento dos clientes às consultas aprazadas, como também, à aceitação, ou melhor, aos comportamentos indicativos de adesão ao tratamento. De acordo com a avaliação realizada pelos enfermeiros, as ações de educação em saúde têm se mostrado eficientes e os clientes estão satisfeitos com a assistência que lhes é prestada. Tal posicionamento pode ser observado nas suas falas:

Acredito que os objetivos estão sendo atingidos.[...]Na reunião todos participam, fazem perguntas[...]A consulta não é muito valorizada, alguns valorizam, mas há muitas faltas, mesmo com estratégias, do tipo : marcar exames ou pegar remédio. Rubi

Os temas abordados são adequados aos hipertensos, eles se mostram interessados e fazem colocações. Percebo que sabem cuidar-se melhor e ganham proteção da família. Ouro

Acredito que as atividades são adequadas, mas são necessárias modificações, principalmente no ambiente. Os pacientes são receptivos e fazem perguntas. Lazurita

Quando vejo um paciente engajado, orientando a família, isso daí é um retorno[...] acredito que minhas condutas estão adequadas[...] A frequência às reuniões não tem sido boa, acho que devemos rever as estratégias, se não estão estimulando bem a clientela. Existem muitas estratégias, mas não têm sido utilizadas. Exige o envolvimento da equipe.[...] As reuniões trazem um bom retorno, os clientes sentem que é um dia diferente, eles aprendem mais. Cristal

Nas reuniões maiores, os pacientes ficam mais como ouvintes, [...], nas menores, eles têm uma participação boa, falam, conversam. Esmeralda

Estes depoimentos reforçam a constatação de que a avaliação é realizada de maneira assistemática, tendo como referencial apenas as impressões dos enfermeiros em relação aos comportamentos da clientela. Alguns destes

profissionais indicaram várias dificuldades e falhas no desenvolvimento de suas práticas, relacionadas principalmente ao aspecto ambiental, ao não envolvimento dos membros da equipe e ao tipo de estratégias adotadas (ou a ausência destas), e, reconhecem a importância de modificar sua atuação.

Assim, empreendida de maneira tão pouco metódica e despreocupada em cumprir padrões de cientificidade, a avaliação do processo de educação em saúde encontra-se muito distante de representar uma reflexão sobre o nível de qualidade do trabalho, tanto em relação ao educador como ao educando. Como já foi dito, a avaliação tem como objetivo gerar resultados que devem ser comparados aos objetivos propostos, afim de constatar progressos, dificuldades e reorientar o trabalho para as correções necessárias.

Turra et al. (1984) propõem que a avaliação tem seu aspecto formal e informal. As autoras reconhecem o aspecto informal da avaliação em sua dependência dos objetivos implícitos, das normas intuitivas e dos julgamentos subjetivos e consideram sua relevância em diversas situações, por exemplo, quando se deseja conhecer a opinião dos educadores ou educandos sobre um determinado acontecimento.

A avaliação, todavia, não pode ficar restrita ao seu aspecto informal, espontâneo e intuitivo. É preciso que se dê a devida importância ao seu caráter formal, científico e sistemático, evidenciado pela sua dependência com os objetivos formulados e utilização de métodos. Gostaria de esclarecer que, ao mencionar o aspecto formal da avaliação, não estou sugerindo a adoção de critérios quantitativos, rígidos e estritamente instrumentais, refiro-me, sim, a adoção de uma metodologia de avaliação, para que esta não se configure como uma prática aleatória, que em nada contribuía ao processo de educação.

A opção pela forma como a avaliação vai ser processada depende diretamente do estabelecimento de uma teoria de ensino-aprendizagem, cujos fundamentos possibilitarão a análise coerente dos métodos, procedimentos e estratégias de ensino, utilizados.

A partir de uma perspectiva progressista, Kenski (1993) assinala que a avaliação é um processo de interação entre o educador e o educando, que não deve levar em conta apenas o grau de aprendizagem alcançado pelo educando, mas também, a forma como o conhecimento vem sendo ensinado-aprendido, os recursos que estão sendo utilizados e os objetivos que estão orientando a aprendizagem e que são possíveis de serem alterados de acordo com as novas necessidades sentidas pelo grupo.

É fundamental que o educador lance mão de diversos meios e proporcione momentos, mediante os quais, os educandos tenham oportunidade de demonstrar o seu aprendizado, as relações que estabeleceram entre o que aprenderam e seu conhecimento prévio, bem como, as relações estabelecidas entre o conteúdo incorporado e a realidade socio-cultural em que estão inseridos. Mais ainda, os resultados da avaliação devem ser conhecidos, discutidos e analisados por todos os participantes do processo de ensino, para que possam ser utilizados como norteadores da ação educativa.

De acordo com Demo (1995), daí provém a importância do desenvolvimento de uma consciência crítica e da atuação conjunta, educador e educandos, no processo ensino-aprendizagem, para que possam ser traçadas metas possíveis de serem atingidas e em consonância com a realidade vivenciada.

Também de acordo com esta abordagem, Saul (1994) aponta as três etapas do percurso metodológico, que devem ser contempladas quando se pretende realizar uma avaliação fundamentada em pressupostos críticos e progressistas: a descrição da realidade; a crítica da realidade e a criação coletiva. Estes momentos não são estanques e, por vezes, se interpenetram, constituindo-se em etapas de um mesmo e articulado movimento.

Para a execução deste tipo de avaliação devem ser utilizados métodos dialógicos e participantes, que incluam como estratégias o uso de entrevistas livres, debates, análise de depoimentos, observação participante e análise documental. Neste procedimento, o avaliador assume o papel de coordenador e orientador dos

trabalhos avaliativos, e, é fundamental que ele também tenha participado das fases de planejamento e execução do processo educativo. Um outro aspecto que deve ser mencionado, diz respeito à possibilidade de utilização de dados quantitativos, sem que se tenha em mente que a ótica de análise deve ser eminentemente qualitativa (SAUL, 1994).

Por fim, é necessário alertar para o cuidado que se deve ter em não restringir a avaliação apenas à relação educador-educando. O processo avaliador deve ser compreendido de forma globalizante, o que significa estendê-lo e complementá-lo através da incorporação de outros condicionantes como a estrutura organizacional e a filosofia de trabalho da instituição onde ocorrem as ações educativas, além dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis para esta prática.

Ao não se atentar para este ponto, incorre-se, via de regra, no erro apontado por Vasconcelos (1999) ao analisar o processo de educação em saúde da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Uma secretaria comandada por técnicos vinculados ao partido dos trabalhadores, tradicionalmente estruturado a partir de movimentos sociais e que, pelo menos em tese, adota uma metodologia de educação popular, não consegue, entretanto, orientar as atividades de educação em saúde de forma adequada. As iniciativas continuam a depender da variação dos interesses particulares e, na falta de orientação de uma política institucional evidente, fica-se na dependência de visões ou teorias educacionais dos próprios profissionais de saúde, em geral, influenciadas pelo senso-comum do discurso científico contemporâneo: promoção da saúde centrada nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida dos clientes.

5 - CONSIDERAÇÕES

FINAIS

*Somente a reflexão do educando
sobre suas condições conduz à
ação.*

Paulo Freire.

Os objetivos que nortearam o presente estudo levaram-me a discutir as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros, a partir de um enfoque pedagógico. Orientada pelos pressupostos da pedagogia progressista, procurei analisar as atividades educativas realizadas por estes profissionais, em busca de evidências que pudessem respaldar o objeto da tese, que diz respeito à necessidade de utilização de um referencial teórico, como orientador das ações de educação em saúde.

A análise das evidências, obtidas mediante a pesquisa de campo, foi constituída por aspectos relativos ao planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades realizadas pelos enfermeiros sem, entretanto, ficar restrita apenas a estes enfoques, dada a necessidade de uma compreensão mais ampla do cenário onde tais atividades aconteciam. Para tanto, foram abordadas, também, questões associadas à estrutura organizacional do serviço, ao processo de trabalho e à formação acadêmica dos profissionais.

Embora não tenha se constituído num dos principais intentos de minha pesquisa, procurei ao longo do texto relacionar os resultados obtidos a partir do meu estudo ao contexto e a realidade do país. Claro que, em virtude da especificidade de meu objeto e do método de estudo de caso adotado, o espaço que possuo para generalizações é muito restrito. Entretanto, baseada no referencial teórico utilizado e nos dados coletados e interpretados, posso afirmar com certo grau de certeza que os resultados aqui encontrados, não são muito diferentes do que poderia ser observado na maioria das instituições que apregoam e realizam a tão propalada educação em saúde.

Acredito, outrossim, ser possível tirar conclusões de caráter mais genérico ainda e fazer um questionamento dos próprios modelos teóricos e metodológicos que têm orientado a maioria das práticas de educação em saúde. No presente trabalho, em vários momentos, deixei clara a necessidade de se empreender mudanças no enfoque da saúde, e de se procurar conhecer as novas propostas da promoção da saúde que têm sido defendidas por inúmeros profissionais empenhados, como eu,

em condenar o modelo biomédico, centrado na doença e na hegemonia médica, e em acentuar a importância de modelos educativos centrados no enfoque humanístico e holístico.

Quando Inexiste Teoria e Método

A análise do contexto onde a pesquisa foi realizada, evidenciou vários aspectos, que me permitem inferir que as ações de educação em saúde, são desenvolvidas sem praticamente nenhum respaldo teórico e metodológico. Desta forma, as ações são implementadas quase que mecanicamente, visando apenas o cumprimento de atribuições pré-estabelecidas. Em relação direta com este fato, foi possível constatar que a atuação dos enfermeiros apresenta-se influenciada por um tipo de postura pedagógica fortemente marcada pela centralização no profissional e pela desconsideração com a palavra e as idéias dos clientes. Pude inferir que tal postura possui raízes no senso comum da nossa formação escolar tradicionalmente deficiente, e que a literatura sobre a história e a teoria pedagógica identifica como fundamentada na tendência liberal tradicional.

A questão da fundamentação teórica é um dos aspectos considerados mais importantes no desenvolvimento de qualquer atividade educativa. Torna-se mais necessária ainda, quando envolve a participação de vários profissionais e está dirigida para o atendimento de clientes portadores de doenças crônicas e que deverão aderir a um tratamento prolongado. Esta importância se manifesta em dois níveis: em primeiro lugar, uma ação que envolve muitos profissionais não pode prescindir de uma orientação teórica básica e única que sirva de guia. Esta pesquisa constatou que quando não há, ou quando são diversas as orientações teóricas, as ações tendem ao desencontro e são descontínuas e personalizadas, ou seja, excessivamente associadas ao próprio agente e sem a marca da instituição.

Em segundo lugar, uma melhor fundamentação teórica serve como um guia para a determinação dos objetivos a serem atingidos, dos procedimentos necessários para este fim e como parâmetro para avaliação dos resultados. Num processo que é demorado e que requer planejamento de longo prazo, a inexistência ou a deficiência de linhas teóricas que ajudem os profissionais a determinar quais os objetivos a atingir, gera um estado de completa impossibilidade de estabelecimento de metas a serem concretizadas.

Um dado em particular reforçou minha convicção do quanto é importante, e possível, que os enfermeiros atuem cientificamente, respaldados por uma teoria e norteados por um método. Ao longo do capítulo quatro tive a oportunidade de relatar como um dos participantes deste estudo desenvolve um trabalho diferenciado dos demais, a partir dos pressupostos da teoria elaborada por Dorothea Orem e objetivando atender as necessidades dos clientes e torná-los aptos para realizar seu auto-cuidado. Em seu trabalho solitário, visto que não conta com a participação de seus colegas, nem tampouco é reconhecido por eles, o entrevistado adotou impressos específicos e passou a atuar orientado pelos fundamentos desta teoria. Paralelamente, informou que procura realizar as atividades educativas dentro do enfoque da pedagogia progressista.

Em nenhum momento, os demais participantes demonstraram possuir um substancial conhecimento de conceitos teóricos ou de práticas educativas a eles vinculados. Entretanto, o simples fato de já existir um trabalho contemplando uma teoria, e, ao mesmo tempo, a preocupação em adaptá-lo a uma determinada linha de abordagem educativa, mostrou-se bastante eficaz. Posso afirmar categoricamente: é necessário que os enfermeiros procurem conhecer as diversas opções teóricas existentes, para que tenham condições de avaliar o trabalho que já vem sendo desenvolvido. Ao considerar a teoria adequada, pode-se estendê-la a todos os profissionais e adotá-la como oficial. Ou se preferir, a escolha e adaptação de um outro referencial, e mesmo, a elaboração de um novo. O importante é que se saiba o quê se está fazendo, para onde se pretende ir e como se vai.

Para tanto, é fundamental uma maior aproximação entre os enfermeiros, ao mesmo tempo em que estes tenham a oportunidade e espaço adequado para expressar suas dificuldades e trocar experiências. Com isso, estabelece-se um processo contínuo de transformação que tem como resultado uma prática respaldada por um referencial teórico consistente, capaz conduzir o grupo na constituição de ações eficazes e que, realmente, atendam as necessidades dos clientes.

Trata-se de um longo percurso, no qual as dificuldades estão presentes, mas que podem ser superadas. A sistematização do trabalho não é utopia, nem é uma prática inatingível, como alguns podem pensar. Em vários países, e até mesmo em diversas instituições brasileiras, já é uma realidade. Contudo, exige dedicação, responsabilidade pela execução e registros de todas as etapas do processo, uniformização dos instrumentos de trabalho, intervenções coerentes com o contexto ao qual estão dirigidas, enfim, exige uma atuação coesa, coerente e compromissada.

Gostaria de reafirmar que tal iniciativa não deve ficar restrita ao serviço desenvolvido pela Liga, mas ser adotada pela instituição como um todo, para que seja possível uma uniformização na assistência, evitando rupturas no processo. A sistematização da assistência de enfermagem deve ser vislumbrada como uma questão mais ampla, e, portanto, sua implementação efetiva só se verificará se decorrer de um trabalho conjunto e for considerada como uma política institucional.

Ao longo das últimas décadas, a luta dos enfermeiros para consolidar a enfermagem como uma ciência constituiu-se numa das principais metas a serem atingidas. Logo, apresenta-se como um contra-senso, e, conseqüentemente, não se pode mais admitir que sua atuação seja fundamentada numa prática aleatória, e representada por uma simples repetição de técnicas ou condutas predeterminadas. Enquanto científica, a práxis da enfermagem requer método e prática teoricamente fundamentada.

Enfermagem e Pedagogia

Talvez a principal contribuição apresentada por meu estudo para a solução desta deficiência seja a minha defesa da adoção de uma teoria de enfermagem que pudesse respaldar a atuação prática destes profissionais e que contemplasse os aspectos anteriormente mencionados (relativos ao planejamento, execução e avaliação das atividades). No meu ponto de vista, esta teoria de enfermagem teria que contar, incondicionalmente, com o suporte de novas teorias pedagógicas, que contemplassem os aspectos essencialmente educativos, atualizando as teorias de enfermagem com base nas mais recentes especulações teóricas referentes ao ato de educar concebido na sua forma pura. Se a sociedade mudou, o mundo mudou, as pessoas não são mais as mesmas e a própria escola transformou-se radicalmente, não há como manter concepções sobre o educar/cuidar que remontam ainda ao século passado.

A partir do meu contato mais aprofundado com a literatura dedicada à ciência pedagógica, pude observar o quanto este saber foi capaz, ao longo de todo o século XX, de modificar-se e de acompanhar o curso dos acontecimentos e as transformações sociais. Não se pode deixar de reconhecer, entretanto, que durante este período nunca existiu e, mesmo hoje, não existe uma unanimidade a respeito de qual deve ser a abordagem teórica mais adequada para compreender e nortear o ato de educar. Como vários outros saberes contemporâneos, a pedagogia - que também ainda luta para ver reconhecido o seu *status* de ciência (LIBÂNEO, 2000a) - se percebe como histórica e, portanto, em constante transformação.

Algo, no entanto, tornou-se mais ou menos unânime entre todos que pensam a educação e os processos didáticos: o educar deve fundamentalmente estar direcionado para a formação do homem e a transformação da sociedade. No campo da pedagogia, mesmo aqueles que adotam posturas ideologicamente conservadoras e que, conseqüentemente, não entendem por transformação o mesmo que, por

exemplo, um teórico de orientação marxista entende, já despertaram para uma educação diferente daquela baseada em moldes tradicionais. No mundo atual, o processo educacional é importante demais para ser objeto de segregação social. É finda a época em que as elites impediam conscientemente as massas de se educarem como forma de controle social. O tecnicismo representou o início do reconhecimento de que as sociedades para se desenvolverem necessitam educar a todos e não apenas alguns escolhidos. Hoje, os dilemas são outros; como acompanhar o desenvolvimento extremamente rápido de uma sociedade dinâmica e em constante transformação? Como adequar conteúdos educacionais às novas realidades sociais e a uma cultura cada vez mais global e ao mesmo tempo multifacetada?

É enganoso acreditar que no Brasil estas questões não se coloquem desta maneira, uma vez que, ainda vivenciamos problemas relativos ao próprio acesso à educação básica. O Brasil é um país de enormes desigualdades sociais e também de imensos contrastes. Nele convivem a miséria absoluta e a riqueza de primeiro mundo; o analfabetismo e a excelência na pesquisa científica; a desnutrição e a mortalidade infantil e, ao mesmo tempo, uma avançada legislação destinada à proteção da criança e do adolescente. Não se pode, portanto, deixar de aceitar o novo e aprimorar as nossas práticas com a desculpa de que é preciso primeiro resolver as questões básicas. Felizmente, alguns educadores já perceberam isso.

Ao longo deste estudo, as contribuições de Paulo Freire e demais educadores progressistas, mesmo com suas diferenças metodológicas, serviram para demonstrar o quanto é imprescindível uma educação transformadora, que estimule o desenvolvimento da consciência crítica, o comportamento comprometido e a participação ativa dos educandos.

Creio que, no que se refere aos processos de educação em saúde, a postura deve ser semelhante. É fundamental que se perceba a necessidade do preparo e da atualização dos profissionais, mediante a educação continuada e a partir do cuidado com a graduação dos novos profissionais. Para que ocorra uma mudança significativa no modo de atuar dos enfermeiros, é necessário que as

instituições formadoras tomem consciência de seu papel e de sua responsabilidade em relação a uma sociedade que está em constante transformação. Para tanto, devem, em primeiro lugar, começar a reconhecer como elemento indispensável e essencial o treinamento e o preparo de seus profissionais utilizando-se de programas atualizados de educação para o trabalho. Ao mesmo tempo, cabe às instituições hospitalares promoverem competentes processos de educação contínua que não subsistam apenas como parte de um organograma, mas que sejam efetivos e rompam com o formato ultrapassado de um ensino tradicional, acrítico e mecanicista que parece ter como objetivo apenas o cumprimento de uma agenda mínima, obrigatoriamente necessária ao funcionamento institucional, mas que, no fundo, ninguém acredita ser importante.

Métodos e teorias em confronto com a prática: considerações sobre o trabalho dos enfermeiros.

A realização do presente estudo revelou aspectos importantes relativos à prática educativa desenvolvida pelos enfermeiros. Mesmo diante das evidências de que as ações realizam-se sem um suporte teórico e metodológico, foi fundamental a percepção de que estes profissionais compreendem que a educação em saúde é muito relevante, que reconhecem o valor da participação ativa do cliente nas atividades e que, mesmo limitada, têm uma visão coerente de seu significado. Tais constatações são bastante positivas, pois podem indicar a possibilidade de transformação da prática, mediante o interesse e disponibilidade de seus atores.

Acredito ter deixado claro, ao longo do trabalho, o quanto a ação dos enfermeiros nos programas de educação em saúde, tem como enfoque central a doença. Demonstrei que esta postura, também presente no campo investigado, contrapõe-se radicalmente aos objetivos dos programas de atendimento ao cliente

portador de hipertensão arterial, traçados pela Liga de Hipertensão, que pressupõem, em seus fundamentos, uma abordagem de caráter holístico, ou seja, que encare este cliente em sua totalidade física, psíquica, emocional, cultural e socioeconômica. O ser humano do século XXI não é mais, ou não pode ser mais, compreendido como um simples corpo a ser curado; ele é, acima de tudo, um ser que tem o direito de ser ouvido e consultado sobre quais os procedimentos a serem seguidos no que diz respeito aos seus problemas.

Entretanto, a partir da análise dos dados colhidos por minha pesquisa, ficou patente como é difícil a superação da ênfase e do apego ao modelo biomédico. Não deixa de ser frustrante perceber que no confronto entre, de um lado, teorias e métodos mais atuais e adequados às novas realidades e, de outro, práticas antigas, mas sedimentadas e equivocadamente enraizadas no hábito dos enfermeiros, estas últimas têm levado vantagem. Não é fácil convencer profissionais de que não só a doença deve ser valorizada e de que é necessário que se avalie aspectos como: crenças, emoções, história, valores, cultura, ambiente, condições de trabalho, relações familiares, dentre outros. Talvez os enfermeiros, tão preocupados em estabelecer o seu lugar e sua autonomia profissional perante os outros profissionais de saúde, não queiram dividir o seu trabalho com mais um parceiro: o cliente. Ao ampliar o enfoque das ações e contemplar o contexto social estariam criando uma nova variável, difícil de ser controlada e imprevisível quanto às conseqüências futuras.

Talvez a questão não seja tanto dependente apenas da atuação do enfermeiro. É possível que o descompasso entre teoria e prática seja resultante de fatores mais amplos e de ordem estrutural. Neste caso, o próprio modelo de saúde ou de cuidado para com a saúde estaria comprometido em seus fundamentos e seria o elemento desencadeador das dificuldades. Como prova disso, podem ser apresentadas algumas iniciativas que percebem o tratamento das doenças como apenas um dos elementos a se considerar. Experimentações que, por exemplo, priorizam o envolvimento com a comunidade nas ações de educação em saúde como elemento imprescindível. Através do contato dos profissionais com associações de

bairro, grupos de igreja, líderes comunitários e escolas, ou seja, fazendo a comunidade participar dos programas e promovendo o envolvimento das famílias, a educação em saúde deixa de ser um trabalho de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos que por livre e espontânea vontade engajam-se na transformação da realidade.

Atuando assim, os enfermeiros adquirem uma visão mais coerente sobre educação em saúde superando práticas educativas que objetivam apenas reforçar hábitos, conhecimentos e valores tidos como ideais na visão dos profissionais. Aproximam-se de um mundo que não conhecem, mas que se constitui na realidade da maioria da população brasileira. Isso os faz perceber a necessidade de uma nova prática e, em contrapartida, lhes impõe novas teorizações. É provável que o enfermeiro esteja protegido do verdadeiro mundo por uma redoma de cristal. Está na hora de quebrá-la.

À guisa de conclusão

Todo trabalho de pesquisa pressupõe, desde o seu início, algumas intenções latentes. O mais comum entre os anseios dos pesquisadores é o de poder conseguir elaborar um conjunto de sugestões ou indicações de ordem prática que, se não transformam o texto final em um manual de procedimentos, pelo menos lhe confere uma certa aura de aplicabilidade empírica tão valorizada nos dias atuais.

Neste texto optou-se, não sei se de forma consciente ou não, por não reservar um momento específico para sugerir ações ou para defender propostas. O ponto de vista do pesquisador, suas opiniões e preferências, encontram-se como que pulverizados ao longo de todo o trabalho, mesmo porque se objetivou fazer a crítica dos dados na medida em que eles iam sendo apresentados em um processo contínuo de análise comparativa entre os dois universos trabalhados na tese: o da enfermagem e o da pedagogia. Isto não é empecilho, entretanto, a que se faça, neste

instante, um breve resumo das principais conclusões a que podemos chegar de maneira peremptória, acrescido de indicações de ordem valorativa .

Acredito ser urgente que se compreenda o quanto as ações de educação em saúde devam ser ampliadas, com o objetivo de se superar o enfoque meramente clínico, tradicional, unilateral e vertical. A superação do paradigma da individualidade, e a aceitação da necessidade de se pensar em termos de coletividade, também se revelam como sendo uma das principais atitudes a serem tomadas quando se quer, evidentemente, mudar o atual estado de coisas. Para tanto, é preciso que se combata a hegemonia da cultura do “Eu” e isso só se consegue a médio e longo prazos, mediante um competente projeto de capacitação específica para a área.

A aquisição de conhecimentos, além de preparar os enfermeiros para a atuação, permitirá a expansão do conceito de educação em saúde, ainda limitado na visão destes profissionais. Em relação a este processo de capacitação, devem ser oferecidos cursos específicos (e oportunidades de realizá-los) aos profissionais que já desenvolvem trabalhos neste sentido. Às instituições formadoras, cabe o fundamental dever de desenvolver, ao longo dos cursos de graduação, articulação de currículos que contemplem saberes específicos de enfermagem, mas também das ciências sociais (educação, filosofia, comunicação, dentre outros). Alargando horizontes, combate-se a ditadura do paradigma biomédico e incorpora-se uma visão mais crítica, atendendo, assim, o desafio de todo educador, que segundo Libâneo (1999), consiste em criar formas de trabalho pedagógico, isto é, ações concretas através das quais se efetue a mediação entre o saber científico e as condições de vida e de trabalho dos educandos.

Assinale-se, também, a importância do estímulo à pesquisa, com o objetivo de proporcionar inovações e avanços, e também, de fornecer subsídios para a avaliação da prática. Dentre as principais deficiências detectadas encontra-se a inexistência de pessoal qualificado para atuar em funções que exigem algum nível de abstração da realidade empírica. No meu entender, a falta de qualificação é

problema tão ou mais grave que a própria carência de pessoal e recursos, problemas costumeiros nas nossas instituições.

A elaboração de projetos que envolvam a participação de profissionais de outras áreas, como, por exemplo, pedagogos, sociólogos e comunicadores, poderá minimizar as sérias carências na formação da área de saúde. Ao mesmo tempo se deveria diversificar a formação de estudantes da área de saúde com ampliação da oferta de estudos em outras áreas. Aqueles que possuem alguma experiência no ensino de enfermagem conhecem bem a realidade de nossos cursos que priorizam a oferta de estágios principalmente para médicos e enfermeiros, com ênfase no atendimento hospitalar, desconsiderando a importância do serviço ambulatorial, onde o contato com a realidade dos clientes é muito mais rico e proveitoso para a formação de jovens profissionais.

Mas não se pode deixar iludir. É importante ter em mente o caráter lento e gradual das mudanças. As dificuldades haverão de surgir sempre, sem, contudo, tornarem-se obstáculos intransponíveis que nos façam cruzar os braços.

Sempre que penso sobre a dimensão educativa da enfermagem, surge em minha mente a meta definida em *Alma-Ata: Saúde para Todos*. É possível que as questões aqui levantadas, ao fomentar novas discussões e debates, no fundo, almejem simplesmente isso: fundamentar um processo de mudança que desemboque neste objetivo final.

6 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

*Ação sem reflexão é puro ativismo ,
não leva à transformação.*

Paulo Freire.

ALMEIDA, M. C. P. de e ROCHA, J. S. Y. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática**. 2ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 1989.127p.

ALONSO, I. L. K. O Processo Educativo em Saúde na Dimensão Grupal. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p.122-132, janeiro/abril, 1999.

ALVES, E. D. et al. Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.1, n. 2, p. 2-7, julho/dezembro, 1996.

ANDRADE, L. O. M. de **SUS Passo a Passo - normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Ed. Hucitec/UVA, 2001. 279p.

BAGNATO, M. H. S. Formação Crítica dos Profissionais da Área de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p.31-42, janeiro/abril, 1999.

BARRETO, M. L. e CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org) **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil - a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Ed. Hucitec/ Nupens-USP, 1995. p.17 a 30.

BASSO, E. e VEIGA, E. V. Consulta de Enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em programa de hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.8, n.2 (suplemento A), março/abril, 1998.

BLACK, H. R. Abordagem do Paciente com Hipertensão Arterial.. In: GOLDMAN, L. e BRAUNWALD, E. **Cardiologia na Clínica Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2000. p.123-136.

BLOCH, K. V. Fatores de Risco Cardiovasculares e para o Diabetes Mellitus. In: LESSA, I. (Org) **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade - epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1998. p. 43-72.

BORDENAVE, J.D. e PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 6ª edição, Petrópolis: Vozes, 1984. 316 p.

BOGDAN,R. e BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Lisboa: Porto Editora, 1994. 336p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Educação em Saúde/ DNES. **Educação em Saúde: diretrizes**. Brasília, 1989. 19p.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. v. 1. Brasília, 1990. 20p.

BRAITHWAITE, J. D. e MORTON, B. G. A Educação do Paciente no Controle da Hipertensão Arterial. **Clínicas de Enfermagem da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. p. 305-314.

BUNTON, R. e MACDONALD, G. **Health Promotion - disciplines and diversity**. London/New York: Routledge, 1993. 240 p.

BUSS, P. M. Promoção e Educação em Saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, n. 15, suplemento 2, 177-185, 1999.

BUSS, P. M. e IGNARA, R. M. Promoção da Saúde: um novo paradigma mundial para a saúde. In: **Promoção da Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 1996.

CAMPEDELLI, M. C. e BENKO, M. A . Consulta de Enfermagem - assistência ao paciente egresso. In: CAMPEDELLI, M. C. (org.) **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Editora Ática, 1989. p. 128-136.

CAMPOS, E. P. e LEITE, I. de S. C. Fatores Terapêuticos de um Programa Continuado e Integrado de Atendimento ao Hipertenso. **A Folha Médica** , v.101, n. 1, p.9-14, julho, 1999.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de Educação e de Promoção de Saúde: mudanças individuais e organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213. 1997.

CAR, M. R. **Da Aparência à Essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado), 1993. 125p.

CHAVES, E. C. A Palestra Educativa na Orientação sobre o Auto-Cuidado do Hipertenso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 24, n.3, p. 397-402, dezembro, 1990.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. Unidade 8- O mundo da prática; capítulos 4, 5 e 6. São Paulo: Editora Ática, 1994.

COLOMÉ, C. M. et al. Diretrizes Pedagógicas na Formação em Saúde: buscando uma relação educador/educando de cunho transformador. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p.166-173, janeiro/abril, 1999.

- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992, Santafé de Bogotá. **Carta de Bogotá**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/bogota.htm> > Acesso em 03 nov. 2001.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma - Ata, URSS. **Declaração de Alma - Ata** . Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/alma.htm> > Acesso em 03 nov. 2001.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1ª, 1986, Ottawa, Canadá. **Carta de Ottawa**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/ottawa.htm> > Acesso em 03 nov. 2001.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4ª, 1997, Jacarta, Republica da Indonésia . **Declaração de Jacarta** Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/jacarta.htm> > Acesso em 03 nov. 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **Tema**. ENSP/FIOCRUZ, n.7, agosto, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª , 1996, Brasília. **Educação em Saúde**. Disponível em < <http://www.datasus.gov.br/cns> > .Acesso em 12 out. 2000.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11ª , 2000, Brasília. **Tema**. ENSP/FIOCRUZ, n.20, dez, 2000.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREn. **Legislação**. Fortaleza,1995.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,III, 1998. Hiperativo-**Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 6, n.1, p. 67-119, janeiro/março, 1999.
- CUNHA, A . G. da **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.
- CYRINO, A . P. e CYRINO, E. G. Integrando Comunicação, Saúde e Educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n.1, p.157-168, 1997.
- DALLARI, S. G. A Bioética e a Saúde Pública. In: COSTA, S. I. F., OSELKA, G. E GARRAFA, V. (org) **Iniciação à Bioética**. Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 205-216.
- FAULKNER, A . Health Education and Nursing. **Nursing Times**, n. 29. p. 45-46, 1984.

- FERREIRA, A . B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro/São Paulo: Nova Fronteira/Folha de São Paulo, 1988.
- FIGUEROA, A . A . Livre Vontade do Usuário frente à Educação em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p.131-147, setembro/dezembro, 1997.
- FOSTER, P. C. e BENNETT, A . M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. e cols. **Teorias de Enfermagem - os fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 83-102.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990. 295 p.
- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1983. 93 p.
- FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 15ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1984a. 150p.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1984b. 79 p.
- FREIRE, P. **Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.149 p.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 20ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1992. 184p.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia - saberes necessários à prática educativa**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2000.168p.
- FUGITA, R. M. I. e FARAH, O . G. D. O Planejamento como Instrumento Básico do Enfermeiro. Cap. 8. In: CIANCIARULLO, T. I. (org.) **Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 99-109.
- GADOTTI, M. **Educação e Poder - introdução à pedagogia do conflito**. 5ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1984. 143 p.
- GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. 6ª edição. São Paulo: Editora Ática, 1995. 160 p.
- GENTILE, M. Promoção da Saúde. **Revista Promoção da Saúde**. Ano 1, no. 1, 1999.

GILES, T. R. **História da Educação**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1987. 304 p.

GILLIS, A. J. A Change for the Better. **The Canadian Nurse**. Dezembro, 1994. p. 27-30.

GIORGI, D. M. A. Tratamento Atual da Hipertensão Arterial baseado em Evidências. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 9, n.1, p. 18-27, janeiro/fevereiro, 1999.

GIORGI, D. M. A. Conceitos Gerais para o Tratamento Farmacológico da Hipertensão Arterial. **Hiper Ativo - Revista do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial**, Ano 1, v. 2, p. 07-12, abril/maio, 1994.

GLOBAL CONFERENCE FOR HEALTH PROMOTION, 5th, 2000, Mexico City. **Technical Reports**. Disponível em < <http://www.who.int/hpr/backgrounghp/mexico.htm>>. Acesso em 03 nov.2001.

GUEDES, M. V. C. **Prática Técnica, Educativa e Social do Enfermeiro em uma Instituição Hospitalar**: um estudo de caso. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado em Educação), 1990. 175p.

GUERRA, E. M. D. **Recusa ao Tratamento da Hipertensão Arterial**: contribuições para o refinamento do diagnóstico. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica), 1998. 142p.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979. 99p.

IDE, C. A. C. e CHAVES, E.C. Saúde e Educação enquanto Práticas Sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.24, n.2, p.225-236, agosto, 1990.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2th, 1988, Adelaide, South Australia. **Adelaide Declaration**. Disponível em < <http://www.who.int/hpr/backgrounghp/adelaide.htm>>. Acesso em 03 nov.2001.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 3th, 1991, Sundsvall, Sweden. **Sundsvall Declaration**. Disponível em < <http://www.who.int/hpr/backgrounghp/sundsvall.htm>>. Acesso em 03 nov.2001.

KENSKI, V. M. Avaliação da Aprendizagem. In: VEIGA, I. P. A. (org.) **Repensando a Didática**. 8ª edição. Campinas: Papyrus, 1993. p. 65-82.

KIPPER, D. J. e CLOTET, J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, S. I. F., OSELKA, G. E GARRAFA, V. (org) **Iniciação à Bioética**. Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-52.

LAGANÁ, M. T. C. A Educação para a Saúde: o cliente como sujeito da ação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.23, n.1, p.149-152, abril, 1989.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1991. 270p.

LALONDE, M. **Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens** : un document de travail. Ottawa : Gouvernement du Canada, avril, 1974. 83p.

LESSA, I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. In: LESSA, I. (Org) **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade** - epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1998a, p.29-42.

LESSA, I. Epidemiologia do Tratamento e da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. In: LESSA, I. (Org) **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade** - epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1998b, p.223-250.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LEPARGNEUR, H. Força e Fraqueza dos Princípios da Bioética. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 131-143, 1996.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. 19ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 1994. 263p.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da Escola Pública** - a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 16ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 1999. 149p.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e Pedagogos, para quê?** 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2000a. 200p.

LIBÂNEO, J. C. **Adeus Professor, Adeus Professora?** Novas exigências educacionais e profissão docente. 4ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2000b. 104p.

LIGA de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana. Fortaleza, 1999. **Regimento Interno**.

LIMA, M. A . D. da S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.17, n.2, p.87-91, julho, 1996.

LOPES, A . O . Planejamento do Ensino numa Perspectiva Crítica da Educação. In: VEIGA, I. P. A . (org.) **Repensando a Didática**. 8ª edição. Campinas: Papirus, 1993. p. 41-52.

LOPES, A . P. R. A **Educação em Saúde com Clientes em Unidades Básicas de Saúde**: uma contribuição do enfermeiro. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Dissertação (Mestrado), 1998. 106p.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Editora Cortez, 1992. 183p.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A . **Pesquisa em Educação** : abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUNARDI, V. L. Ampliando a Compreensão do Conceito de Autonomia. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 304-313, setembro/dezembro, 1997.

MAGRO, , M. C. da S. et al. Percepção do Hipertenso Não-Aderente à Terapêutica Medicamentosa em Relação à sua Doença. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 9, n.1, suplemento A, p. 1-10, janeiro/fevereiro, 1999.

MARTINS, P. L.O . Conteúdos Escolares: a quem compete a seleção e a organização? In: VEIGA, I. P. A . (org.) **Repensando a Didática**. 8ª edição. Campinas: Papirus, 1993. p. 65-82.

MARTINS, J. e BICUDO, M. A . V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia** : fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Editora da PUC, 1989. 110 p.

MEYER, D. E. Espaços de Sombra e Luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: MEYER, D. E., WALDOW, V. R. e LOPES, M. J. M. (org.) **Marcas da Diversidade** : saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 27-42.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª edição, São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. 269 p.

MUÑOZ, D. R. e FORTES, P. A . C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F., OSELKA, G. e GARRAFA, V. (org.) **Iniciação à Bioética**. Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NAIDOO, J. e WILLIS, J. **Health Promotion** – foundations for practice. London: Baillière Tindall, 1998. 303 p.

NORTON, L. Health Promotion and Health Education: what role should the nurse adopt in practice? **Journal of Advanced Nursing**. 28 (6), p.1269-1275, 1998.

OLIVEIRA, R. J. Ética e Formação de Professores: algumas pistas para a reflexão. In: CANDAU, V. M. (org.) **Ensinar e Aprender: sujeitos, saberes e pesquisa/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p.163-174.

OLIVEIRA, A. G. R. da C. e SOUZA, E. C. F. de A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. **Odontologia Social: textos selecionados**. Rio Grande do Norte: UFRN, 1998, p. 43-52.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Préambule à la Constitution de l' Organisation Mondiale de la Santé. **Actes Officiels de l' Organisation Mondiale de la Santé** , n.2, p.100, 22 juillet 1946.

PASSOS, E. S. A Ética na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 48, n. 1, p. 85-92, janeiro/março, 1995.

PAUL, C. e REEVES, J.S. Visão Geral do Processo de Enfermagem. In: GEORGE, J. B. e cols. **Teorias de Enfermagem** – os fundamentos à prática profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 21-32.

PENDER, N. J. et al. Health Promotion and Disease Prevention: toward excellence in nursing practice and education. **Nursing Outlook**. v. 40, n. 3, p. 106-112, maio/junho, 1992.

PEREIRA, R. C. J. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: responsabilidade individual ou responsabilidade social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.26, n.3, p.345-350, dezembro, 1992.

PEREGRINO, M. Uma Questão de Saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VALLA, V.V. (org.) **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000. p.61-86.

PIERIN, A.M.G. Orientação Sistematizada do Paciente Hipertenso submetido a Tratamento Ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.20, n.3, p.193-205, dezembro, 1986.

PIERIN, A.M.G. e CAR, M. R. Instrumento de Consulta de Enfermagem a pessoas com Hipertensão Arterial em Tratamento Ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.26, n.1, p.17-32, janeiro, 1992.

- POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 189p.
- ROSETO, J. E. R. e FERRIANI, M. das G. C. Salud-Educación: lo que pudo ser y no es. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.3, p-57-62, julho, 1997.
- SABÓIA, V. M. **Práticas Discursivas de Enfermeiras sobre Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Tese (Doutorado), 1999, 125p.
- SAUL, A. M. **Avaliação Emancipatória - desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo**. 2ª edição. São Paulo ; Cortez, 1994. 151p.
- SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 13ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 1986. 96p.
- SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 12ª edição. São Paulo: Autores Associados, 1996. 248p.
- SCHALL, V. T. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 5 , suplemento 2, p.4-5. 1999.
- SCHALL, V. T. e STRUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. v. 5 , suplemento 2, p.4-5. 1999.
- SMELTZER, S. C. e BARE, B.G. **Brunner/ Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SOUSA, A. L.L. Ensino e a Prática na Formação do Enfermeiro. **Saúde em Debate**. n.42, p. 23-29, março, 1994.
- SPELLBRING, A. M. Nursing's Role in Health Promotion. **Nursing Clinics of North America**. v. 26, n. 4, p. 805-814, 1991.
- STEFANELLI, M. C. O Uso do Jogo Educativo no Ensino da Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.25, n. 03, p.347-361, dezembro, 1991.
- TEIXEIRA, E. R. e TAVARES, C. M. de M. Reflexões sobre a Crise do Paradigma Científico na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n.3, p.271-290, setembro/dezembro, 1997.
- TRENTINI, M. et al. Prática Educativa na Promoção da Saúde com Grupo de Pessoas Hipertensas. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.1, n. 2, p.19-24, julho/dezembro, 1996.

- TURRA, C. M. G. et al. **Planejamento de Ensino e Avaliação**. 10^a edição. Porto Alegre: Editora Sagra, 1986. 307p.
- VALLA, V. V. e MELO, J. A. C. Sem educação ou sem Dinheiro? In: MINAYO, M. C. de S.(org.) **A Saúde em Estado de Choque**. 3ª edição, Rio de Janeiro: FASE/Espaço e Tempo, 1992. 269 p.
- VALLA , V. V. e STOTZ, E. N. **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- VARZIN, A . S. e NERY, M. E. da S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RML&L Gráfica, 1996. 191p.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ªedição. São Paulo: Hucitec, 1997. 167p.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec/ Ministério da Saúde, 1999. 332p.
- VEIGA, E. V. et al. Estudo dos Fatores de Risco da Hipertensão Arterial: conhecimento e exposição. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 3, n.6, suplemento A, p. 1-5,novembro/dezembro, 1993.
- VIEIRA, P. M. et al. O Teatro como Alternativa de se Educar em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p.372-382, janeiro/abril, 1999.
- WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R; LOPES, M. J. M. e MEYER, D. E. (org.) **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 07- 30
- WHO/ISH (World Health Organization/ International Society of Hipertension). **Guidelines for the Management of Hipertension**, 1999. Disponível em <http://www.who.int/m/topicgroups/who_organization/em/index.html> Acesso em 30 nov.2001.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso : planejamento e métodos**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.
- YUNES, J. Promoção da Saúde. **Revista Promoção da Saúde**. Ano 1, no. 1, 1999. Entrevista.
- ZAGO, M.M.F. O Papel do Enfermeiro Hospitalar no Ensino de Paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.26, n. 03, p.359-364, dezembro, 1992.

ZANEI, S. S. V. et al. Avaliação - um Instrumento Básico de Enfermagem. Cap. 9. In: CIANCIARULLO, T. I. (org.) **Instrumentos Básicos para o Cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 111-135.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

* Planejamento das Atividades:

- Calendário das Atividades
- Registro do Planejamento
(plano de aula, seleção de conteúdo, estratégias)
- Levantamento do contexto e necessidades dos clientes
- Avaliação das atividades

* Atividades Realizadas:

- Abordagem inicial
(expõe objetivos, procura conhecer os clientes, solicita participação dos clientes e investiga suas necessidades)
- Estratégias e recursos utilizados
- Características do material ilustrativo
- Participação dos clientes
- Linguagem utilizada
- Respeito às opiniões, conhecimento prévio e crenças dos clientes
- Domínio do conteúdo
- Informações adequadas às necessidades e realidade dos clientes
- Postura ética
(sugestão de condutas com exposição dos motivos; fornecimento de alternativas; utilização de técnicas coercivas ou manipuladoras, explícitas ou implícitas).
- Técnicas de avaliação.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Características Pessoais e Profissionais

- 1-Idade e sexo
- 2-Tempo de formação em Enfermagem (em anos).
- 3- Realização de cursos de Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado). Especificar a área e ano de conclusão.
- 4- Realização de cursos de capacitação em educação/educação em saúde (atualização, aperfeiçoamento, licenciatura, outros). Especificar o curso e ano de conclusão.
- 5- Locais onde exerce a profissão. Especificar setor de atuação e características da instituição.
- 6- Carga horária de trabalho (semanal/diária). Carga horária de trabalho em educação em saúde.

O Processo de Educação em Saúde.

- 1- O que é educação em saúde?
- 2- Como você considera a prática de educação em saúde, enquanto atividade do enfermeiro?
- 3- Como se sente desempenhando o papel de educador em saúde?
- 4- Analise a participação do cliente no processo de educação em saúde.

Características das Atividades Educativas.

- 1- Que aspectos são levados em consideração no planejamento das atividades educativas de sua clientela?
- 2- Existe a preocupação em conhecer a realidade dos clientes?
(contexto social, cultural e econômico, conhecimentos prévios, crenças, necessidades, etc.)
 - * Em caso afirmativo, quais os mecanismos empregados para conhecer tal realidade?
 - * Como são tratadas as informações obtidas?

3- Em que se baseia sua prática de educação em saúde?

Indique referenciais teóricos/bibliográficos.

4- A partir do que são escolhidos os temas desenvolvidos na atividades de educação em saúde?

5- Quais as atividades educativas realizadas junto à clientela?

Atividades	Objetivos	Frequência

6- De que forma são desenvolvidas as atividades de educação em saúde? Descreva técnicas, materiais, recursos, etc.

7- Descreva a participação dos clientes nessas atividades.

Avaliação da Prática de Educação em Saúde.

1- Você se sente preparado para realizar atividades educativas?

2- Em que se traduz a eficiência de sua prática educativa?

- satisfação pessoal e profissional
- adequação à clientela
- métodos de avaliação dos resultados

3- Aponte fatores positivos e negativos em relação à sua prática educativa.

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO

Prezado (a) colega,

O presente instrumento foi elaborado a partir das principais informações fornecidas por você e pelos demais enfermeiros na fase de coleta de dados de nossa pesquisa e correspondem às afirmações da maioria dos participantes. O nosso objetivo ao apresentá-las é validar as informações obtidas, para que a análise corresponda com fidedignidade ao material coletado.

Para que isso ocorra, siga as seguintes instruções: realizar a leitura de cada uma das assertivas e marcar apenas 01 (uma) das opções. Se desejar, pode corrigir a afirmação (caso não concorde), complementá-la e /ou fazer sugestões.

O Processo de Educação em Saúde.	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Se desejar, faça correções ou sugestões.
A educação em saúde consiste no fornecimento de orientações ao cliente, visando mudanças no seu comportamento.				
A educação em saúde é uma atividade muito importante do enfermeiro.				
Sinto-me bem, útil e gratificado ao exercer o papel de educador em saúde.				
A participação do cliente no processo educativo depende da forma como ele é atendido pelo enfermeiro.				

O Processo de Educação em Saúde.	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Se desejar, faça correções ou sugestões.
O cliente precisa sentir-se importante, ser ouvido e ter espaço para expor suas dúvidas.				
A educação em saúde deve incluir o cliente, sua família e a comunidade.				
A educação em saúde é uma troca de experiências.				
Ao desenvolver o processo educativo precisa-se conhecer o contexto social, cultural, econômico do cliente.				
No processo educativo, deve-se valorizar o conhecimento e a experiência prévia do cliente.				
As informações acerca dos clientes são obtidas através da consulta de enfermagem e registradas no histórico e evolução.				
Quando se detectam problemas de ordem social / psicológica, os clientes são encaminhados para os profissionais responsáveis.				
As Atividades Educativas	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Se desejar, faça correções ou sugestões.
As ações educativas objetivam identificar problemas / fornecer orientações, visando maior adesão ao tratamento.				

As Atividades Educativas	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Se desejar, faça correções ou sugestões.
O planejamento das atividades educativas e a seleção dos conteúdos de ensino baseiam-se nos aspectos relativos à hipertensão arterial e são obtidos a partir de livros e recomendações do Ministério da Saúde.				
Minhas atividades educativas estão fundamentadas em treinamentos, leituras e pesquisas acerca da hipertensão arterial.				
As ações educativas que desenvolvo não estão fundamentadas em referenciais pedagógicos.				
As consultas de enfermagem priorizam a verificação de comportamentos de adesão ao tratamento.				
Os enfermeiros agem independentemente, sem que haja uma uniformização na metodologia assistencial e de ensino.				
O Processo de Enfermagem contribui e facilita as ações de educação em saúde.				
As técnicas e os recursos utilizados nas atividades educativas consistem basicamente em exposição oral e uso de retroprojeter, álbum seriado e folhetos informativos.				

A Avaliação da Prática Educativa	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Se desejar, faça correções ou sugestões.
Sinto-me preparado para exercer atividades de educação em saúde, mas acredito que preciso sempre buscar novos conhecimentos.				
Estou satisfeito com minha prática educativa e acredito que minhas ações estão adequadas à clientela.				
O principal método de avaliação dos resultados das ações educativas é o retorno do cliente.				
Não utilizo um instrumento formal de avaliação das minhas atividades educativas.				

Anotações, se julgar necessárias:

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título da Pesquisa: As Ações de Educação em Saúde realizadas por Enfermeiros, junto à Clientes Portadores de Hipertensão Arterial
2. Modalidade: Tese de Doutorado.
3. Pesquisador: Edna Maria Dantas Guerra.
4. Cargo Função: Enfermeira / Aluna do Curso de Doutorado.
5. Unidade: Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

. OBJETIVOS DA PESQUISA:

Descrever as atividades de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros.
Analisar os resultados à luz do referencial teórico acerca da educação em saúde e dos pressupostos pedagógicos das tendências progressistas.
Contribuir com sugestões para o desenvolvimento de ações educativas que possibilitem maior adesão dos clientes ao tratamento.

. METODOLOGIA DA PESQUISA:

Estudo de Caso.

. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

Acesso a qualquer tempo às informações relacionadas à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento.
Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

. CONTATO COM O PESQUISADOR:

Edna Guerra.
Rua Mário Studart, 535, apto. 302. Monte Castelo. Fones: 281-5354 / 9989-5252
E-mail: j.cardozo@uol.com.br

. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar e contribuir com a presente pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do informante.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E

O processo de validação consistiu na apresentação dos resultados iniciais da pesquisa às pessoas que nela participaram, objetivando sua confirmação ou possíveis alterações.

De acordo com Yin (2001), este procedimento tem como finalidade corroborar os fatos e as evidências que serão apresentados no relatório final do estudo. Os participantes podem discordar das conclusões e interpretações do pesquisador, porém não deve haver discordância em relação aos fatos.

No presente estudo, a maioria das proposições apresentadas foram confirmadas pelos participantes e não ocorreu que alguma assertiva fosse totalmente negada.

A seguir, serão apresentados três quadros que contêm o resultado da validação, seguidos de comentários considerados necessários, principalmente quando o índice de não confirmação foi elevado.

Vale ressaltar que as proposições e interpretações decorrentes da análise das evidências foram apresentadas e discutidas amplamente no capítulo quatro.

QUADRO A - Validação das Proposições sobre o Processo de Educação em Saúde.

Proposições	Respostas	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Total
1- A educação em saúde consiste no fornecimento de orientações ao cliente, visando mudanças no seu comportamento.		04	01	-	05
2- A educação em saúde é uma atividade muito importante do enfermeiro.		05	-	-	05
3- Sinto-me bem, útil e gratificado ao exercer o papel de educador em saúde.		05	-	-	05
4- A participação do cliente no processo educativo depende da forma como ele é atendido pelo enfermeiro.		05	-	-	05
5- O cliente precisa sentir-se importante, ser ouvido e ter espaço para expor suas dúvidas.		05	-	-	05
6- A educação em saúde deve incluir o cliente, sua família e a comunidade.		04	01	-	05
7- A educação em saúde é uma troca de experiências.		05	-	-	05
8- Ao desenvolver o processo educativo precisa-se conhecer o contexto social, cultural, econômico do cliente.		05	-	-	05
9- No processo educativo, deve-se valorizar o conhecimento e a experiência prévia do cliente.		05	-	-	05
10- As informações acerca dos clientes são obtidas através da consulta de enfermagem e registradas no histórico e evolução.		05	-	-	05
11- Quando se detectam problemas de ordem social / psicológica, os clientes são encaminhados para os profissionais responsáveis.		04	01	-	05

Como pode-se observar, os enfermeiros concordaram com a maioria das proposições apresentadas.

Em relação à primeira proposição, o enfermeiro **Ouro** informou que concorda parcialmente, pois sentiu a necessidade de ressaltar que a educação em saúde deve estender-se à família e à comunidade. **Esmeralda** não concorda totalmente com a proposição de número 6, apesar de acreditar que “fazer educação desta forma seria o ideal”, porém alega que na maioria das vezes não existe condições de realizá-la assim. E, quanto a assertiva 11, **Cristal** não concordou totalmente, afirmando que os enfermeiros podem atuar na condução inicial de problemas sociais e psicológicos.

QUADRO B- Validação das Proposições sobre as Atividades Educativas realizadas pelos Enfermeiros.

Proposições	Respostas	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Total
1- As ações educativas objetivam identificar problemas / fornecer orientações, visando maior adesão ao tratamento.		05	-	-	05
2- O planejamento das atividades educativas e a seleção dos conteúdos de ensino baseiam-se nos aspectos relativos à hipertensão arterial e são obtidos a partir de livros e recomendações do Ministério da Saúde.		04	01	-	05
3- Minhas atividades educativas estão fundamentadas em treinamentos, leituras e pesquisas acerca da hipertensão arterial.		03	02	-	05
4- As ações educativas que desenvolvo não estão fundamentadas em referenciais pedagógicos.		02	01	02	05
5- As consultas de enfermagem priorizam a verificação de comportamentos de adesão ao tratamento.		04	01	-	05
6- Os enfermeiros agem independentemente, sem que haja uma uniformização na metodologia assistencial e de ensino.		02	01	02	05
7- O Processo de Enfermagem contribui e facilita as ações de educação em saúde.		05	-	-	05
8- As técnicas e os recursos utilizados nas atividades educativas consistem basicamente em exposição oral e uso de retroprojeto, álbum seriado e folhetos informativos.		05	-	-	05

Em relação às atividades educativas, os enfermeiros concordaram com apenas três das proposições apresentadas (números 1, 7 e 8).

As assertivas que tiveram o menor índice de concordância referem-se às de número 4 e 6. Embora os enfermeiros não concordarem quanto ao fato das atividades não estarem baseadas em referenciais pedagógicos, apenas **Cristal** afirmou que se utiliza das obras de pedagogos progressistas e apontou os fundamentos nos quais baseia sua prática; **Ouro**, apesar de discordar, informou que se fundamenta no Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (que não aborda estes aspectos) e os demais não justificaram suas respostas. Quanto à proposição de número 6, três dos enfermeiros que não concordaram totalmente, referiram-se ao fato de existir uma normatização do serviço (apesar de estar em

processo de reformulação) e que as ações são comuns a todos. Contudo, mediante à coleta de dados, pode evidenciar que apesar da existência de um programa de atendimento, nem todos os enfermeiros se conduzem da mesma forma, nem se utilizam do mesmo modelo assistencial.

As assertivas de número 2, 3 e 5, também não obtiveram total concordância dos enfermeiros, porém estes não apresentaram suas opiniões.

QUADRO C - Validação das Proposições sobre a Avaliação da Prática Educativa.

Proposições	Respostas	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Total
1- Sinto-me preparado para exercer atividades de educação em saúde, mas acredito que preciso sempre buscar novos conhecimentos.		05	-	-	05
2- Estou satisfeito com minha prática educativa e acredito que minhas ações estão adequadas à clientela.		05	-	-	05
3- O principal método de avaliação dos resultados das ações educativas é o retorno do cliente.		05	-	-	05
4- Não utilizo um instrumento formal de avaliação das minhas atividades educativas.		01	03	01	05

Este quadro revela que os enfermeiros concordam com a maioria das afirmativas propostas. A assertiva 4, não apresentou uma boa aceitação, já que apenas **Esmeralda** concordou com a mesma, lembrando mais uma vez, que o serviço encontra-se em processo de reformulação e que existe a pretensão de formalizar a avaliação. Dos quatro enfermeiros que não concordaram, dois não se justificaram. **Ouro** afirmou que aplica um instrumento de avaliação, porém na entrevista não havia fornecido a mesma resposta e nem teve a oportunidade de constatar a utilização de tal instrumento, durante o período de observação do campo e **Cristal** indicou a utilização de um instrumento (que pode comprovar seu emprego), ressaltando ainda, que considera os instrumentos informais significativos.

ANEXOS

ANEXO A

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE – SESA
HOSPITAL DE MESSEJANA /DITEC /UNENF

**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

Fortaleza, 06 de outubro de 2000

Pesquisadora Responsável: Edna Maria Dantas Guerra

Departamento: Educação Continuada/ Unidade de Enfermagem

Título: Análise dos Enfoques Pedagógicos em Ações de Educação em Saúde desenvolvidas por Enfermeiros – Estudo de Caso.

Levamos ao conhecimento de V. Sa. que o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Messejana/CONEP, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/MS, resolução nº 196/96, resolução nº 251/97, publicado no diário oficial da União em outubro/96 e set/97, respectivamente, aprovou o projeto supra-citado.

Aguardamos, posteriormente, o resumo do relatório final da pesquisa em apreço.

Ana Ruth Macêdo Monteiro

Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro Representante do
Comitê de Ética e Pesquisa do HM

ANEXO B

Dados Socio-Econômicos dos Clientes

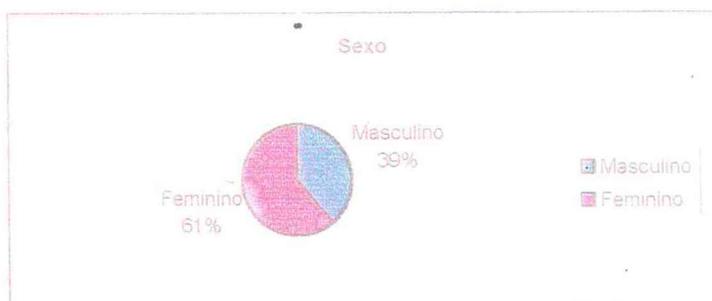
Fonte: Biosintética Assistance- Messejana

Período: 02/05/2000 à 13/12/2001

Total de pacientes: 2998

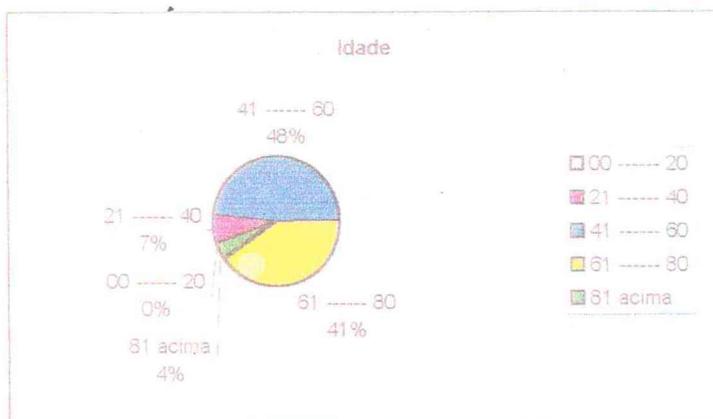
1. Sexo

Masculino	1157
Feminino	1841
TOTAL	2998



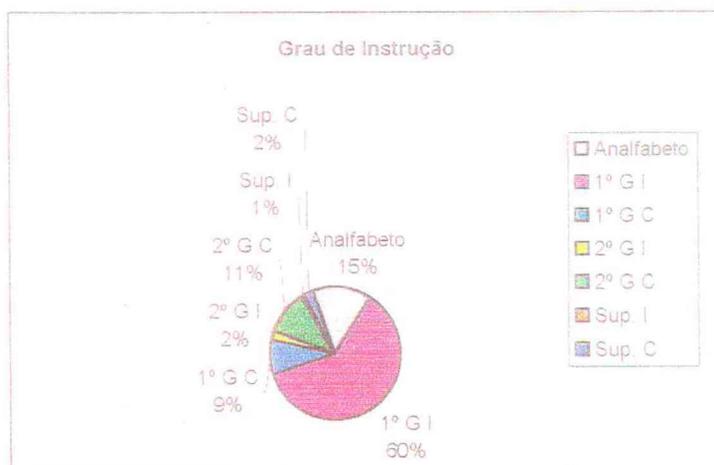
2. Idade

00 ----- 20	11
21 ----- 40	206
41 ----- 60	1438
61 ----- 80	1217
81 acima	126
TOTAL	2998



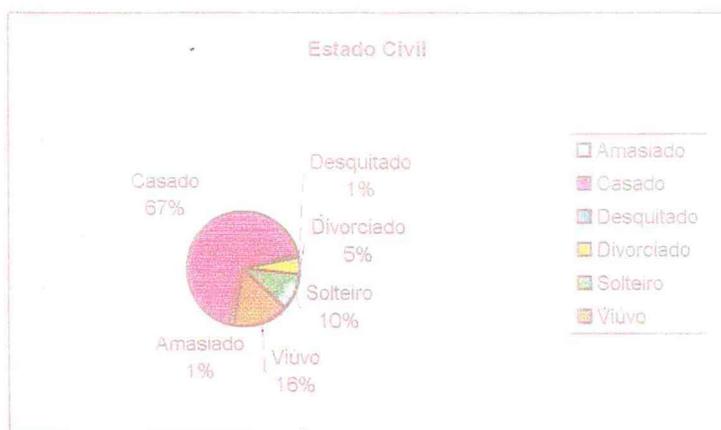
3. Grau de Instrução

Analfabeto	443
1º G I	1821
1º G C	255
2º G I	59
2º G C	326
Sup. I	31
Sup. C	63
TOTAL	2998



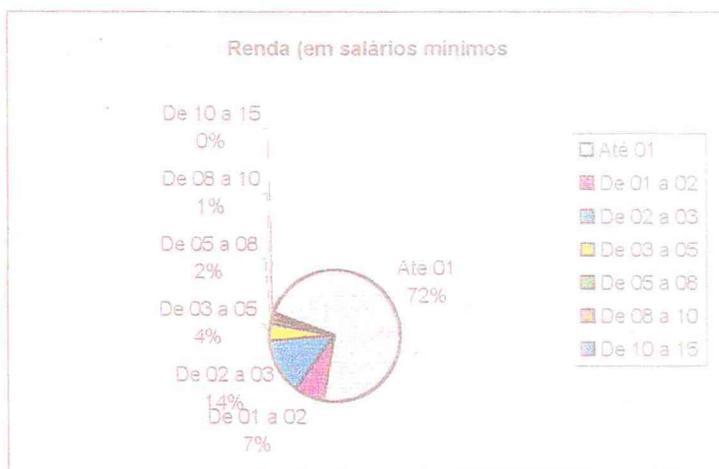
4. Estado Civil

Amasiado	38
Casado	2004
Desquitado	35
Divorciado	135
Solteiro	310
Viúvo	476
TOTAL	2998



5. Renda (em salários mínimos)

Até 01	2162
De 01 a 02	220
De 02 a 03	407
De 03 a 05	122
De 05 a 08	48
De 08 a 10	33
De 10 a 15	6
TOTAL	2998



ANEXO C

UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS - UNPEX

LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
DO
HOSPITAL DE MESSEJANA

FORTALEZA-CEARÁ

1999

PROGRAMA:

“ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR AO
CLIENTE HIPERTENSO”

I - Introdução

II - Justificativa

III - Revisão da literatura

IV - Objetivos

V - Metodologia

1. Atividades do programa

2. Estratégia

3. Aprazamentos

4. Exames complementares

5. Critérios de alta

VI - Recursos

1. Humanos

2. Materiais

VII - Processo de Avaliação

I - INTRODUÇÃO

O Hospital de Messejana - HM, constitui-se em uma instituição de referência estadual, Norte e Nordeste, no atendimento a clientes com doenças cardio-respiratória, nos níveis primários, secundário e terciário, priorizando suas ações referentes aos dois últimos níveis de atenção à saúde.

A excessiva e crescente demanda espontânea de hipertensos vem se tornando uma constante, gerando sobrecarga do atendimento e prejudicando o processo de priorização de casos graves.

A Unidade de Pacientes Externos - UNPEX, vem desenvolvendo vários programas relacionados com patologias do coração e do pulmão, através das ações preventivas e de promoção da saúde.

Tendo em vista a considerável eficiência dos serviços que o hospital oferece aos seus usuários, esta clientela reluta em inserir-se no sistema de contra-referência, preferindo ser acompanhada nesta instituição.

Diante desta realidade, em setembro/1996, a equipe multiprofissional da UNPEX implantou o programa multidisciplinar na abordagem do controle da HAS, proporcionando ao cliente atendimento específico, eficiente e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida do cliente hipertenso, estendendo as ações preventivas à família e à comunidade.

O programa é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, e interdisciplinar, que através de diferentes abordagens, proporcionarão ao cliente, à família e à comunidade uma gama maior de informações, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, o benefício será estendido a toda a equipe de saúde que será enriquecida pela troca de informações, reforças mútuos e estímulos trazidos pelos objetivos atingidos.

II - JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial constitui um problema de Saúde Pública, representando um importante fator de risco cardiovascular que repercute na morbimortalidade, cuja fisiopatologia é multifatorial. Estima-se prevalência entre 15 a 20 % na população adulta com idade a partir de 20 anos.

A hipertensão tem, origem multicausal e multifatorial, e o meio ambiente exerce influência na sua gênese. Pois o seu aparecimento está relacionado ao estilo inadequado de vida sem contudo, desconsiderar os fatores constitucionais (sexo, idade, raça e história familiar).

O tratamento inicial da hipertensão envolve uma abordagem não farmacológica, que são medidas modificadas do estilo de vida. Como sabemos, ela é controlável, permitindo que o cliente mantenha sua qualidade de vida. No entanto, ela matará se medidas eficazes de controle não forem implementadas.

O perfil epidemiológico da população cearense têm caracterizado as doenças do aparelho circulatório (DAC) como as principais causas de morte no estado. Sendo a hipertensão arterial importante fator predisponente de eventos mórbidos como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência cardíaca, torna-se necessário um esforço conjunto das instituições de saúde no sentido de conscientizar a comunidade sobre os aspectos que envolvem a prevenção, o tratamento e as complicações da doença.

Conforme informações fornecidas pelo Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde, a situação se mostra mais caótica em nossa Capital e nosso Estado:

- Entre os anos de 1994 e 1995, a mortalidade por doença do aparelho circulatório foi elevada em relação às outras causas, em Fortaleza-Ce.
- A mortalidade por doença cérebro-vascular, nos dois sexos e nas respectivas faixas etárias 60-69 anos para o sexo feminino e 55-60 para o sexo masculino, foi elevada entre os anos de

1990 e 1993. Observa-se que este predomínio de óbitos, ocorreu entre o final da Segunda idade, portanto, pessoas economicamente ativas. O que deve preocupar o profissional são as medidas de controle e de prevenção da doença cardiovascular que devem ser implementadas hoje, pois daqui a alguns anos, a população terá mais idosos.

O estilo de vida da população brasileira tem contribuído substancialmente para a elevação da incidência da hipertensão arterial, onde o fator estresse tem sido uma constante no dia a dia.

Vale salientar que há tempos atrás o contingente de idosos na população hipertensa constituía a maioria, o que é um fenômeno natural. A hipertensão arterial é um problema freqüente na 3ª idade, porém, a "performance" está se modificando. O número de casos entre as faixas etárias inferiores, incluindo os adolescentes, está tornando o problema mais caótico, devido, a sua repercussão na população economicamente ativa.

Diante desta problemática, tornou-se necessário a implantação deste programa, onde paralelamente a ação terapêutica do hipertenso, deve ser feita através de abordagem biopsicossociopsiritual. Portanto, deve-se levar em consideração custos sociais envolvidos, tais como: invalidez, absenteísmo e qualidade de vida de forma insatisfatória. Vale enfatizar, que a hipertensão é atualmente, uma das principais causas de licença médicas e de aposentadoria precoce.

O pilar do tratamento desta enfermidade é primordialmente a educação transformadora, a qual consiste na atuação da equipe em conscientizar o cliente, no sentido de mudar seus hábitos e estilos de vida, melhorando a sua qualidade de vida, reduzindo a taxa de morbimortalidade por doença cardiovascular e cérebro-vascular associada a hipertensão arterial, e integrando à sociedade.

Enfim, este programa representa o instrumento para a extensão das ações de saúde ao cliente, à família e a comunidade, através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando promover uma qualidade de vida melhor.

III - REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão é uma doença de alta prevalência e com repercussão importante na morbimortalidade cardiovascular. Portanto é uma situação clínica multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial elevados.

Então, a hipertensão é uma doença vascular sistêmica que deixa marcas em "órgãos-alvo" - coração, cérebro e rins - através do aumento progressivo da resistência vascular ao fluxo sanguíneo.

O quadro clínico em geral o paciente com hipertensão arterial é assintomático ou oligossintomático.

Segundo a OMS, hipertenso é todo indivíduo adulto com idade maior ou igual a 20 anos, com valores de pressão arterial diastólica igual ou maior 95 mmhg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes.

RISCOS E CAUSAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:

a) FATORES CONSTITUCIONAIS:

* **Idade:** A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade.

* **Sexo:** Até os 45 anos a hipertensão arterial é mais freqüente no homem, após esta idade a freqüência é igual para os dois sexos. Entre jovens do sexo masculino, a prevalência da hipertensão limítrofe é de 10 %, esta prevalência é menor nas jovens do sexo feminino.

* **Obesidade:** O peso corporal tem relação direta com o nível da pressão arterial: indivíduos obesos apresentam maior prevalência de hipertensão arterial que os não obesos e a redução do peso corporal reduz os níveis de pressão arterial.

* **Fatores Genéticos – Raça e História Familiar:**

A raça negra possui maior prevalência de hipertensão arterial e maior ocorrência de complicações devido à elevação da pressão arterial. A maior prevalência de hipertensão arterial em gêmeos idênticos do seu par hipertenso é bastante conhecida, bem como a maior probabilidade do desenvolvimento de hipertensão arterial e também de suas complicações em familiares diretos de pacientes hipertensos com complicações hipertensivas.

b) **FATORES AMBIENTAIS:**

* **Ingestão de Sal:**

Existe evidência, tanto epidemiológica quanto experimental, de que a ingestão de sal está ligada à hipertensão arterial: o excesso favorece a mesma, enquanto que, a redução pode reduzir os níveis pressóricos dos hipertensos, ou mesmo prevenir o aparecimento da hipertensão arterial.

* **Alcoolismo:** A ingestão exagerada de bebida alcoólica pode elevar a pressão arterial.

* **Drogas:** Medicamentos que aumentam a pressão arterial: anticoncepcionais, corticóides em geral, cabenoxolona, alcaçuz, hormônios tireoideanos, inibidores da monoamino-oxidase, derivados de ergotamina, descongestionantes nasais, antiasmáticos com base em simpático-miméticos, anfetaminas e midriáticos baseados em fenilefrina.

* **Tabagismo:**

É possível que o fumo tenha uma relação direta, embora branda com pressão arterial. Mas o efeito mais evidente é o dramático aumento de risco cardiovascular do fumante.

* **Gordura:** A gordura animal (saturada) parece elevar a pressão arterial.

* **Fatores Ambientais Ligados ao Trabalho:**

Fatores psicológicos: estresse;

Agentes físicos: ruído, vibração, calor excessivo;

Agentes químicos: nitrato, explosivos e benzina;

Metais pesados: chumbo e cádmio.

* **Classe social:**

A classe social baixa social baixa é um fator de risco independente para a cardiopatia isquêmica e mais importante que o colesterol sérico, o tabagismo ou a hipertensão arterial.

* **Ingestão Excessiva de Café e de Outras Bebidas que contenham Cafeína;**

A qualidade de cafeína presente em 03 xícaras de café tem efeito hipertensor, possivelmente, por ativação de aminas simpático-miméticos.

* **Sedentarismo:**

Já foi comprovado que o sedentarismo e a inatividade física podem aumentar consideravelmente o risco de ataque cardíaco. O exercício físico melhora a capacidade cardiovascular e previne as doenças cardiovasculares.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL CLASSIFICA-SE:

a) DE ACORDO COM A ETIOLOGIA:

*** Primária:**

Compreendendo 95% das hipertensões e sem causa conhecida.

*** Secundária:**

Correspondendo ao restante das hipertensões, ou seja, 0,5%, e de causa conhecida: doenças renais (glomerulonefrite aguda e crônica, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo e tumores renais), doenças endócrinas (hipertireoidismo, hipotireoidismo, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, diabetes mellitus...) pré-eclâmpsia e eclâmpsia, ingestão de drogas hipertensoras.

b) DE ACORDO COM A SEVERIDADE:

*** Hipertensão Leve:**

De 70 a 75% da população hipertensa, e de 95 a 104 mmHg para a diastólica e de 160 a 179 mmHg para a sistólica.

*** Hipertensão Moderada:**

De 105 a 114 mmHg para a diastólica e de 180 a 199 mmHg para a sistólica. Corresponde de 20 a 25% da população hipertensa.

*** Hipertensão Grave:**

Igual ou acima de 115 mmHg para a diastólica e igual ou ainda de 200 mmHg para a sistólica. Corresponde de 0 a 5% da população hipertensa.

*** As complicações cardiovasculares causadas pela hipertensão conforme o órgão afetado**

- No **coração**: hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca aguda e miocardiopatia dilatada.
- No **cérebro**: acidente vascular cerebral hemorrágico e isquêmico.
- Nos **rins**: nefroesclerose.
- Nos **olhos**: retinopatia hipertensiva.
- Nas **artérias**: angina pectoris, infarto do miocárdio, dissecação da aorta, aterosclerose aórtica, cardiopatia coronária aterosclerótica, infarto cerebral aterotrombótico.

*** O tratamento da hipertensão arterial consiste em duas modalidades:**a) **Tratamento não medicamentoso - medidas higieno-dietéticas:**

- **Dieta adequada ou mudança de hábitos alimentares:** Redução do peso corporal para os pacientes e manutenção do peso dos demais casos (dieta hipocalórica), redução da ingestão de gorduras, aumento do teor de fibras na alimentação e redução da ingestão de café e de outras bebidas que contenham cafeína.
- **Combate ao sedentarismo:** Um programa regular de exercícios isotônicos ou dinâmicos que estimulem o indivíduo a andar, correr ou nadar, certamente ajudará de várias maneiras o hipertenso. A frequência deve ser diária, com duração de 40 a 60 minutos e de intensidade leve. Os exercícios deverão obrigatoriamente ser indicados ou contra-indicados pelo médico.
- **Combate ao estresse:** A enfermeira deve orientar o cliente sobre as técnicas de relaxamento e controle das emoções e as atividades de lazer.
- **Abolição do tabagismo:** Nossa responsabilidade nesta etapa é fundamental, onde deve-se implementar ações que levem o paciente fumante a deixar de fumar e principalmente, que

desestimulem o não fumante a começar a fumar. Outro objetivo é conseguir que todos possam trabalhar e viver em ambientes livres da poluição pelo fumo.

- **Suspensão de drogas hipertensivas:** É evidente que a suspensão de drogas constitui atividade exclusiva do médico. Porém, a atuação do Enfermeiro nesta etapa, volta-se para o incentivo às mulheres em usar os meios contraceptivos naturais ao invés, de usar os anticoncepcionais, cujo efeito.

b) Tratamento medicamentoso:

Esta modalidade de tratamento é associada quando o tratamento básico ou medidas higieno-dietéticas, por si só não consegue manter a pressão arterial controlada, e é de responsabilidade médica, porém, a atuação do Enfermeiro é fundamental nos seguintes aspectos:

- Checagem sobre a tomada dos medicamentos conforme prescrição médica.
- Indagação sobre às queixas do clientes relacionadas com os efeitos colaterais das drogas, encaminhando para consulta médica, caso seja necessário ou para farmacêutica/farmacovigilância.

* Os objetivos do tratamento da hipertensão arterial são:

- Reduzir a pressão arterial a níveis inferiores a 160 mmHg de pressão sistólica e inferiores a 95 mmHg de pressão diastólica.
- Reduzir a mortalidade ou probabilidade de óbito por doença cardiovascular e associado da hipertensão arterial.
- Minimizar e controlar as conseqüência das lesões ao nível dos "órgãos-alvo" (cérebro, coração, rins, aorta, olhos) produzidos pela hipertensão arterial.
- Melhorar a qualidade de vida do paciente.

As intervenções do Enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial, são: consulta com monitoração do pulso e da pressão arterial, controle de peso, sessões educativas e curso para a clientela com participação de outros profissionais (médico, farmacêutico, Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo, etc.), que objetivam:

- Adesão do cliente ao tratamento;
- Bons hábitos higiene - dietéticos e de estilo adequado de vida;
- Integração e/ou reintegração social.

IV - OBJETIVOS:

1. GERAL

Atender a demanda de hipertensos de forma holística e promover a qualidade de vidas do cliente, estendendo ações preventivas à família e a comunidade.

2. ESPECÍFICOS;

- Garantir o atendimento sistematizado ao cliente hipertenso;
- Promover educação para a saúde com vistas a conscientização da doença, tratamento e complicações;

- Acentuar a importância das medidas higiênico-dietéticas no controle da hipertensão arterial;
- Sistematizar o uso adequado de drogas antihipertensivas;
- Reduzir a morbi-mortalidade através do controle eficaz da hipertensão científicas;
- Implantar a Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso;
- Incentivar a adesão do cliente ao tratamento;
- Integrar e reintegrar o hipertenso à sociedade.

V - METODOLOGIA:

O programa em reestruturação vem sendo desenvolvido por uma equipe multiprofissional da Unidade de Pacientes Externos do Hospital de Messejana, que beneficia toda clientela hipertensa atendida nesta instituição, estendendo as ações preventivas e à comunidade.

1. ATIVIDADES DO PROGRAMA:

As atividades do programa beneficiarão toda a clientela hipertensa atendida na instituição, estendendo as ações preventivas aos seus familiares. Essa atividade desenvolvida nas áreas:

Administrativa:

- Planejamento de normas de atendimentos e estabelecimento de critérios para avaliação e supervisão, definindo os níveis de competência;
- Manutenção de cadastro ou informatização de dados;
- Reuniões administrativas;
- Intercâmbio com instituições que desenvolvem trabalhos com hipertensão arterial a nível internacional, nacional, regional e local;

Educativa:

- Organização de grupos de estudo multiprofissional e interdisciplinar na própria instituição;
- Reciclagem da equipe;
- Treinamento de profissionais para a implantação de programas de atendimento integrado ao hipertenso, na capital e no interior;
- Acompanhamento de estagiários dos vários cursos: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, etc. favorecendo a integração docente-assistencial;
- Organização de grupo para estudo clínico de interesse da equipe;
- Dinâmicas educativas na área de prevenção e promoção do autocuidado e qualidade de vida:
- Curso sobre hipertensão arterial ministrado pela equipe aos clientes novos e familiares, com aprazamento bimensal;
- Sessão educativa para clientes novos, por ocasião da primeira consulta de enfermagem.
- Palestra na sala de espera, ministradas pela equipe aos clientes com consulta de retorno.

Assistencial:

- Pré-consulta. Neste procedimento é feito o primeiro contato do cliente com o serviço, através do Enfermeiro. São coletados informações gerais e específicas da hipertensão, aprazamento de consultas com a equipe básica, solicitação de exames complementares, encaminhamento para curso e sessão educativa. Os clientes são procedentes do guichê;

- Consulta (primeira). Pode ser realizada pela equipe subsequente à pré-consulta. São coletadas todas as informações sobre o cliente e família e fornecidas todas as orientações necessárias para dar início ou continuidade ao tratamento. Os clientes serão encaminhados para a sessão educativa e, se necessário às seções de relaxamento;
- Consulta subsequentes: Tem como objetivo o acompanhamento do cliente pela equipe básica, onde será avaliado e reforçado orientações sobre o tratamento e quando necessário será encaminhado para equipe de apoio;
- Pós-consulta – Tem como objetivo reforçar as orientações dadas pelo médico, e ocorre logo após a consulta médica com o farmacêutico e eventualmente por outros profissionais da equipe;
- Interconsulta. É um procedimento realizado pela equipe mediante as consultas com o cliente, quando é necessário prescrever as consultas independentes.
- Sessão de relaxamento. A finalidade deste procedimento na área cardiovascular, é conduzir o cliente ao controle do estresse crônico. É realizado pela equipe multiprofissional.

Pesquisa:

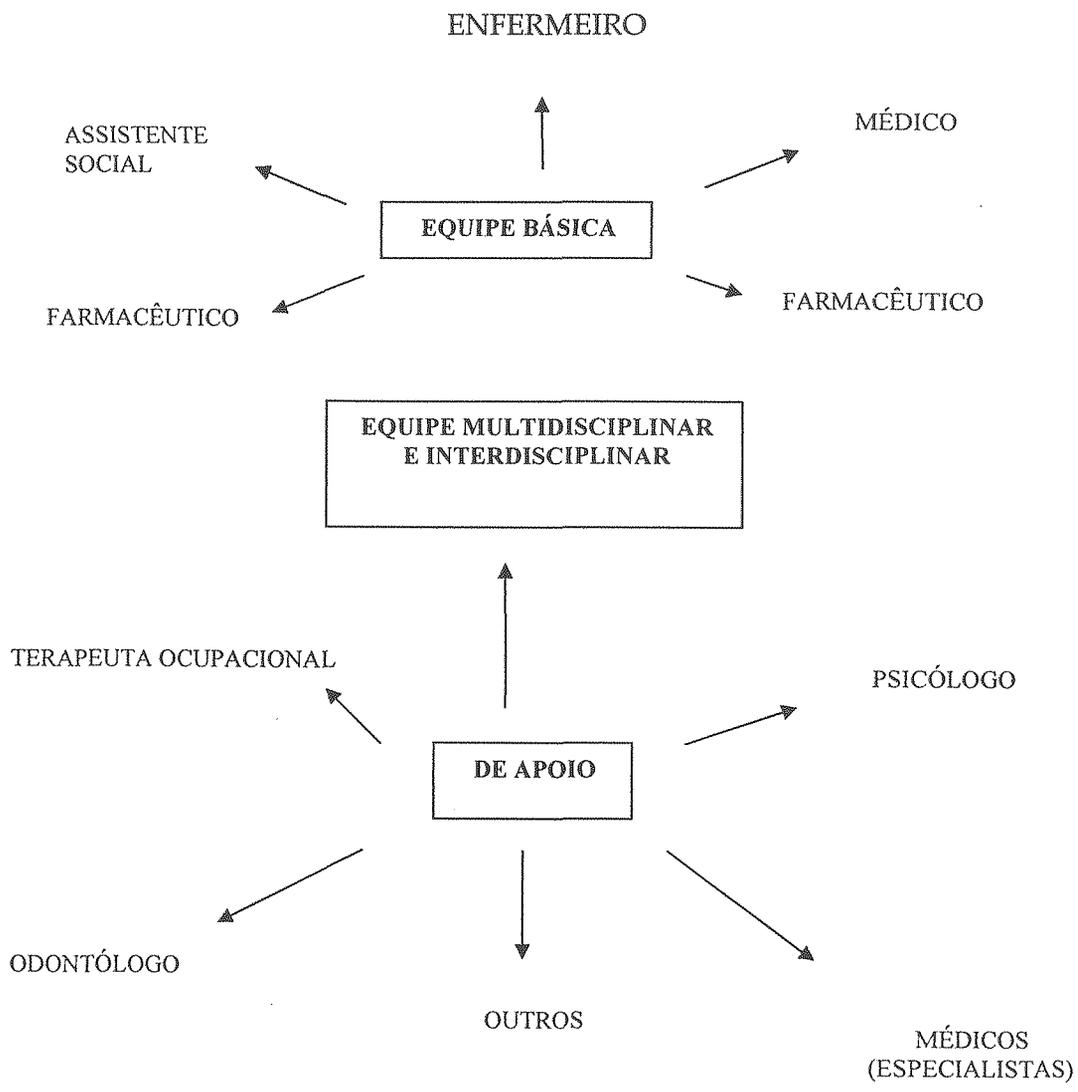
- Pesquisa bibliografia e documental de suporte científico ao programa;
- Apresentação de trabalhos científicos em congressos e outros eventos científicos;
- Reuniões científicas;
- Publicação de produções científicas;
- Informatização de dados.

2. ESTRATÉGIAS

As ações globais serão desenvolvidas em quatro níveis:

- Nível 1 – Atendimento individualizado:

O cliente hipertenso será atendido de forma individualizada pela equipe básica: Enfermeiro, Médico, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente Social de acordo com suas necessidades pela equipe de apoio: Educador Físico, Assistente Social, Médico (Angiologista, Cardiologista, Oftalmologista, Endocrinologista, Psiquiatria, Nefrologista e Odontólogo).



- Nível 2 – Educação para a saúde:

A educação é o pilar do tratamento da hipertensão arterial. O enfoque educativo conduz o cliente para a prática do autocuidado e conseqüentemente agente multidisciplinar das ações de saúde, junto à família e comunidade.



As atividades educativas serão desenvolvidas pela equipe (ações em grupo), envolvendo as temáticas:

1. Conceito e mecanismos de controle da pressão arterial;
2. Causas da hipertensão arterial;
3. Complicações cardíacas, cerebrais e renais;
4. Fatores vulneráveis à hipertensão arterial;
5. Orientações sobre medicamentos;
6. Hábitos alimentares saudáveis;
7. Expectativa e qualidade de vida dos hipertensos;
8. Relaxamento;
9. O processo de stress;
10. Mensuração, classificação e monitorização de pressão arterial;
11. Significado dos exames laboratoriais;
12. Outros temas.

- Nível 3 – Estímulo ao associativismo:

Será implementada a "associação cearense de assistência ao hipertenso/ACAHI, que além de congregar associados para seu desenvolvimento, lazer e conquistas conjuntas deverá estimular a criação das "ligas distritais" nos 14 distritos da grande Fortaleza, que funcionarão como núcleos colaborativos no trabalho globalizado de prevenção e controle da Hipertensão Arterial. A ACAHI é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, com diretoria eleita e regida por estatuto próprio. Seus associados receberão carteira de identificação e cartão para registro de curva de controle de pressão arterial. As reuniões acontecerão mensalmente e serão planejadas com o apoio da equipe multidisciplinar, porém conduzidas pelos elementos da própria diretoria. Nelas serão enfocadas assuntos de interesse da comunidade de hipertensos assim como especificidades inerentes à sua proposta de trabalho. Também será viabilizado através da ACAHI, informativo trimestral como instrumento de integração e atualização da categoria. Também deverão ser programadas campanhas de cunho educativo com o objetivo de divulgar a missão da associação e conscientizar a população para os riscos da hipertensão arterial. Periodicidade: reuniões mensais na última Sexta-feira de cada mês.



3- APRAZAMENTO

ATIVIDADES	ÁREA	PROFISSIONAIS	APRAZAMENTO
Planejamento	ADMINISTRATIVA	Equipe	Anual
Avaliação		Equipe	Semestral
Reuniões		Equipe	Bimestral
Intercâmbio		Equipe	Por Ocasião de Eventos
Pesquisa Documental		Equipe	Frequentemente
Avalização		Apoio Administrativo	Semestral
Informatização de Dados		Equipe	Sempre que for Solicitado
Estudo Clínico	EDUCATIVA	Equipe	Bimestral
Treinamento		Equipe	Sempre que for solicitado
Reciclagem da Equipe		Equipe	Semestral
Divulgação de Informação		Equipe	Por ocasião de eventos
Acompanhamento de Estagiário		Equipe	Continuamente
Curso para Cliente		Equipe	Bimestral
Sessão Educativa		Equipe	Diariamente logo após consulta
Palestra Satélites	Equipe	Semanal	

ATIVIDADES	ÁREAS	PROFISSIONAIS	APRAZAMENTO	
Pré-Consulta	ASSISTENCIAL	Enfermeiro	Imediata ao encaminhamento do cliente pelo guichê	
		Assistente Social	Após a pré-consulta (depende do agendamento do profissional)	
Consulta (primeira)		Enfermeiro	30 dias (depende da condição clínica do cliente)	
Consulta Subsequente		Médico	60 dias (depende da condição clínica do cliente)	
		Nutricionista	Após a pré-consulta (depende da condição clínica ou agendamento do profissional)	
		Enfermeiro	60 dias (depende da condição clínica do cliente)	
		Médico	30,60,90 e 120 dias (depende da condição clínica do cliente)	
		Outros		
Pós-consulta			Farmacêutico	Imediata a consulta médica
Relaxamento		PESQUISA	Outros	
Relaxamento	Equipe		Depende da necessidade do cliente	
Reuniões	Equipe		Sempre que necessário	
Pesquisa Bibliográfica	Equipe		Frequentemente	
Investigações Científica	Equipe		Continuamente	
Publicações de Produção Científica	Equipe		Anual	
Informatização dos Dados			Apoio administrativo	Sempre que for necessário

4- EXAMES COMPLEMENTARES (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO)

AVALIAÇÃO	EXAMES	APRAZAMENTOS	PROFISSIONAIS
BÁSICA	Urina: bioquímica e sedimento	Pré-consulta	Enfermeiro
	Potássio		
	Glicemia		
	Colesterol total e frações		
	Triglicerídios	Consultas (primeira e subsequentes) Quando forem necessárias	Médico Nutricionista Enfermeiro
	Creatinina/Uréia		
	Ácido úrico		
	Hemograma		
	Cálcio		
	Eletrcardiograma	Consulta primeira	Médico + Enfermeiro
Raio X do tórax			
COMPLEMENTAR	Monotorização ambulatorial da AP (MAPA)		Médico
	Ecocardiograma	Se necessário	Médico
	Raio X do tórax	Anual	Médico
	Teste de esforço	Se necessário	Médico
	Proteinúria de 24h	Anual	Médico
	TSH	Se necessário	Médico

3. CRITÉRIO DE ALTA:

A hipertensão arterial é um agravo de evolução crônica e sem critério de cura para os casos que serão abrangidos pelo programa. Portanto, deverá obedecer aos seguintes critérios de alta:

- Alta por transferência:

O encaminhamento do cliente para outra unidade ou instituição de referência, será caracterizada alta por transferência. A transferência deverá ser feita através de documento padronizado, que conterá as informações: diagnóstico, tratamento, motivo da transferência e outras julgadas necessárias.

- Alta por óbito:

A alta por óbito será dada ao cliente, inscrito no programa, vir a falecer por qualquer causa. Alta será dada, logo que a instituição seja informada especialmente. Todas as informações supra-citadas, devem ser inseridas no banco de dados (informatização de dados).

IV - RECURSOS:

1 - Humanos:

Profissionais necessários à implementação das atividades do programa distribuídos por equipe:

Básica: Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Nutricionista, Farmacêutico.

De apoio: Médico Especialista (Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista, Nefrologista, Psiquiatria), Psicólogo, Terapeuta Ocupacional

Apoio Administrativo.

* Competências:

Assistente Social:

- Consulta: Entrevista social - para identificação sócio-econômico e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência e levantamento de expectativas para o tratamento;
- Atualização do cadastro de recursos sociais (para encaminhamento das dificuldades dos clientes e família que possam interferir na terapêutica);
- Contato e busca de faltosos;
- Coordenação do serviço;
- Agendamento de consultas;
- Agendamento de reuniões;
- Projetos de pesquisa.

Enfermeiro:

- Pré-consulta;
- Consulta (primeira);
- Pós-consulta - Eventualmente;
- Encaminhamento a outros profissionais;
- Aprazamento de consultas;

- Coordenação do serviço;
- Projeto de pesquisa.

Médico:

- Consulta (primeira);
- Consulta retorno;
- Encaminhamento para outros profissionais;
- Coordenação do serviço;
- Projeto de Pesquisa;
- Interconsulta (especialidades médicas).

Nutricionista:

- Consulta (primeira)
- Consulta de retorno - Eventualmente;
- Encaminhamento a outros profissionais;
- Pós-consulta - Eventualmente;
- Coordenação do serviço.

Farmacêutico:

- Pós-consulta. Reforço às orientações sobre o tratamento medicamentoso;
- Planificação do quantitativo de droga no serviço;
- Manuseio e cuidado com o uso de medicamento;
- Coordenação do serviço;
- Projeto de pesquisa.

Psicólogo:

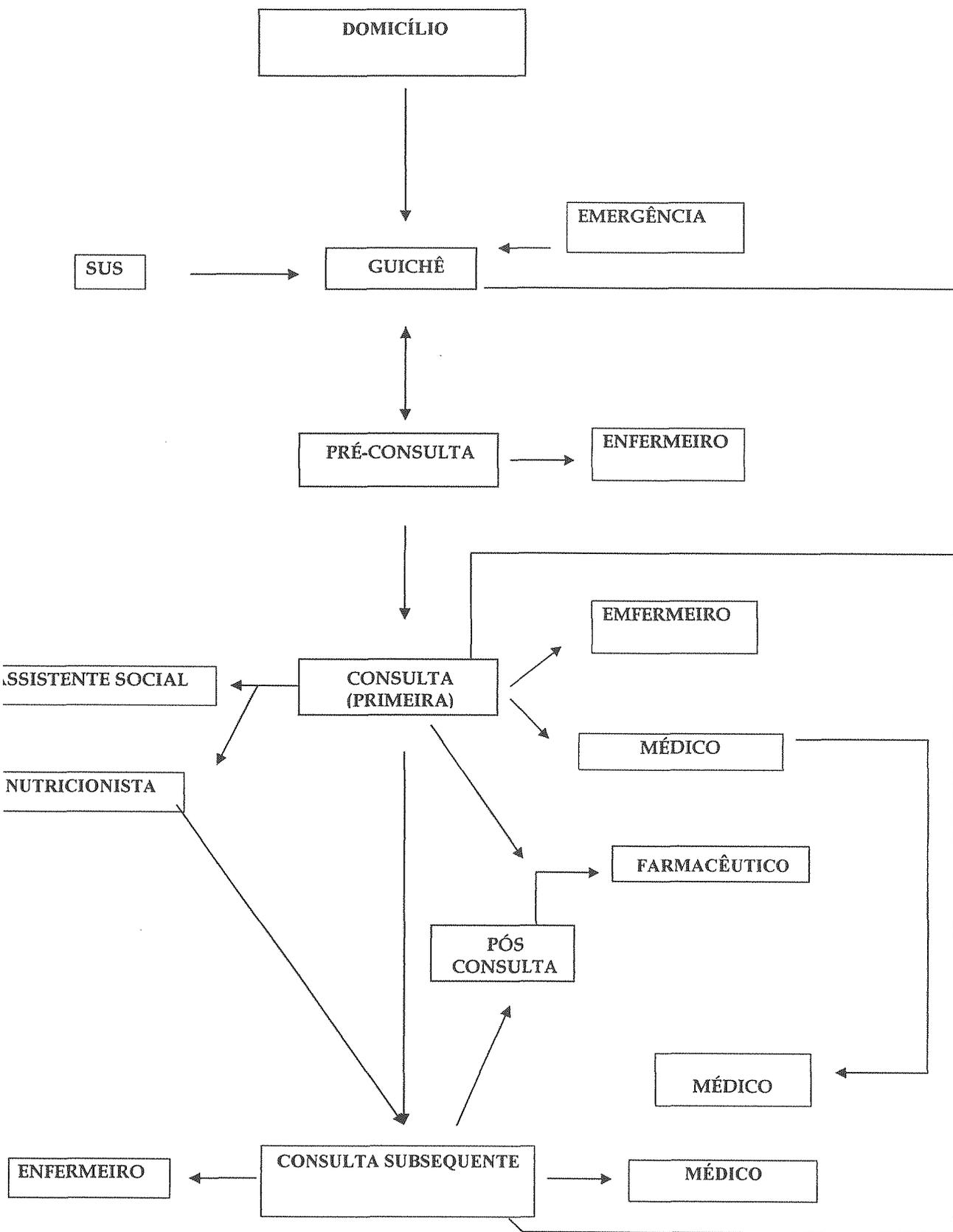
- Interconsulta;
- Atendimento à família;
- Encaminhamento a outros profissionais;
- Coordenação do serviço;
- Projeto de pesquisa.

Funcionários Administrativos:

- Agendamento de consultas e reuniões (do serviço e do cliente);
- Contato e busca ativa dos faltosos.

Atividades da equipe: O programa de atendimento ao hipertenso é de caráter multiprofissionais e interdisciplinar, desenvolvendo as atividades: individuais e grupais:

ATIVIDADES	ÁREA	A.SOC.	ENF	MED	NUT	FARM	OUTROS
Planejamento	ADMINISTRATIVA	X	X	X	X	X	X
Informatização De Dados							
Pesquisa Documental		X	X	X	X	X	X
Reuniões Administrativas Intercâmbio Avaliação Pré- Consulta	ASSISTENCIAL	X	X	X	X	X	X
Consulta-Primeira		X	X	X	X		
Consulta (Subs)			X	X			
Pós-Consulta						X	
Interconsulta			X	X	X	X	X
Relaxamento		X	X	X	X	X	X
Organização de Grupo p/ Estudo		X	X	X	X	X	X
Divulgação de Informações		X	X	X	X	X	
Reciclagem da Equipe	EDUCATIVA	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento de Estágio		X	X	X	X	X	X
Cursos para Clientes		X	X	X		X	X
Sessão p/ Educativa			X				
Palestra		X	X	X	X	X	X
Treinamento para Implantação		X	X	X	X	X	X
Reuniões Científicas		X	X	X	X	X	X
Pesquisa Bibliográfica e Documental	PESQUISAS	X	X	X	X	X	X
Investigação Científica		X	X	X	X	X	X
Publicação de Produção Científica		X	X	X	X	X	X
Informatização de Dados							X



* Materiais:

• PERMANENTE (Equipamento)

ITENS	ESPECIFICAÇÃO
1	livros
2	gravador de áudio
3	computador pentium
4	fitas gravadas
5	impressora jato de tinta
6	projektor de slides
7	retroprojektor

• CONSUMO

ITENS	ESPECIFICAÇÃO
1	disquete 3,5
2	cartucho para impressora jato de tinta
3	papel oficio tamanho A4
4	caixa de transparência para impressora jato de tinta
5	pastas com elastico
6	molduta para slides
7	coleccionadores
8	film para slides

VII - PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A eficácia do programa depende de um sistema de avaliação que permite acompanhar o seu desenvolvimento, a fim de que possam ser processados, em tempo útil, os reajustamentos que se fizerem necessários ao aprimoramento do programa.

A avaliação geral do programa será semestralmente pela instituição, cujos objetivos serão:

- Medir a cobertura atingida pelo programa;
- Avaliar o desempenho da equipe;
- Identificar mudanças de hábitos e de estilo de vida do cliente;
- Apreciar a adesão e nível de insatisfação do cliente.

PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. **Do primeiro atendimento:**
 - Os clientes portadores da HAS, tem o seu primeiro atendimento com o enfermeiro;
 - Todo cliente portador HAS, deverá ser registrado no livro de HAS;
 - Cada enfermeiro fará diariamente três primeiros atendimentos.

2. **Da primeira consulta de enfermagem:**
 - Serão agendadas uma semana após a realização dos exames;
 - Serão realizados histórico de enfermagem (exame físico). Evolução e avaliação dos exames;
 - Serão verificadas e anotadas o peso e a altura de cada cliente a cada seis meses;
 - Serão agendadas por hora marcada;
 - Serão agendados para cada enfermeiro diariamente três primeiras consultas;
 - Serão verificados e anotados os sinais vitais;
 - Serão encaminhadas a nutricionista e ao serviço social todo cliente assistido nesta consulta.

3. **Das consultas subsequentes:**
 - Serão agendadas no intervalo das consultas médicas, em um intervalo de dois meses entre uma e outra consulta;
 - Serão feitas as evoluções;
 - Serão aprazadas para uma data bem próxima a do recebimento da medicação;
 - Serão agendadas por hora marcada;
 - Serão agendadas para cada enfermeiro, diariamente, quatro consultas subsequentes;
 - Serão verificados e anotados os sinais vitais.

4. **Dos exames:**
 - **Considerados rotina** – Hemograma completo, glicemia, uréia, creatinina, ácido úrico, colesterol total e frações, triglicerídios, fezes e urina;
 - Serão agendados para uma data próxima do recebimento da medicação;
 - Serão solicitados sempre que necessário;
 - Serão avaliados na primeira consulta de enfermagem;
 - Os prontuários serão abertos no dia da realização dos exames;
 - Ao detectar anormalidades nos exames, encaminhar o cliente ao médico e ou nutricionista

5. **Geral:**
 - Cada enfermeiro deverá aprazar no seu mapa o retorno do cliente que foi atendido por ele mesmo;
 - Encaminhar diariamente ao arquivo a relação dos prontuários para o atendimentos do dia seguinte;
 - Todo atendimento e consulta de enfermagem deverão ser registrado na folha de BDPM e Prontuário.

ANEXO DAmbulatório de Hipertensão ArterialCONSULTA DE ENFERMAGEM

Nome _____ Idade _____
 Sexo _____ Cor _____ Peso _____ Altura _____
 Prontuário _____ Profissão _____
 IMC _____ PA _____ Posição- S _____ P _____
 Pulso: _____ Rítmico _____ Arritmico ()
 Fino () Cheio () Fraco ()
 Já foi atendido no PHA? Sim () Não ()
 Data do 1º. Atendimento: _____
 Diagnóstico _____
 Participa dos atendimentos de enfermagem sistemática?
 Sim () Não ()
 Sabe que é hipertenso? Sim () Não ()
 Há quanto tempo? _____
 Como descobriu ser hipertenso? _____

Faz uso de medicamentos? Sim () Não ()
 Quais? _____
 Outros medicamentos que usa _____
 Faz tratamento não medicamentoso? Sim () Não ()
 Quais? _____
 Faz dieta? Sim () Não ()
 Qual? _____
 Ingesta de sal: Normal () Baixa () Aumentada ()
 Exercício físico: Sim () Não () Qual? _____
 Relaxamento: Sim () Não () Qual? _____
Hábitos:
 Fuma? Sim () Não () Quantidade _____
 Alcool? Sim () Não () Quantidade _____
 Atividade de lazer? Sim () Não () Quais? _____

Vida familiar:

Satisfatória? () Não satisfatória ()
 Problemas? Sim () Não ()
 Doenças: (em si ou na família) Sim () Não ()
 Perda de antes queridos? Sim () Não ()
 Problemas econômicos? Sim () Não ()
 Alteração na saúde após aparecimento de problemas? Sim () Não ()
 Qual? _____
 Doenças associadas:
 Diabetes () AVC () ICO () Outras ()
História Familiar:
 Sim () Não () Qual? _____
Exames Físicos:
 Dor de cabeça? Sim () Não () Tipo _____

Localização: _____

Nariz: Sangramento nasal? Sim () Não ()

Olhos: Diminuição da cavidade visual? Sim () Não ()

Lentes? Sim () Não () qual _____

Exames de fundo de olhos? Sim () Não () Tempo _____

Batimento cardíacos? Rítmico () Fino () Fraco () Cheio ()

Pescoço: Turgência de jugular Sim () Não ()

Membros Inferiores:

Edemas. Sim () Não ()

Varizes. Sim () Não ()

Aparelho reprodutor:

Menopausa. Sim () Não ()

Faz reposição hormonal. Sim () Não ()

Qual? _____

Alterações menstruais. Sim () Não ()

Motivo qual? _____

Alterações da vida sexual: Sim () Não ()

Motivo? _____

Impotência sexual: Sim () Não ()

Dispauremia: Sim () Não ()

Exames Realizados:

ECG () ECO () RX () CATE ()

Realizou algumas cirurgias? Sim () Não ()

Qual? _____

Patologia Clínica?

Hemograma _____ Colesterol total _____

HDL _____ LDL _____ VLDL _____

Uréia _____ Triglicerídeos _____ Creatinina _____

AC. Úrico _____ Glicose _____ Sódio _____

Cloro _____ Potássio _____ S. Urina _____

P. Fezes _____

Queixas atuais: _____

Condutas de Enfermagem:

ANEXO E**LEVANTAMENTOS DE DADOS****I - IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Pront.: _____
 Idade: _____ Religião: _____ Estado Civil: _____
 N° de Filhos: _____ Naturalidade: _____
 Renda familiar (salários mínimos): _____ Nível de instrução: _____
 Raça/cor: _____ Condições de moradia: _____
 Com quem mora: _____

II - AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Oxigenação (ambiental e orgânica) _____
2. Hidratação (tipos, vias, quantidade e qualidade diária) _____
3. Alimentação (habitual, preferências, tabus, intolerância, restrição, alterações) _____
4. Eliminações (Intestinal, urinárias, respiratórias, gástricas, outras): _____
5. Atividade e repouso (horas de atividade e de sono diários: tipo, satisfação e necessidade de ajuda para conciliar o sono): _____
6. Solidão e interação social (presença ou ausência de solidão, participação em atividade social, relacionamentos familiar e social) _____
7. Prevenção do risco para doença cardiovascular e cerebrovascular (tabagismo, alcoolismo, uso excessivo de café, uso de medicamentos hipertensores, estresse, história familiar, dislipidemia, sobrepeso e obesidade): _____
8. Promoção da saúde (prevenção do câncer de mamas e de colo de útero, e de próstata imunização básica, avaliação odontológica semestral e oftalmológica anual): _____

III - AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

1. Mudança (s) do ciclo vital: _____
2. Significado das mudanças: _____
3. Adaptação às mudanças (físicas, psicológicas e sociais): _____
4. Funções reprodutiva (idade da menarca, idade e tipo da menopausa, ciclo menstrual, manifestações clínicas do climatério, controle da natalidade, e número de gestações, partos e abortos): _____
5. Atividade sexual (início e término, número de parceiros, frequência e aspectos das relações, prevenção e controle de DST/AIDS, alterações): _____

IV - AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE:

1. Descoberta da doença: _____
2. Tempo de diagnóstico e de tratamento: _____
3. Tipo(s) de tratamento: _____
4. Conhecimento da doença e do tratamento: _____
5. Execução efetiva das condutas orientadas: _____
6. Existência de outros problemas de saúde: _____

EXAME FÍSICO

PA: _____ Membro/Cir: _____ Posição: _____
 Pulso: _____ FC: _____ FR: _____
 Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
 Cabeça: _____
 Pescoço: _____
Tronco anterior:
 Tórax: _____
 Pulmões: _____
 Coração: _____
 Mamas: _____
 Axilas: _____
 Abdome: _____
 Genitais: _____
Tronco posterior:
 Dorso e coluna vertebral: _____
 Glúteos: _____
 Ânus e reto: _____
Membros:
 Superiores: _____
 Inferiores: _____
 Condições de higiene, aparência pessoal e vestuário: _____
 Observações: _____

AVALIAÇÕES DO AUTOCUIDADO

Demanda(s) do AC relacionada com: _____

Capacidade para o AC: Parcial () Total ()

Sistema(s) de enfermagem: _____

Método(s) de ajuda para o autocuidado: _____

PLANO DE INTERVENÇÃO

NOME: _____ PRONT.: _____ DATA: ____/____/____

COD. D.E	X	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	X	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
01U		Oxigenação inadequada		<ol style="list-style-type: none"> 1 Observar e investigar alterações no padrão respiratório 2 Orientar sobre as medidas preventivas de problema 3 Explicar as condutas para aliviar ou reduzir problemas respiratórios
02U		Insuficiência de líquidos		<ol style="list-style-type: none"> 1 Esclarecer sobre a importância da ingestão adequada de líquidos 2 Discutir sobre as condutas para uma ingestão adequada de líquidos
03U		Ingestão inadequada de alimentos		<ol style="list-style-type: none"> 1 Investigar sobre o padrão alimentar rotineiro 2 Orientar sobre os aspectos qualitativos e quantitativos da dieta adequada 3 Conscientizar sobre a importância de um adequado programa alimentar 4 Encaminhar à nutricionista
04U		Eliminações inadequadas		<ol style="list-style-type: none"> 1 Investigar sobre os hábitos de eliminação <p>Discutir as condutas de prevenção e combate às alterações relacionadas com os hábitos de eliminação</p>
05U		Desequilíbrio entre atividade e descanso		<ol style="list-style-type: none"> 1 Averiguar sobre o equilíbrio entre as atividades e o descanso 2 Esclarecer sobre o exercício de atividades físicas e laborativas compatíveis com a idade e o estado de saúde 3 Abordar sobre as condutas que previne e elimine alterações no padrão de sono e repouso

CD. D.E	DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social	1 Investigar sobre as causas da solidão 2 Oferecer opções de lazer 3 Incentivar a participação em atividades sociais	
07U	Risco à vida e ao bem-estar	1 Esclarecer sobre as condutas que previnem,, amenizem ou eliminem os fatores de risco da DCV e DCbV 2 Conscientizar sobre o controle rigoroso de doenças crônicas 3 Encaminhar: Nutricionista, Médico, Psicólogo	
08U	Inadequada promoção da saúde	1 Explicar sobre a importância das condutas para promoção da saúde 2 Encaminhar: Ginecologista, Odontólogo, Oftalmologista e imunização	
09D	Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital	1 Avaliar o processo de adaptação às mudanças no ciclo vital 2 Esclarecer sobre alterações ocorridas em cada fase do ciclo vital 3 Encorajar a adaptação à fase do ciclo vital, adotando condutas para prevenir, atenuar ou eliminar distúrbios	
10D	Inadequada adaptação social	1 Investigar sobre os motivos que afetam a adaptação social 2 Discutir sobre as condutas que aliviem ou eliminem as condições que afetam a adaptação social	
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento	1 Avaliar o nível de conhecimento acerca da doença e das condutas terapêuticas 2 Conscientizar sobre a doença e as medidas terapêuticas	
12DS	Falta de aceitação da doença	1 Esclarecer sobre a doença e seus efeitos sobre a saúde 2 Estimular sobre a aceitação do problemas de saúde	
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde	1 Averiguar dificuldades de adaptação ao problema de saúde 2 Conduzir a adaptação à doença, promovendo qualidade de vida	
14DS	Falta de execução efetiva de condutas orientadas	1 Investigar dificuldades na execução das medidas terapêuticas 2 Orientar sobre as medidas terapêuticas 3 Estimular a adesão persistente ao tratamento 4 Apreciar o engajamento no autocuidado	

X = presença; U = Universal; D = Desenvolvemental; DS = Desvio de Saúde

PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO-PEAc

I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. Idade: | 5. Procedência: |
| 2. Escolaridade: | 6. Renda Familiar: |
| 3. Estado Civil: | 7. Raça: |
| 4. Naturalidade: | 8. Ocupação: |

II) DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

Nº	AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Esc.	1ºC	2ºC	3ºC	4ºC	5ºC	6ºC	TOTAL
1	Oxigenação adequada	05							
2	Ingesta suficiente de líquidos	05							
3	Ingesta adequada de alimentos	05							
4	Eliminações adequadas	05							
5	Equilíbrio entre atividade e descanso	05							
6	Equilíbrio entre solidão e interação social	05							
7	Prevenção de risco à vida e ao bem-estar	05							
8	Adequada promoção da saúde	05							
Nº	Autocuidado "desenvolvimental"								
9	Adaptação adequada às modificações do ciclo vital	10							
10	Adaptação social	10							
Nº	Autocuidado por desvio de saúde	10							
11	Conhecimento da doença e do tratamento	10							
12	Aceitação da doença	10							
13	Adaptação adequada ao problema de saúde	10							
14	Execução efetiva de condutas orientadas	10							
	Perfil de engajamento no autocuidado (somatório)	100							
Perfil de engajamento no autocuidado (PEAc)		Score							
Excelente		80-100							
Bom		60-79							
Regular		40-59							
Mau		< 39							

PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDADE _____
2. ESCOLARIDADE: 1- Analfabeta 2 - 1º grau 3- 2º. grau 4 - 3º grau
3. ESTADO CIVIL: 1 - Solteira 2- Casada 3- Viúva 4 - Outros
4. NATURALIDADE: 1 - Capital 2- Outros municípios
5. PROCEDÊNCIA: 1 - Capital 2 - Outros municípios
6. RENDAS FAMILIAR (Salários mínimos) _____
7. RAÇA: 1 - Branca 2- Não Branca
8. OCUPAÇÃO/PROFISSÃO _____

DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

Nº.	Autocuidado Universal	1ª CE	2ª CE	3ª CE	4ª CE	5ª CE	6ª CE	Escores
9	Oxigenação: 1 Qualidade: 2,5 () adequada 0 () inadequada 2 Qualidade: 2,5 () adequada 0 () inadequada							
10	Ingesta de água: 1 Qualidade: 2 () adequada 0 () inadequada 2 Qualidade: 0 () 0-0,5l 2 () 1,5-2,0l 1 () 0,5-1,5l 2 () 2,0 ou + l							
11	Ingesta de alimento: 1 Qualidade: 1 () pouco ou sem sal 1 () gordura vegetal 1 () predomínio de vegetais 1 () predomínio de carne branca 2 Quantidade: 1 () adequada 0 () inadequada							
12	Eliminações: 1. Intestinal: 1.1 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada 1.2 Qualidade: 0,5 () frequência adequada 0 () frequência inadequada 0,5 () Volume adequado 0 () volume inadequado 2. Urinária: 2.1 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada 2.2 Qualidade 0,5 () frequência adequada 0 () frequência inadequada 0,5 () Volume adequado 0 () volume inadequado							

	3.Cutânea: 3.1 Qualidade: 0,5 () adequada 0 () inadequado 0,5 () adequada 0 () inadequada								
13	Atividade e repouso: 1. Trabalho: 1.1 Qualidade: 0,5 () adequada 0 () inadequada 1.2 Qualidade: 0,5 () adequada 0 () inadequada 2. Sono e repouso: 2.1 Qualidade: 1,5 () adequada 0 () inadequada 2.2 Qualidade: 1,5 () adequada 0 () inadequada								
14	Solidão e interação social: 1. Sentimento de solidão: 0 () sim 1 () não 2. Participação em atividades sociais: 1 () sim 0 () não 3. Relacionamento com: Família 2 () satisfatório 1 () parcialmente satisfatório 0 () insatisfatório Outras pessoas 1 () satisfatório 0,5 () parcialmente satisfatório 0 () insatisfatório								
15	Riscos à vida e ao bem-estar: 1 Tabagismo: 0 () sim 0,5 () não 2 Alcoolismo: 0 () sim 0,5 () não 3 Uso de café: 0,5 () sim 0 () não 4 Sedentarismo: 0 () sim 0,5 () não 5 Estresse: 0 () sim 0,5 () não 6 Deslipidemia: 0 () sim 0,5 () não 7 Uso de medicamentos hipertensores: 0 () sim 0,5 () não 8 Peso: 0,5 () normal 0,5 () sobrepeso 0 () obeso 9 Pressão arterial controlada: 0,5 () sim 0 () não								
16	Promoção da saúde: 1 Prevenção do câncer de mama e de colo, ou de próstata: 2 () sim 0 () não 2 Imunização básica: 2 () sim 0 () não 3 Avaliação odontológica: 2 () sim 0 () não 4 Avaliação oftalmológica: 2 () sim 0 () não								
Nº	Autocuidado "Desenvolvimental"	1ªC	2ªC	3ªC	4ªC	5ªC	6ªC	Score	
17	Adaptação às mudanças do ciclo vital: 3 () parcialmente satisfatória 7 () satisfatória 0 () insatisfatória								
18	Adaptação à mudança social: 3 () parcialmente satisfatória 7 () satisfatória 0 () insatisfatória								
Nº	Autocuidado por Desvio de Saúde								
19	Conhecimento do (a):								

	1 Diagnóstico: 5 () sim 0 () não 2 () parcial 2 Terapêutica: 5 () sim 0 () não 2 () parcial							
20	Aceitação do Diagnóstico: 7 () parcialmente satisfatória 10 () satisfatória 0 () insatisfatória							
21	Adaptação ao problema de saúde: 7 () parcialmente satisfatória 10 () satisfatória 0 () insatisfatória							
22	Execução de condutas orientadas: 1 Uso regular da medicação: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial 2 Comparecimento às consultas: 2,5 () sim 0 () não 1 () parcial 3 Seguimento às consultas: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial 4 Participação nas atividades educativas: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial							
TOTAL DE ESCORE								

PERFIL DO ENGAJAMENTO	ESCORE
Excelente	80 100
Bom	60 79
Regular	40 59
Mau	< 39

METAS DESEJÁVEIS PARA O ENGAJAMENTO DO CLIENTE HIPERTENSO NO AUTOCUIDADO

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividade de Autocuidado	Objetivos Esperados	
Prevenção Primária	UNIVERSAL	1. Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> -Adotar ambiente arejado e isento de gases irritantes, fumaça, poeiras, fungos e poluentes ocupacionais. -Usar medidas de bio-segurança em ambientes com oxigenação inadequada. 	-Prevenir, aliviar ou abolir problemas respiratórios.
		2. Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> -Ingerir a partir de 2 litros ao dia (salvo restrição médica) -Usar água potável. 	-Manter ingestão hídrica adequada tanto qualitativa como quantitativamente.
		3. Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> -Ingerir alimentos hipossódicos (cerca de 2g de sal/dia). -Adotar uso de gordura vegetal. -Dar preferência ao consumo de "carnes brancas" e vegetais. -Encorajar uso de adoçantes dietéticos. -Fazer 5 a 6 refeições ao dia. 	<ul style="list-style-type: none"> Adotar hábitos dietéticos saudáveis; -Manter peso e pressão arterial controlados; -Prevenir problema de saúde.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado		Atividade de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Primária	UNIVERSAL	4. Eliminações	<ul style="list-style-type: none"> -Escolher e manter um horário para a eliminação intestinal (dê preferência após o almoço); -Ingerir a quantidade diária adequada de líquidos; -Observar a frequência das micções diárias (ideal de 4 a 6 vezes ao dia com volume de 1500ml a 1600ml); -Observar as características das eliminações. 	-Prevenir alterações ou doenças relacionadas com hábitos inadequados no padrão de eliminações.
		5. Equilíbrio entre atividade e descanso	<ul style="list-style-type: none"> -Dispor de horas para atividades laborativas, de acordo com a idade e estado de saúde; -Adotar de 6 a 8 horas repouso ao dia; -Evitar uso de bebidas estimulantes à noite (cafeína); -Adotar horários regulares destinados ao repouso (noturno e diurno). 	-Prevenir e combater alterações relacionadas com o desequilíbrio entre atividade e descanso.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividade de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Primária	UNIVERSAL	6. Equilíbrio entre solidão e interação social	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a saúde mental e evitar alterações no estado de saúde.
		7. Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> -Prevenir e ou controlar os fatores de risco da doença cardiovascular e cerebrovascular.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado		Atividade de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Secundária	DESVIO DE SAÚDE	1. Conhecimento da doença e do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer os fatores de risco da hipertensão arterial, doenças cardiovascular e cerebrovascular; -Combater os fatores de risco ambiental da doença; -Conhecer as complicações agudas e crônicas da hipertensão arterial; -Estar ciente das condutas terapêuticas e de seus efeitos. 	-Favorecer a aceitação da hipertensão arterial
		2. Aceitação da doença	<ul style="list-style-type: none"> -Aceitar os efeitos e restrições impostos pela hipertensão arterial; -Admitir que a hipertensão arterial é uma doença de curso crônico, porém, controlável. 	-Promover a adaptação ao problema de saúde
Prevenção Terciária		3. Adaptação ao problema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Adotar hábitos de vida compatíveis com as peculiaridades impostas pela hipertensão arterial e pelo tratamento; -Desenvolver as atividades laborativas e sociais de acordo com sua capacidade. 	-Facilitar a integração ou reintegração social

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado		Atividade de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Secundária	DESVIO DE SAÚDE	4. Execução efetiva de condutas	<p>-Fazer uso regular da medicação anti-hipertensiva.</p> <p>-Guardar e conservar adequadamente os medicamentos.</p> <p>-Seguir o tratamento básico ou medidas higieno-dietéticas.</p> <p>-Participar de um programa de condicionamento físico como o educador físico.</p> <p>-Planejar programa de reabilitação física com fisioterapeuta.</p> <p>-Selecionar atividade laborativa com terapeuta ocupacional.</p> <p>-Discutir com a assistente social sobre direitos trabalhistas.</p> <p>-Comparecer sistematicamente às consultas aprazadas pela equipe de saúde.</p> <p>-Comparecer e participar ativamente das atividades educativas.</p> <p>-Orientar os familiares e outras pessoas em relação a (o) (s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção e/ou controle dos fatores de riscos da hipertensão arterial e doença cardiovascular e cerebrovascular • Controle de doenças crônicas • Medida semestral da pressão arterial (a partir de 20 anos de idade) <p>-Encorajar os familiares (filhos e netos) a adotarem hábitos de vida saudável</p>	<p>-Manter o engajamento no auto-cuidado.</p> <p>-Reduzir incapacidades.</p> <p>-Reintegrar à sociedade.</p> <p>-Viabilizar a adesão ao tratamento.</p> <p>-Prevenir complicações agudas e crônicas da hipertensão arterial.</p> <p>-Prevenir e/ou controlar a hipertensão arterial.</p> <p>-Estender as orientações de saúde à família e à comunidade.</p> <p>-Detectar precocemente casos novos de hipertensão arterial.</p>
Prevenção Terciária				