

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARIA TERESA MARINS FREIRE

**COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

CURITIBA

2011

MARIA TERESA MARINS FREIRE

**COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Orientador(es): Prof. Dr. Dalton Bertolim Précoma e Prof. Dr. Guilherme Vilar

Co-Orientador: Prof. Dr. Emilton Lima Jr.

CURITIBA

2011

Dedico este trabalho:

*Aos meus pais, que me proporcionaram
condições para estudar.*

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e ao Programa Ciências da Saúde pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

À Unidade de Saúde Rio Bonito e à sua equipe de profissionais de saúde pelo total apoio à realização do projeto.

Aos meus orientadores Prof. Dr. Guilherme Vilar e Prof. Dr. Dalton Précoma pelas colocações norteadoras tanto nos aspectos teóricos como práticos, que possibilitaram a efetivação do trabalho.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Emilton Lima Junior pela viabilização do acesso à Unidade de Saúde de Rio Bonito.

Aos Prof^a Dr^a Maria Cecília Marins de Oliveira pelo entusiástico incentivo e apoio para realizar o doutorado; Prof^a Dr^a Marília Barreto Gameiro Silva e Prof. Dr. Muriel Lopes pelas contribuições e reflexões enriquecedoras e à Dr^a Liz Andréa Baroncini Villela pelas correções pertinentes.

Aos Alberto Pissetti Ludwig, designer, pela criação dos personagens e do material impresso; Sidnei Dubena, cinegrafista, pela captação de imagens, produção e edição dos vídeos; Suyanne Tolentino de Souza, jornalista e professora, pela apresentação e locução dos vídeos;

Ao meu marido Edward George e aos meus filhos Eduardo Jorge e Leticia pela paciência e compreensão ao 'roubar' dos nossos momentos de convivência e lazer o tempo para o estudo.

RESUMO

Trata-se de um estudo quantiquantitativo que objetivou promover a adesão de pacientes hipertensos aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso e à mudança de comportamento em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Realizou-se na Unidade Básica de Saúde Rio Bonito, em Curitiba, PR, com os participantes do Programa do Hipertenso. Os dados foram coletados utilizando-se como metodologia científica a observação sistemática, a entrevista em profundidade, o questionário e o grupo focal e analisados com base na técnica da análise de conteúdo do tipo categorial. O enfoque da pesquisa foram os aspectos subjetivos na relação paciente/doença e os resultados indicaram falta de adesão ao tratamento não-medicamentoso e dificuldade em seguir a prescrição médica, destacando-se a administração incorreta dos medicamentos; sedentarismo; alimentação inadequada; falta de assimilação das orientações da equipe de saúde e automedicação. A não-adesão ao tratamento dificulta a utilização dos procedimentos adequados para manter a doença sob controle. Há necessidade de mudanças comportamentais e de estilo de vida para que os pacientes melhorem a sua condição de saúde. A contribuição da Comunicação Educacional por meio dos seus recursos audiovisuais e impressos, que compuseram o Programa Multimídia implementado junto aos hipertensos, pode ser uma forma alternativa de estimular as mudanças necessárias e promover a saúde do grupo.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa. Hipertensão Arterial. Comunicação Educacional. Educação e Saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the relation of hypertensive patients with their health condition, through a qualitative approach. It was conducted at the Primary Care Unit Rio Bonito (PCU-RB), Curitiba, PR, with the Hypertension Program participants. The data was collected through systematic observation, interviews and focal group using the categorial content analysis. The research emphasizes the subjective aspects concerning patient/disease relation and the findings indicate low adherence to the non-medicinal treatment; difficulty to follow the medical prescription; sedentary lifestyle; inadequate feeding; inappropriate team orientations assimilation; self-medication; the major concern is to get the medicines. There are difficulties to proceed the disease control thus there is need of changes on behavior and lifestyle to improve health condition. The contribution of Educational Communication through the Multimedia Program composed of audiovisual and printed material could be an alternative to stimulate the necessary changes and promote the group's health.

Key words: Qualitative Research. Hypertension. Educational Communication. Education and Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estratificação do risco cardiovascular.....	54
Tabela 2 -	Frequência das consultas.....	55
Tabela 3 -	Comportamento dos pacientes em relação à doença.....	59
Tabela 4 -	Pacientes do Programa de hipertensos de acordo com o risco cardiovascular.....	59
Tabela 5 -	Fatores relacionados à pressão arterial.....	60
Tabela 6 -	Situação da pressão arterial.....	60
Tabela 7 -	Avaliação dos vídeos e material impresso.....	61
Tabela 8 -	Avaliação dos pacientes às questões dos grupos focais.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de informação do Hiperdia.....	07
Figura 2 - Módulos que compõem o programa multimídia.....	39
Figura 3 - Imagem do vídeo.....	44
Figura 4 - Personagens.....	45
Figura 5 - Cartão individual.....	45
Figura 6 - Cartaz (bunner) e folderes.....	46
Figura 7 - Vídeo sobre exercício.....	47
Figura 8 - Material impresso (folderes e cartazes) sobre exercício físico.....	48
Figura 9 - Vídeo sobre alimentação.....	49
Figura 10 Imagem do vídeo sobre alimentação.....	49
Figura 11 Vídeo sobre alimentação.....	50
Figura 12 Material impresso sobre alimentação saudável.....	50
Figura 13 Imagem do vídeo sobre automedicação.....	51
Figura 14 Vídeo sobre automedicação.....	51
Figura 15 Vídeo sobre alcoolismo.....	52
Figura 16 Performance teatral.....	53
Figura 17 Domicílios visitados.....	64
Figura 18 Domicílios visitados.....	65
Figura 19 Avaliação do processo pelos pacientes.....	65
Figura 20 Avaliação do processo com a equipe. Resultados em porcentagem.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASA	Associação Brasileira de Agentes de Saúde e Alcoolismo
CE	Comunicação Educacional
DAB	Departamento de Assistência Básica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PH	Programa de Hipertensos
Projeto CARMEN	Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidade Não- Transmissíveis
PSF	Programa de Saúde da Família
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

4.2 AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS PELOS PACIENTES.....	61
4.3 A OPINIÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROGRAMA MULTIMÍDIA E A MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	63
4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES	84
ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

A população mundial tem sido acometida por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que atualmente, são responsáveis pela morte prematura de aproximadamente 17 milhões de pessoas por ano¹, representando um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Considerando-se que essas doenças ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda², o que torna vital as intervenções para sua prevenção e controle, assim como ações integradas com ênfase na atenção primária¹.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. Estudos realizados em diversos países em populações acima de 35 anos comprovaram que a doença apresenta uma prevalência de 14% a 40% nos países do continente americano, conforme dados da Organização Mundial da Saúde¹. Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente um em cada três adultos é hipertenso, mas como os sintomas não são evidentes, cerca de 1/3 desses indivíduos não sabe que tem a doença. No Brasil, estima-se que aproximadamente 30% da população, com mais de 40 anos, possa ter a pressão arterial elevada e, em 2008, as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90². No Paraná, os dados do DAB no período de janeiro de 1999 à outubro de 2010 indicam 152.077 pacientes hipertensos com Diabetes Tipos 1 e 2 e 513.793 pacientes somente hipertensos².

As doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, hipertensão, câncer, problemas de coluna, reumatismo estão entre as doenças crônicas que acometem os brasileiros, configurando-se a necessidade de permanente promoção da condição de saúde da população, conforme a Política Nacional de

Promoção da Saúde que tem com um dos seus objetivos implementar ações de promoção da saúde com ênfase na atenção básica³.

Dessa forma, a Atenção Básica busca oferecer ao indivíduo e à coletividade ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural^{3,4}. A Estratégia Saúde da Família (ESF) priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário) e outros profissionais de outras áreas, na unidade de saúde ou nos domicílios. Espera-se que a equipe multiprofissional e a população acompanhada criem vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade^{2,3}.

A Estratégia Saúde da Família pelos seus princípios e atributos, oferece condições ideais para o cuidado de doenças crônicas, sobretudo por trabalhar com população adscrita de cerca de 4.000 pessoas, o que favorece o vínculo, pela equipe multidisciplinar indispensável ao cuidado crônico e por trabalhar com área geográfica definida o que permite maior interface com a comunidade. A Estratégia possibilita ainda a continuidade do cuidado ao longo do ciclo de vida. O Departamento de Atenção Básica (DAB) informa que, em 2010, existiam 31.400

equipes de Saúde da Família em 5.275 municípios que cobriam 99,1 milhões de pessoas e 241.900 agentes comunitários de Saúde. Os dados registrados no Sistema Hiperdia totalizavam 2.288.753 diabéticos tipo 1 e 2 + diabéticos com hipertensão e 6.463.806 hipertensos sem diabetes no Brasil. No Paraná, os dados no período de janeiro de 1999 à outubro de 2010 indicavam 152.077 pacientes hipertensos com Diabetes Tipos 1 e 2 e 513.793 pacientes somente hipertensos, conforme mencionado anteriormente².

Ainda de acordo com o DAB (2010), a geração de indicadores possibilitada pelo sistema é indispensável para a gestão clínica e vigilância à saúde, gerando informações inclusive que possibilitam a gerência local das unidades de saúde. A finalidade é o monitoramento contínuo de qualidade do cuidado com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) e *Diabetes Mellitus* (DM) e fatores de risco. O sistema de informação clínica se apresenta como condição indispensável e é recomendado na literatura sobre gestão de doenças crônicas².

Com enfoque no paciente crônico, além da informação, também se faz necessário desencadear um processo de aprendizagem para que haja utilização correta da informação. Nessa perspectiva, a Comunicação Educacional é uma abordagem alternativa de Comunicação Social que colabora na potencialização da aprendizagem e da interatividade entre, no caso desse estudo, profissionais da saúde, gestores e pacientes por meio da criação, produção e utilização de multimeios (texto, imagem, áudio, vídeo).

O processo de Comunicação Educacional pode oferecer o apoio para a realização de intervenções que visem à adesão aos tratamentos e ao atendimento das necessidades de mudanças de comportamento e estilo de vida, por meio de suas linguagens, práticas, recursos técnicos e outras especificidades que permitem compor uma pluralidade dialógica e articulações interdisciplinares para o alcance de uma vida com qualidade. Ao se considerar que a HA é uma síndrome clínica multifatorial, a abordagem multidisciplinar de apoio ao paciente hipertenso oferece uma contribuição apropriada para seu tratamento, sendo uma conduta implementável sempre que possível.

1.1 OBJETIVOS

O presente estudo tem como:

1.1.1 Objetivo geral

Promover a adesão dos pacientes hipertensos aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso e à mudança de comportamento em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por meio de um processo de Comunicação Educacional (CE) aplicado no Programa de Hipertensos (PH) na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

1.1.2 Objetivos específicos

- a) identificar a comunidade alvo com o levantamento do seu perfil socioeconômico;
- b) planejar, produzir e implantar o processo de CE adaptado ao Programa de Hipertenso da ESF;
- c) avaliar as ações da CE com o intuito de comprovar a efetividade do processo.

2 LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PONTO DE VISTA SOCIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença enfocada nesse estudo, é também um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Como tal, a HAS assume um patamar de controle constante pela saúde pública, em vista da complexidade dos recursos necessários para seu controle e prevenção e também por seu impacto na saúde das pessoas. Esse quadro demanda atenção especial por parte do governo assim como das instituições voltadas à saúde e à pesquisa em saúde¹.

Apesar de ser uma doença crônica com alta prevalência, a população em geral tem informação restrita, fato que dificulta o seu rastreamento e atendimento adequados. Nem todos acometidos pela doença recebem algum tipo de assistência médica preventiva e quando buscam ajuda profissional os adoecidos já apresentam algum tipo de complicação micro-vascular no diagnóstico, fato que gera uma grande porcentagem de pacientes com complicações irreversíveis, entre elas, perda da visão e problemas renais¹.

De acordo com o Departamento de Assistência Básica², 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

O Ministério da Saúde, coadunado com a Política Nacional de Promoção de Saúde que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos de doenças ligados a determinantes sociais⁵, assim como reduzir a morbimortalidade associada às doenças crônicas e para tal assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão, de Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e Diabetes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas

patologias através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*.

Nesta perspectiva, destaca-se o Hiperdia, sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças, pois disponibiliza para estados e municípios um sistema informatizado que permite o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

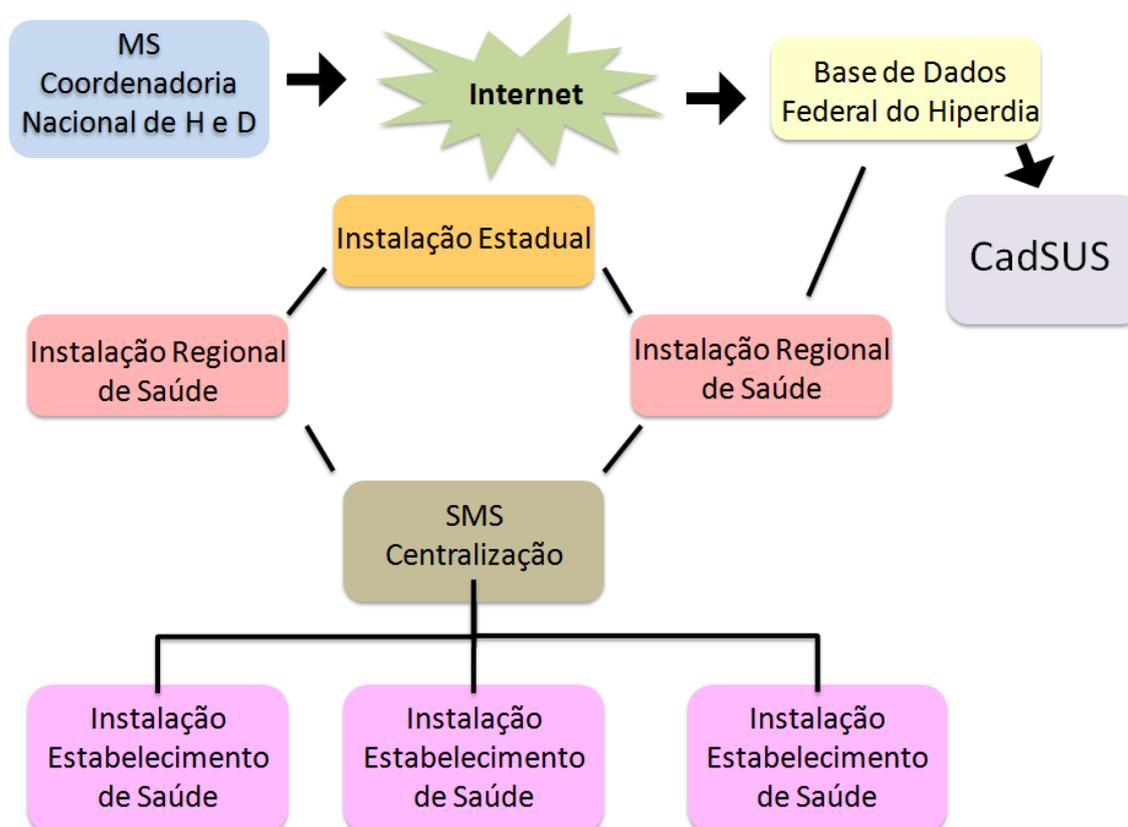
Além do cadastro, o Hiperdia permite a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social².

A responsabilidade de gerenciar o Sistema Hiperdia é dividida da seguinte forma: (a) o gestor federal é responsável pela coordenação do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DM), pelo acompanhamento dos portadores de HA e DM cadastrados por município, através do Sistema Hiperdia, pelo estabelecimento de rotinas que garantam o fornecimento contínuo dos medicamentos padronizados a todos os pacientes cadastrados; (b) o gestor estadual é responsável pela coordenação estadual do plano, acompanhamento e assessoria aos municípios no processo de adesão ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica à HA e ao DM, assessoria aos municípios na implantação local do Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de HA e DM, avaliação do cumprimento por parte dos municípios, dos compromissos com atenção à saúde nas áreas estratégicas definidas nas NOAS/01; (c) o gestor municipal é responsável pela adesão ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica à HA e ao DM, através do Termo de Adesão, cadastramento e acompanhamento dos pacientes cadastrados pelo Hiperdia, garantindo o recebimento dos medicamentos padronizados recebidos;

(d) o DATASUS, banco de dados do SUS que noticia produtos e serviços sobre a saúde do Brasil, é responsável pelo desenvolvimento e manutenção de produto de software para cadastramento e acompanhamento dos portadores de HA e DM, disponibilização do produto de software, suporte técnico aos gestores de saúde em relação ao produto software.

O Sistema é composto pelos subsistemas Federal, Estadual e Municipal. Por sua vez, o Subsistema Estadual é composto dos módulos: regional ou território sanitário e Centralizador Estadual (Secretaria Estadual de Saúde). O Subsistema Municipal é formado pelos módulos: Unidade de Saúde, Distrito Sanitário, Centralizador Municipal (Secretaria Municipal de Saúde). O fluxo de informação entre os subsistemas funciona como mostra a figura 1.

Figura 1 - Fluxo de informação do Hiperdia



Fonte: Adaptado do Departamento de Atenção Básica, 2010²

O Hiperdia pode ser implantado em diferentes locais como na Unidade Básica de Saúde, no Distrito Sanitário e Secretaria Municipal de Saúde, integrando os níveis de organização da rede de Saúde Municipal. O Subsistema Municipal transfere e recebe dados do Sistema Hiperdia, gerando a Base Nacional do Cadastro de Portadores de HA e DM⁶.

Outras ações também se destacam como o Projeto CARMEN, Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidade Não-Transmissíveis, lançado pela Organização Pan-Americana de Saúde⁷ (OPAS), cuja finalidade é a melhoria do *status* de saúde das populações no continente americano. Com essa iniciativa a OPAS busca estimular atividades e projetos que proponham reduzir os fatores de risco associados às doenças não-transmissíveis, por meio do desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, mobilização social e intervenções em comunidades, acompanhamento epidemiológico das condições de risco e serviços preventivos de cuidados com a saúde.

Há uma preocupação por parte dos órgãos governamentais na área de saúde de que se aplique uma abordagem diagnóstica e terapêutica para reduzir a morbimortalidade por hipertensão arterial, baseada na evidência de que, a partir de 1960, as doenças infecciosas deixaram de ser a principal causa de morte, dando lugar às doenças cardiovasculares⁸.

A hipertensão, considerada como problema crônico comum, tem prevalência alta e aumenta em faixas etárias maiores⁹. Em vista dessa situação há necessidade de se desenvolver estratégias e ações que visem à detecção prematura e controle permanente, assim como iniciativas que objetivem desenvolver o conhecimento das populações e de profissionais da saúde em relação ao impacto causado por esta enfermidade em saúde pública¹⁰.

A prevalência da doença está relacionada aos fatores de risco como tabagismo, obesidade/sobrepeso, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, consumo excessivo de sal, níveis elevados de colesterol e triglicérides e estresse. Também idade avançada, sexo, etnia e fatores socioeconômicos estão associados à hipertensão arterial¹¹.

Atento a esse cenário, o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos de Saúde, tendo em conta que as estimativas apontam uma frequência de 20% de hipertensão arterial em indivíduos acima de 18 anos de idade e, como tal,

a reorganização da atenção aos portadores dessas patologias é estratégia decisiva para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e para a melhoria dos indicadores de saúde⁸.

A Campanha, realizada entre novembro de 2001 e janeiro de 2002, visava realizar um rastreamento nas unidades básicas para vincular os casos à rede e implementar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao *Diabetes Mellitus* (DM). Foi aplicada num universo de 31.473.529 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com mais de 40 anos de idade. A pressão arterial dessas pessoas foi aferida e aqueles com pressão igual ou superior a 140/90 mmHg entraram na relação de suspeitos e confirmada a suspeita foram cadastrados nas unidades básicas de saúde para posterior investigação sobre fatores de risco. Os resultados da campanha mostraram que dos 12.434.392 indivíduos cuja pressão foi aferida, 40% da população alvo ou 4.502.34 indivíduos eram suspeitos de hipertensão arterial, ou seja 36% dos exames realizados.

O Plano também contempla a qualificação de profissionais de saúde, por meio de Projeto de Educação Permanente, desenvolvido em duas etapas: a primeira com Oficinas de Atualização em HA e DM para 15.098 profissionais, entre médicos e enfermeiros, de 7.570 unidades básicas de saúde de 227 municípios, divididos em 540 turmas; na segunda fase, todos os capacitados ficaram responsáveis pela multiplicação dos conhecimentos nas unidades básicas de saúde onde atuam¹⁰.

Nesse projeto de atualização, foi enfatizado o procedimento de aferir a pressão arterial de modo rotineiro nas consultas e exames médicos, procedimento esse que tem no Manual Prático de Medida da Pressão Arterial um subsídio técnico para orientar as ações desenvolvidas pelas equipes médicas. A idéia do Manual, cujos autores são o médico Décio Mion Jr. (USP) e a enfermeira Ângela Pierin (USP), foi encampada pelo Ministério da Saúde e lançado em 1995, contando, desde 2002, com a sua segunda edição¹⁰.

Com a finalidade de conscientizar a população sobre a necessidade de medir periodicamente a pressão arterial e com isso evitar uma série de problemas de saúde, foi estabelecido o Dia Nacional da Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial, 26 de abril, conforme Lei nº 10.439, sancionada pelo então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, em 20 de abril de 2002.

As iniciativas para fomentar os cuidados com a saúde entre a população têm acontecido em nível nacional como é o caso do Programa Agita Brasil³, eficaz na prevenção e no controle da hipertensão arterial, diabetes, infarto, osteoporose, depressão, entre outros males crônicos. Essas iniciativas se desdobram no âmbito regional, assim como outros programas locais são lançados, com o intuito de promover a saúde, prevenindo doenças e suas complicações, a fim de contribuir para a melhoria de vida do brasileiro.

Esse cenário reflete a preocupação e o empenho do Governo Federal em relação à saúde pública no país com o acréscimo dos serviços de saúde à Constituição Brasileira de 1988, como um direito do cidadão. A reforma da saúde foi posteriormente institucionalizada em 1989, com a criação de um sistema nacional de saúde denominado Sistema Único de Saúde, o SUS.

O novo modelo constitucional de política social de saúde se caracteriza pela universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação dos deveres do Estado, subordinação das práticas privadas aos regulamentos com base na relevância pública das ações e serviços nessas áreas, com uma abordagem orientada para o público (em vez de uma abordagem de mercado) de cogestão pelo Governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada⁵.

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família. O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar, operacionalizados por meio dos seus vários programas e projetos⁵.

A saúde pública é uma construção em permanente dinâmica - dada pelos estímulos sensoriais, cognição, decisão e ação – que, ao voltar ao mundo exterior e ao manipulá-lo, gera um novo processo cognitivo. Ela se constrói e reconstrói na medida em que ocorrem os processos de aprendizagem, no atuar permanente dos profissionais da saúde nos diferentes âmbitos de seus interesses. Não é o acordo por majorias ou por claudicação que deve permitir estabilizar uma definição de saúde pública como acordo operacional social; é sim o 'dar-se conta'

de todos e de cada um dos profissionais de saúde sobre o processo no qual estão imersos¹².

Além das ações para fomentar mudança de estilo de vida visando o aprimoramento das condições de saúde da população, as discussões sobre adesão, prevenção e controle da hipertensão arterial têm sido constantes entre os especialistas, originando documentos determinantes na orientação dos profissionais, como é o caso das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial que abrangem, em seu escopo, aspectos conceituais, diagnóstico, avaliação clínica e estratificação de risco, terapêutica, tratamentos e condições clínicas.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, publicadas em 2010, resultam da necessidade de uma atualização de sua última versão de 2006, imposta pelo grande número de novas informações geradas e disponibilizadas nesse período de tempo. Conforme o documento, A HA tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

O objetivo das VI Diretrizes, assim como dos documentos anteriores, é oferecer à comunidade médica um guia prático, objetivo e adequado à realidade brasileira para ser utilizado como referência na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e controle da hipertensão arterial¹¹. Também reitera a importância da equipe multiprofissional no capítulo sobre tratamento não-medicamentoso e equipe multiprofissional, esclarecendo que essa equipe pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde. Como a HA é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável e indicada de acordo com as possibilidades dos serviços.

O documento explicita que tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A

consecução dessas mudanças é lenta e, por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação¹¹.

Destaca-se a abordagem multidisciplinar do Documento, que apoia o objetivo geral do presente estudo. De acordo com as VI Diretrizes, a necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária, pois a hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. As medidas educativas devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas a longo prazo.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global. Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, e respeitada esta especificidade necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros.

As Diretrizes elencam as principais vantagens desse tipo de atuação: o número de indivíduos atendidos será maior; a adesão ao tratamento será superior; cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes; haverá favorecimento de ações de pesquisa em serviço e o crescimento profissional no serviço como um todo. Também indicam ações comuns à equipe multiprofissional: promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo); treinamento de profissionais; ações assistenciais individuais e em grupo de acordo com as especificidades; participação em projetos de pesquisa.

As estratégias para a implementação de medidas preventivas da HA são explicitadas no documento, defendendo que as intervenções devem adotar um

modelo multidimensional, multiprofissional e incorporar diversos níveis de ação, usando e integrando recursos das sociedades científicas, da universidade, do setor público e privado e do terceiro setor.

Apresenta-se um compilado dos delineamentos definidos no documento Como Políticas Públicas, é estabelecido:

- a) redução dos fatores de riscos para hipertensão arterial;
- b) prevenção e promoção de saúde em diferentes níveis: educacional, laboral, de lazer, comunitário e outros;
- c) vigilância epidemiológica das condições de risco da hipertensão arterial no setor público e privado;
- d) **ações educativas utilizando todas as formas de mídia** [Grifo da autora];
- e) manutenção e expansão da rede de equipamentos de saúde, garantindo o acesso, a qualidade e a eficiência da atenção prestada;
- f) incentivar o desenvolvimento e a implantação de programas nacional, estaduais e municipais de promoção do consumo de frutas e verduras que sejam sustentáveis e envolvam todos os setores;
- g) conscientização geral acerca dos hábitos alimentares saudáveis na prevenção da hipertensão arterial;
- h) exigir maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos com concomitante educação da população a respeito de sua importância;
- i) estabelecer normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados;
- j) implementar políticas de conscientização da importância da atividade física para a saúde;
- k) implementar programas nacional, estaduais e municipais de incentivo à prática de atividades físicas, ampliando experiências bem-sucedidas, como o programa Agita São Paulo 295.

Como atividades comunitárias, o documento define:

- a) apoiar a mobilização social e a intervenção na comunidade voltadas à prevenção integrada dos fatores de risco para hipertensão arterial;
- b) identificar líderes, grupos organizados e instituições para a formação de coalizões e alianças estratégicas;
- c) capacitar grupos estratégicos da comunidade em questões que tratam de gerenciamento de projetos e prevenção dos fatores de risco para hipertensão arterial;
- d) promover campanhas temáticas periódicas, como Dia Municipal, Estadual e/ou Nacional de prevenção à hipertensão arterial;
- e) incentivar a formação de grupos comunitários para a prática de atividades físicas coletivas em locais públicos e privados.

Como serviços de atenção à saúde, as Diretrizes especificam:

- a) estruturar o sistema de saúde, garantindo e facilitando o acesso objetivando o enfoque no cuidado contínuo e promoção de hábitos saudáveis de vida;
- b) implementar práticas assistenciais que permitam a participação e o diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores;
- c) treinar e dar apoio técnico aos profissionais envolvidos sobre o planejamento comunitário e a implementação de programas;
- d) capacitar e desenvolver recursos humanos, formando profissionais de saúde habilitados e capacitados para aplicar as medidas preventivas da hipertensão arterial;
- e) fazer a interface entre os setores educacionais da sua área de abrangência (escolas de 1º e 2º grau, profissionalizantes e universidades);
- f) formar parcerias com centros acadêmicos para fortalecer o componente de avaliação e ampliar a participação em pesquisas;
- g) estimular a colaboração entre serviços públicos de saúde e de esportes (atividade física), visando um atendimento à comunidade mais integral para adoção de um estilo de vida ativo.

Essas estratégias permitem visualizar e reforçar a noção de que o processo educativo é lento, as mudanças de atitudes são demoradas, e a comunicação clara, objetiva e equilibrada é crucial para o alcance das metas.

Diante do exposto, delimita-se, nesse estudo, três problemas em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): de saúde, de comunicação e de educação.

No que concerne à saúde, a população não acompanha, usualmente, o desenvolvimento do processo das doenças, fato que ocasiona a demora em buscar o diagnóstico e o tratamento, sendo esse procedimento mais comum em comunidades desfavorecidas, tanto urbanas como rurais, e naquelas geograficamente distantes e dispersas.

Com referência à Hipertensão Arterial, os indivíduos não têm consciência da importância de conhecer os cuidados a serem tomados para prevenir e/ou controlar a doença. Eles desconhecem os fatores que contribuem para o estabelecimento do problema de saúde e de que forma esses fatores agem, ocasionando o surgimento de complicações irreversíveis comprovadas no diagnóstico inicial.

A constatação da pouca ou nenhuma adesão dos indivíduos aos programas e aos projetos deve-se à ignorância em relação às condições de saúde, à insatisfação da qualidade da atenção médica, aos problemas de acessibilidade (econômica e geográfica), de conhecimento técnico do pessoal de saúde e fornecimento de medicamentos¹³. Esses fatores estão sendo fortemente combatidos pela Atenção Básica que visa oferecer condições para a proteção da saúde do cidadão.

2.2 A EDUCAÇÃO E A SAÚDE

Conhecer os fatores que promovem qualidade de vida faz parte do processo educativo para a população e se configura como um fator importante para o indivíduo alcançar a participação plena na dinâmica social. Demo¹¹ defende que o ideal da sociedade é a emancipação, com base na cidadania organizada e na capacidade produtiva e que para tanto, o processo educativo deve propiciar oportunidades diferenciadas e inovadoras de expansão cognitiva, combinando a educação com conhecimento. Entretanto, a ignorância ou a pobreza política, como Demo¹⁴ denomina, é a responsável pela falta de

percepção analítica e crítica que não permite ao desprivilegiado a leitura da realidade.

Com o intuito de estimular no homem o uso de suas funções intelectuais, Paulo Freire¹⁶ pensa uma Pedagogia da Comunicação, como algo que instaure o diálogo e que proporcione um novo conteúdo programático da educação. A chave desse sistema estaria não propriamente na alfabetização, mas antes, na superação da compreensão mágica ou ingênua que o homem tem do mundo, desenvolvendo uma compreensão crítica¹⁶. Para tanto, o autor insiste no conceito de que a comunicação implica numa reciprocidade que não pode ser rompida. Dessa forma, na comunicação não há sujeitos passivos, pois o que caracteriza a comunicação é o diálogo, ensejando a co-participação no ato de compreender a significação (de um conteúdo, por exemplo), o que seria uma atitude crítica. O que leva à reflexão de que o processo da comunicação humana não pode estar isento dos condicionamentos socioculturais. Só é possível obter uma comunicação integral no encontro dos interlocutores, uma vez que na comunicação busca-se realizar a compreensão dos objetos-alvos da relação comunicativa e lograr o entendido¹⁷.

Moraes complementa que o conhecimento é produzido em um mundo físico e social: “o social é condição para que o indivíduo desenvolva dialeticamente sua capacidade de individualização e a construção não é apenas do indivíduo, as construções são coletivas, pois também construímos e reconstruímos o mundo, balizados, controlados pela mente, pelas idéias, pelos valores e pelas construções dos outros”¹⁸.

A construção de um conhecimento adequado que leve à compreensão de que o nível de saúde é determinante para que o indivíduo viva com qualidade encontra suporte na perspectiva construtivista de Piaget como o aparecimento de inovações, mudanças e transformações qualitativas que surgem no percurso do desenvolvimento intelectual. O indivíduo aprende, constrói sua inteligência e o seu conhecimento por meio da assimilação, da acomodação e na relação com o outro, na relação com o mundo¹⁹.

Valla relaciona a educação e a saúde com a cidadania por meio da discussão dos serviços básicos e os impostos pagos pela população²⁰. Comenta que, quanto à definição do quadro das necessidades de saúde da população “carente” ou “favelada”, verifica-se que é habitualmente o das doenças da miséria,

cuja profilaxia de baixo custo, realiza-se, no caso dos centros de saúde, por meio de medidas como a vacinação em massa. As campanhas e os programas desenvolvidos têm mais a ver com os “agentes patológicos” do que com os indivíduos sociais. Freire e Vilar afirmam que as situações de saúde que assumem características graves e preocupantes, como é o caso das DCNT, podem ser minimizadas por meio de um processo educativo, mediado pela comunicação²¹. Verifica-se que as informações insuficientes e a ignorância popular maximizam o cenário negativo da saúde coletiva no país, levando os indivíduos a contrair doenças que poderiam ser evitadas a partir de intervenções educacionais e comunicacionais planejadas, sistemáticas, e de impacto na população. A aplicação de estratégias de comunicação educacional poderia alcançar resultados mais efetivos, pois é possível adaptar as estratégias ao perfil da comunidade, obtendo-se melhor aceitação e, conseqüentemente, participação mais consciente²¹.

Levy et al²², na 10ª Conferência Nacional de Saúde Online, postulam 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. Completam os autores, esclarecendo que a educação em saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e as expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

Estudiosos demonstram suas preocupações em relação à melhoria das condições de vida da população, situação que é dependente da educação. Para Uchôa et al²³ “o conhecimento sobre a circulação da doença em determinadas áreas, assim como a percepção da mesma pela população local, é de grande valia para o estabelecimento de campanhas de controle, pois mobiliza a comunidade em ações sanitárias”. É necessário que haja, como colocam Andrade et al²⁴, a participação comunitária no contexto das concepções sobre o controle social em saúde a fim de que ocorra uma intervenção efetiva na comunidade.

Na visão de Aerts et al²⁵, a promoção da saúde passou a ser vista como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo-saúde, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida. Promover a saúde, no conceito dos autores, é oferecer um contexto de

apoio que proporcione a saúde física, intelectual e mental. A educação deve ser a grande facilitadora dessa situação abrangente.

A falta de educação e informação sobre condições de saúde leva ao desconhecimento das causas, evolução e conseqüências das doenças, sobretudo da HA, entre a população, principalmente entre os desfavorecidos social e economicamente²⁶. As iniciativas existentes que priorizam a adesão, a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população acontecem em nível nacional, regional e local, buscando divulgar e orientar a população quanto aos cuidados, mas as doenças persistem e o número de pessoas acometidas pelas doenças crônicas não-transmissíveis continua significativo²⁷.

Os programas e projetos que acontecem no país propõem ações que são periódicas e cuja influência social se extingue quando a própria ação termina. Permanece o questionamento: que mudança foi ocasionada e estabelecida? Se houvesse uma transformação verdadeira, os índices de prevalência da doença estariam controlados. Tal fato não se dá ao acompanhar-se os dados publicados pelo Ministério da Saúde³ por meio do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus), pela Organização Mundial da Saúde¹, pela Organização Pan-Americana de Saúde⁷, pela Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial¹¹, entre outras instituições.

Nesse sentido, o estabelecimento da adesão aos tratamentos médicos para HA é determinante para a melhoria do quadro de saúde da população. A adesão aos tratamentos médicos é uma perspectiva de abordagem que leva em conta as ações e omissões de um determinado paciente²⁸. O processo verifica não apenas os gestos e atitudes imediatamente observáveis, mas um todo comportamental mais complexo. Três componentes desse processo são: a noção de doença que possui o paciente, o lugar do médico em seu imaginário e a idéia de cura ou a melhoria que se forma na mente daquele que está em tratamento²⁹.

Destaca-se que o termo "*adesão*" ao tratamento, conforme Vitória³⁰ deve ser visto como uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas obedece as orientações médicas, mas entende, concorda e segue as orientações e a prescrição estabelecidas pelo seu médico. Significa que deve existir uma "*aliança terapêutica*" entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento³⁰.

Ronzani e Mesquita³¹ ressaltam que, muitas vezes, a não-participação dos usuários às atividades extra consulta se deve ao fato destas não corresponderem às necessidades dos entrevistados ou de seus familiares. Os autores colocam em debate as dificuldades na comunicação entre necessidades de saúde e as orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população.

No caso da HA, uma estratégia determinante para o manejo da doença assim como de outros fatores de risco cardiovascular é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento com ênfase no auto-cuidado³². Educação pressupõe construção de novos entendimentos a respeito do processo de saúde e doença, assim como de mecanismos envolvidos na prevenção e no controle das situações de saúde já existentes, partindo sempre do conteúdo já alcançado pelos indivíduos, ou seja, as suas perspectivas pessoais e biográficas que são reveladas ao ser enfocada a experiência da enfermidade e das narrativas dos adoecidos, como discorre Canesqui³³. Santos & Silva valorizam o respeito ao saber socialmente construído pelos indivíduos, que deve ser considerado em uma educação que objetive mudança de comportamento³².

Dessa forma, o discurso educativo deve estar em consonância com o nível de conhecimento do indivíduo, uma vez que esse discurso pode ser considerado como um método de educação que dá significado às experiências das pessoas, como salientam Hull et al³⁴. Na visão dos autores, há uma interação entre os níveis coletivo e individual de aprendizagem em relação ao contexto cultural que resulta em conhecimento produzido; quanto do conhecimento coletivo é reproduzido no individual e quanto é utilizado por ele. Isso significa que as atitudes e percepções dos indivíduos indicam o resultado do discurso educativo nas questões relativas à saúde.

No que se refere à situação política envolvendo a Educação em Saúde, destaca-se a realização, em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde, em Alma-Ata, cidade localizada na antiga União Soviética. Das conclusões desse importante evento resultou a proposta de que todos os governos, trabalhadores da saúde, enfim a comunidade mundial desenvolvesse iniciativas para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo³⁵ Saboia.

A Declaração de Alma-Ata, produto final do histórico seminário organizado pela OMS, em conjunto com a Unicef, aponta para a atenção primária em saúde,

como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente e aponta as diretrizes incorporadas pela OMS para a estratégia global de “Saúde para todos no ano 2000”.

Nessa época, o Brasil se encontrava sob o regime da ditadura e, contraditoriamente às recomendações da Conferência, criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), cujo enfoque privilegiava a assistência curativa-individual ³⁵ Entretanto, o país sofreu influências das propostas e recomendações e surgiu a proposta da Reforma Sanitária, apoiada por intelectuais opositores ao governo, médicos sanitaristas progressistas, profissionais da área e população geral ³⁵.

A proposta da reforma sanitária teve como eixo estratégico o processo de municipalização, que busca resgatar o poder local, considerado como força principal na implementação das mudanças das gestões de saúde, mas ainda é prática recente na história da saúde brasileira, fato que é um dos possíveis determinantes das dificuldades na sua total implementação³⁵.

Outro fato relevante para o desencadeamento das políticas públicas globais de Saúde foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, que emitiu a Carta de Ottawa dirigida à execução do objetivo "Saúde para Todos no Ano 2000" .Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo³⁶

Embora as discussões se centrassem nas necessidades dos países industrializados, levaram-se também em conta os problemas que atingem as demais regiões. A Conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma Ata, em primeira instância, o documento "Os Objetivos da Saúde para Todos" da Organização Mundial de Saúde e o debate sobre a ação intersectorial para a saúde³⁶.

O Documento estabelece que a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Defende que uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde³⁶

As iniciativas educativas em saúde surgiram, no Brasil, com as práticas sanitárias, priorizando a higienização das ruas e casas, aterro de águas paradas, purificação do ar e organização de serviços de saúde. Em 1894, durante o governo de Prudente de Moraes, Oswaldo Cruz foi designado para a Diretoria Geral de Saúde Pública e implantou a estratégia política de campanhas, que tiveram grandes resistências³⁵.

Os serviços nacionais de saúde, criados nesse período, apresentavam, de um modo geral, características beneficentes, que assumiam a conotação de dádivas oferecidas à população, por um governo generoso. A educação em saúde foi inserida nesse contexto, como instrumento capaz de, isoladamente, ensinar pessoas o que elas deveriam fazer para manter a saúde e evitar doenças.

Na década de 1920, a situação caótica da saúde da população começou a ser veiculada intensamente pela imprensa e auxiliou o movimento de médicos sanitaristas em defesa da saúde que culminou na criação do Departamento nacional de Saúde Pública, sendo Carlos Chagas nomeado como seu diretor. Esse Departamento, através de convênio com a Fundação Rockefeller, criou o Serviço de Enfermeiras, que influenciou a fundação da Escola Anna Nery, cuja proposta principal era a formação de profissionais enfermeiras para atender a necessidade de prestação de cuidados aos doentes, assim como promover a educação em saúde com clientes e familiares para minimizar os efeitos da proliferação de doenças.

De acordo com Sabóia, as atividades educativas, no contexto das atribuições da enfermagem, no Brasil, emergiram simultaneamente ao desenvolvimento da enfermagem profissional³⁵. Porém, o substrato filosófico e ideológico dessas práticas (enfermagem e educação em saúde) sempre foi idealizado pelo discurso do poder.

Na década de 1940, a educação em saúde ressurgiu com novo discurso, incentivando-se a prática da educação em saúde para diminuir os riscos de doenças, sobretudo na região Amazônica, para atrair trabalhadores para a produção de borracha. Na década de 50, as idéias relacionadas à educação em saúde destacavam a importância da organização da comunidade, da participação e integração de setores considerados atrasados e periféricos àqueles mais modernos, segundo a ideologia desenvolvimentista da época. Durante os anos 1960, a teoria da educação libertadora de Paulo Freire favoreceu o aparecimento

de propostas voltadas para a prática educativa em saúde, que propunham contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica dos indivíduos e dos grupos³⁵

A partir de 1974, agravaram-se as condições de saúde da população, como parte de um quadro geral de crises em diferentes áreas. O governo passou a destacar a importância de descentralizar as ações de assistência e de implantar programas de ações básicas³⁵.

Desse modo, a educação em saúde começou a fazer parte das estratégias governamentais para ampliação do conhecimento da população sobre o binômio saúde-doença, com ênfase na promoção, proteção e recuperação da saúde, conceitos que embasam a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família implementadas no país.

2.3 A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE

No que se refere à comunicação e educação, as intervenções comunitárias, muitas vezes, são descontinuadas, desmotivando o indivíduo a participar de outras iniciativas. Também, não há um processo de divulgação adequado, utilizando os meios de comunicação propícios a cada situação e iniciativa. Além disso, não são realizadas avaliações do impacto da ação no indivíduo, verificando até que ponto ela interferiu no modo de pensar e agir em relação à doença. Dessa forma, não é constatado se houve uma mudança de comportamento do indivíduo no que concerne à Hipertensão Arterial.

A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que grande parte dos pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada³⁷.

A motivação e a educação continuada podem ser auxiliadas pela comunicação que, entendida em uma perspectiva sociológica, é um processo social primário, envolvendo a relação entre pessoas, sem excluir os meios como

elementos que constituem o cenário comunicacional³⁸. Dessa forma pode-se considerar o processo de comunicação englobando a recepção, essa última designando as relações que se estabelecem entre os membros da audiência e os meios, com programas, gêneros, mensagens ou momentos particulares³⁸.

Esse conceito norteou a implantação dos recursos de comunicação para o grupo de interesse do presente projeto, pois no processo de comunicação em que a recepção assume função de destaque, o receptor é avaliado em termos de habilidades comunicadoras e de nível de conhecimento para que o conteúdo das mensagens tenha significado ao receptor. O tratamento que a fonte dá ao receptor é determinado pela análise das habilidades de comunicação (decodificação) do receptor, de suas atitudes, conhecimentos e posição no contexto sociocultural³⁹.

Na análise da recepção, os receptores são considerados como indivíduos ativos, os quais podem fazer muitas coisas com os meios de comunicação, seja do simples consumo a um uso social mais relevante. Há a possibilidade de negociação e de oposição por parte da audiência no processo de recepção de um texto (compreendido como não apenas escrito, mas oral e visual). Isso significa que a audiência não é apenas uma receptora passiva de um texto. Sua recepção é um processo ativo, onde há negociação em torno da significação. O significado depende do contexto cultural da pessoa, fator que pode explicar porque alguns aceitam uma forma de leitura de um texto que outros rejeitam.

O elo da comunicação entre o homem na sua individualidade e a sociedade perpassa pelo discurso que privilegia a compreensão das estruturas que compõem o próprio homem. Sob essa ótica, o receptor em comunicação pode ser visto empiricamente como colocado em uma zona limite e conflitiva: de um lado é o sujeito-indivíduo, o apelo ao usufruto, ao valor dos bens da sociedade disponível; de outro lado é o sujeito social, mas no limite do aqui e agora, na valorização do tempo e do espaço em que de fato vale a pena investir e viver intensamente; é um receptor que entre o presente e o futuro luta por não ter o real como pesadelo³⁸.

Stuart Hall apud Pena defende que é preciso entender como o público, formado por pessoas com contextos socioculturais diferentes recebe e decodifica as mensagens vindas das mídias³⁹. De acordo com o autor, cada faixa deste público pode decodificar a mensagem de acordo com sua própria maneira

podendo concordar, opor-se ou contra-argumentar, acolhendo-a ou rejeitando-a. Em vista dessa possibilidade, deve-se levantar o perfil da audiência, coletando-se dados através da observação e entrevistas em profundidade e aplicando-se métodos qualitativos de análise desses dados e do conteúdo dos meios⁴⁰. O modelo de codificação/decodificação de Hall⁴¹ considera a mensagem dos meios como polissêmicas e aberta às variadas interpretações, em um processo contínuo. Ao conhecer-se o público com que se trabalha e entendendo suas reações às mensagens recebidas é possível propor-se ações que auxiliem na percepção e compreensão da sua condição de saúde para colaborar no controle de doenças crônicas, como por exemplo, a hipertensão arterial.

Isso implica em reconhecer que o receptor assume o papel do sujeito, negando-se uma concepção que o entendia passivo e considerando-se que as percepções, apropriações e interpretações que os sujeitos fazem das mensagens veiculadas pelos meios de comunicação são mediadas por um conjunto de valores, idéias, instituições e capacidades cognitivas. Dessa forma, os meios de comunicação podem ser visualizados não como um aparato ou instrumento, mas como constitutivos das próprias práticas sociais⁴². Estabelece-se a condição do sujeito receptor como um lugar que recebe e processa as informações do ponto de vista do arcabouço cultural que dispõe, acionando o conjunto de práticas, hábitos e saberes ao qual tem acesso para avaliar, julgar, processar e interpretar os dados. O sujeito receptor possui, de antemão, determinadas competências e conhecimentos culturais constituídos que são utilizados no momento da interpretação. A subjetividade resulta de uma real experiência social e de uma experiência mediada ou textual. O fato de as pessoas participarem da história, vivenciarem uma formação social determinada, fazendo parte de uma história cultural complexa que é social e textual transforma-as em sujeitos sociais⁴³.

O espaço da subjetividade não se desloca apenas para o prisma psicológico/individual, nem se resume ao reflexo do mundo social/sistêmico. A subjetividade é a vida interior, as opções mais íntimas marcadas pela individualidade em que a sociabilidade assume característica importante, demonstrando uma dimensão social na construção da subjetividade. A partir de novas formas de subjetivação que são descobertas no meio social, aparece um novo prisma de estudo: como, na prática cotidiana, as pessoas encontram elos para relacionar-se consigo mesmas; como veem a si mesmas e como constroem

sua identidade de sujeito. A própria comunicação social, como processo, ou os veículos de que se serve, participa da construção da subjetividade, pois podem ser local de simbolização de uma sociedade para construir sua imagem⁴⁰.

A comunicação, para Martín-Barbero, assume o sentido de práticas sociais em que o receptor é considerado produtor de sentidos e o cotidiano, espaço primordial de pesquisa, pois o cotidiano tem valor histórico para a sociedade⁴⁴. O autor propõe três mediações para captar as experiências culturais: a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural, que reproduzem os significados sociais, sendo o *locus* que possibilita compreender as interações entre a produção e a recepção⁴⁴. As mediações estruturam, organizam e reorganizam a percepção da realidade em que está inserido o receptor, tendo poder também para valorizar implícita ou explicitamente essa realidade⁴⁴. Nessa concepção, Hall⁴⁵ confirma a interação da identidade e do eu, ou seja, a identidade é formada na interação entre o eu e a sociedade: “o sujeito ainda tem um núcleo ou essência interior que é o eu real, mas este é formado e modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais exteriores e as identidades que esses mundos oferecem.

No conhecimento da realidade do receptor, vislumbra-se o conhecimento do próprio receptor, que no âmbito da saúde não deve se limitar somente à “estrutura interna dos nossos ossos, mas à natureza e a combinação dos sintomas, das crises e das outras circunstâncias que acompanham as doenças; não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contra natureza, mas o doente com relação à própria doença”⁴⁶.

Considerando-se a ênfase na subjetividade, nas particularidades do receptor e nas manifestações diferenciadas de cada pessoa sobre a doença, as intervenções educativas foram definidas com base nos dados coletados junto ao público de interesse e fundamentaram-se no *narrowcasting*, ou seja, transmissão direcionada, que permite a aplicação de atividades específicas para um público determinado. Diferentemente dos veículos de comunicação de massa, os meios que atingem consumidores de mensagens especializadas lidam com características demográficas sem visar atrair um grande grupo. Essas especificidades foram descobertas, de acordo com Straubhaar e Larose⁴⁷, através de “um dos primeiros usos da tecnologia de computação nas indústrias de mídia”, cuja finalidade era definir as audiências e peculiaridades de cada programa.

Narrowcasting relaciona-se com a particularização do público-alvo sem que esse procedimento venha a equivaler a um afinamento de opções⁴⁸. O desenvolvimento da televisão a cabo também tornou mais possível a implantação do fenômeno *narrowcasting* (liberalmente traduzível como 'transmissão específica', em oposição ao tradicional *broadcasting* ou 'transmissão geral'). Na transmissão direcionada, os canais são dedicados a subgrupos específicos da audiência, conhecidos como segmentos de mercado.

Em primeira instância, as características demográficas (sexo, idade e renda familiar) foram utilizadas para definir tais segmentos, mas, conforme canais de mídia especializados multiplicaram-se, a segmentação tornou-se mais sofisticada, enfocando estilos de vida e interesses de lazer mais e mais específicos⁴⁷. Outro benefício do *narrowcasting* está em dar espaço aos veículos com menos força que as grandes instituições da imprensa, como afirma Priestman apud PRIMO⁴⁹. A programação segmentada responde aos interesses de grupos menores que não seriam atendidos pelos meios que necessitam muito mais de audiência para que sobrevivam no mercado. Os recursos de comunicação criados e aplicados nesse trabalho fundamentaram-se no *narrowcasting*, pois o grupo necessitava de mensagens específicas que auxiliassem a sua aprendizagem sobre condição de saúde. O resultado, ao trabalhar o conceito de público específico, consiste em alcançar mudanças individuais de cognição, comportamento e saúde. A proposta é que o conteúdo do programa tenha o apelo correto para determinado grupo de pessoas, nesse caso hipertensos, usando material customizado, como vídeos e informação impressa⁵⁰.

A informação audiovisual se presta às situações de Comunicação Educacional enfatizadas neste trabalho, pois a imagem que gere emoções é socializadora, no sentido de que tem incidências sobre as decisões e comportamentos⁵¹. Com isto pretendem conseguir as mensagens televisivas, os vídeos se adequaram a esta proposta, quando buscaram personagens, participantes e situações com apelo à realidade do grupo específico. A imagem é energia enquanto reflexo de necessidades já existentes ou enquanto ativação de novas necessidades e desejos. Mas, é sempre, ao mesmo tempo, energia orientada, canalizada numa direção previamente estabelecida⁵¹. A imagem televisiva mostra situações e pessoas que podem ser legitimados como modelos a serem observados e copiados, criando expectativas de benefícios para

determinados tipos de comportamento, demonstrando a força socializadora da televisão. Assim, a televisão passa a ser construtora de imagens mentais. Se a pessoa toma suas decisões em função do conhecimento que tem da realidade e de suas expectativas diante da mesma, qualquer informação que lhe seja dada sobre a realidade terá uma influência decisiva nas suas decisões⁵¹.

Pesquisas realizadas constataam a força da televisão na vida das pessoas, como a primeira fonte para obter informações, notícias, entretenimento e inclusive socialização. Este último elemento se enquadra nos momentos sociais, quando as conversas giram em torno do conteúdo televisivo⁵². A maioria das pessoas, independente de suas crenças e atitudes, recorre ao meio para responder às várias necessidades de atualização e, inclusive, do seu cotidiano, conforme alguns pesquisadores denominam de conteúdo reconstituente e de ensino⁵².

2.4 A RELAÇÃO SAÚDE/DOENÇA NA PERSPECTIVA DA PESQUISA SOCIAL

As pessoas procuram atualizar-se em relação aos fatos que compõem o seu cotidiano e a saúde faz parte desse conteúdo, pois as conexões entre desenvolvimento econômico e social e a produção da saúde interferem diretamente nas condições de vida da população em geral. A saúde é uma qualidade inata do homem e um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objeto maior da vida⁵³, pois pode ser dimensionada como resultante de condições concretas de vida que engloba renda, alimentação, condições de trabalho e moradia, entre outros elementos.

Dessa forma, a representação saúde/doença evidencia-se enraizada de maneira tão forte e específica na cultura, que manifesta, vigorosamente, concepções da sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre corpo que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Assim, além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das relações entre os indivíduos e a sociedade e entre as instituições e seus mecanismos de direção e controle⁵⁴.

Para Breilh⁵⁵, a determinação social da saúde precisa ser compreendida para que não se limite à esfera aparente das condições socioeconômicas e o os

modos de vida, na qual só encontramos respostas imediatas que reproduzem e intensificam ainda mais os grandes problemas da humanidade. O autor indica alguns eixos que devem ser considerados nas problematizações e práxis em torno das questões de saúde-doença: condições grupais de trabalho, qualidade e desfrute de bens de consumo do grupo, capacidade objetiva de criar e reproduzir valores culturais e identidade, capacidade objetiva para empoderamento, organização e suporte em benefício, qualidade das relações ecológicas do grupo.

A noção de saúde e de doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ele fixa⁵³. A enfermidade também se constitui como uma experiência de caráter sociocultural que reflete um complexo interativo entre indivíduos, grupos e instituições, a partir de processos comunicativos de definição e interpretação. Além disso, radicada em uma experiência individual, subjetiva, do corpo, a enfermidade se constitui em realidade social.

É em grande medida através da elaboração de imagens tecidas em um discurso narrativo que os indivíduos organizam sua experiência subjetiva da aflição, de modo a transmiti-la aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear neles uma série de atitudes condizentes com a nova situação apresentada. A utilização de metáforas constitui o meio por excelência pelo qual tais imagens são fabricadas. As metáforas/imagens desenvolvidas nas narrativas das doenças dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução. O estudo dos processos narrativos pelos quais os indivíduos constroem e expressam a aflição constitui, assim, um poderoso recurso para a análise social da enfermidade⁵⁶.

Para Benjamin⁵⁷ a informação só é válida enquanto atualidade. A narrativa é diferente, não se gasta. Conserva toda a sua força e pode ser explorada muito tempo depois. É uma forma artesanal de comunicação. Não pretende transmitir o que há de puro nas coisas, como fazem a informação ou o relato. A narrativa mergulha as coisas na vida do narrador para depois busca-las de novo. Por isso, a narrativa tem gravadas as marcas do narrador, que tende começar suas histórias de vida com a descrição das condições em que tomaram conhecimento do que se segue, ou quando não as fazem passar, pura e simplesmente, por histórias vividas por eles próprios⁵⁷. Daí a importância do adoecido narrar sua

relação com a sua condição de saúde, mostrar como se sente do ponto de vista físico e emocional, expressar seu saber sobre a lida com a doença.

Por isso, há necessidade de se valorizar o saber do paciente, pois o conhecimento do indivíduo enquanto ser social e biológico é um fator determinante para a definição do tratamento e das iniciativas que objetivem a mudança de comportamento e incentivem a adesão aos tratamentos. O levantamento dos dados sociais, viabilizada pela abordagem da pesquisa social, privilegia as relações sociais e com o ambiente em que os indivíduos vivem e as suas concepções de saúde/doença⁵⁸.

A realidade social, na interpretação de Minayo⁵⁸, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, mas que podem ser complementados com dados quantificáveis, havendo uma interação dinâmica entre qualitativo e quantitativo⁵⁹. Frente às questões da quantidade e da qualidade, a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade podem ser interdependentes⁵⁸, de acordo com as situações que se precisar conhecer. Os procedimentos quantitativos e qualitativos se integram em diferentes etapas do trabalho, a fim de que não haja um distanciamento em relação ao objeto de estudo, mas ao contrário, que ocorra o conhecimento profundo de uma realidade na identificação de suas características mais sutis⁵⁹.

Para Alves⁶⁰ apud Canesqui, a realidade social é concebida como um conjunto de interpretações que os indivíduos têm sobre o mundo sociocultural que os cerca, não se devendo relegar a segundo plano o mundo subjetivo, os contextos interpretativos, as ações e os processos de escolhas dos atores sociais, aspectos confirmados por Tomasi e Yamamoto⁶¹ ao esclarecerem que a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores, inclusive nas situações problemáticas como as doenças crônicas, além dos sentimentos, pensamentos, emoções, conceitos e relacionamentos, cujos resultados são analisados por meio de um processo de interpretação⁶². No âmbito das doenças crônicas, o estudo deve convergir para a experiência do paciente sobre a enfermidade, enfatizando o processo subjetivo

dessa vivência, partindo do ponto de vista dos adoecidos e em situações concretas do seu mundo³³. Dessa forma, a busca da interpretação dos sentidos da ação dos sujeitos tem um status central, traduzindo analiticamente os significados originais que mobilizam as ações humanas⁶⁰.

Foucault reforça o aspecto subjetivo ao afirmar que a percepção da doença no doente supõe um olhar qualitativo; para aprender a doença é preciso olhar onde há *secura*, ardor, excitação, onde há *umidade*, *ingurgitamento*, *debilidade*. É preciso uma percepção sutil das qualidades, uma percepção das diferenças de um caso a outro, uma fina percepção das variantes a partir de uma experiência modulada e colorida; medem-se variações, equilíbrios, excessos ou defeitos⁷⁰.

Na literatura referente à área, depara-se constantemente com pesquisas que buscam conhecer os pacientes e a sua relação com o meio-ambiente, os serviços e os profissionais da saúde, investigando confiabilidade, comunicação, respeito e condições das instalações básicas, entre outros fatores^{63,64}, tendo como principal foco a abordagem social, as relações humanas e os aspectos subjetivos que permeiam as estruturas sociais.

Ao admitir-se que a doença é um fenômeno social e biológico e não um fenômeno biológico individual, que ocorre em um contexto social⁶⁵, a natureza do problema é a razão mais consistente, pois é preciso compreender a experiência das pessoas que passam por variadas situações, dentre elas as problemáticas, como as doenças crônicas⁶³, o conhecimento detalhado de fenômenos como sentimentos, pensamentos, emoções, conceitos e relacionamentos, com análise e interpretação mais profundas que levem a um melhor controle de comportamento, facilitando a compreensão dos resultados dos processos terapêuticos complexos⁶⁶, assim como, propiciando um modo diferente de trabalhar o tema saúde, que é naturalmente difícil, pois rapidamente enverada pelo caminho da 'doença' e não mais saúde. Em parte, a dificuldade em discutir saúde se relaciona ao grau de idealismo e abstração a ela associados nas sociedades contemporâneas: 'completo bem-estar físico, mental e social', ao passo que as manifestações muito concretas dos 'entraves à saúde' são tangíveis³. Dessa forma, verifica-se que a compreensão do que representa a doença ou o tratamento para os pacientes pode ser apreendida nas interações que se estabelecem entre profissionais de saúde, pacientes e serviços de saúde e que se configuram como um *locus privilegiado de análise*¹¹.

3 MÉTODO

A abordagem metodológica desse estudo é a pesquisa quantitativo-qualitativa do tipo descritivo e exploratório e apresentação dos resultados por associação de estatística descritiva simples. Foram utilizadas as seguintes técnicas para o levantamento dos dados: observação sistemática, entrevista em profundidade, questionários e grupo focal; para a análise dos dados obtidos utilizou-se a análise de conteúdo do tipo categorial.

Ao se aplicar a pesquisa social no campo da saúde, demonstra-se o fato de que a saúde não institui um campo separado das outras instâncias da realidade social, pois a saúde está submetida, tanto do ponto de vista metodológico como teórico, às vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte. A sua especificidade é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Nesse sentido, ela requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente⁵⁸.

A pesquisa se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas. O processo inicia com a fase exploratória da pesquisa, tempo dedicado às interrogações preliminares sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação. O trabalho de campo consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada, combinando entrevistas, observações, levantamentos de material documental, bibliográfico, entre outros. Essa etapa realiza um momento relacional e prático de fundamental

importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias. Por fim, elabora-se o tratamento do material recolhido no campo, subdividindo em: ordenação, classificação, análise. O tratamento do material conduz à teorização dos fatos, produzindo o confronto entre abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição. O ciclo da pesquisa nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior⁶⁷.

A observação sistemática como método qualitativo de coleta de dados permite ao pesquisador obter informações sem que seja necessária a colaboração de grupos ou de pessoas. A observação dirige-se às condutas humanas, às mensagens transmitidas entre indivíduos, entre indivíduos e grupos e entre grupos. Sua contribuição é fundamental tanto para o desenvolvimento da teoria referente à orientação geral da pesquisa quanto para a construção de roteiros de entrevistas e de outros instrumentos de pesquisa comprovadamente eficazes. A observação, como técnica científica serve a um objeto formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada; é registrada de maneira sistemática e ligada a propósitos mais gerais, como por exemplo, aos objetivos gerais de uma determinada pesquisa⁶⁸, como aplicada nesse projeto.

A entrevista em profundidade é realizada com um único respondente como empregada nesse trabalho, e caracteriza-se por ser uma técnica de coleta de dados amplamente empregada para descobrir pontos de vista diferentes daqueles do pesquisador. O ponto de partida é o pressuposto de que o mundo não é um dado natural, sem problemas, mas ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas, sob condições que elas não estabeleceram⁶⁹. Assume-se que essas construções constituem a realidade essencial das pessoas, seu mundo vivencial, que também podem ser permeadas, conforme Foucault⁷⁰, pelo tipo de discurso tanto ouvido, como falado ou repetido. Os indivíduos vão *apreendendo* idéias e valores em nome de um discurso proferido como válido pelas famílias, pelas instituições (principalmente as escolares). Dessa forma, *esses discursos* pretendem ditar ao homem o papel que ele precisa desempenhar na sociedade. É perceptível um alerta de Foucault, levantando alternativas sobre a visão de homem que reina no mundo, e que o discurso coercivo e universal, coloca o homem numa trilha, que funciona como o caminho da verdade, ou seja, o

caminho que deve ser seguido e interessa ao poder. Daí resulta a necessidade do conhecimento crítico da realidade em que o homem vive.

O emprego da entrevista qualitativa para mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes é o ponto de entrada que possibilita a introdução de esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos, relatando os significados das situações e das condições de vida. Uma vez que a língua é um sistema social, como afirma Hall⁴⁵, e não um sistema individual. Como tal, expressar-se, falar uma língua, utilizar esse recurso de narração oral, não significa apenas expressar os pensamentos mais interiores e originais, significa também ativar a imensa gama de significados que já estão embutidos em nossa língua e em nossos sistemas culturais.

A entrevista qualitativa fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos⁷¹, aspectos que foram levantados no presente estudo.

O grupo focal tem como objetivo perceber os aspectos valorativos e normativos que são referência de um grupo em particular, buscando também identificar tendências. A maior busca nesta metodologia é a de compreender e não inferir nem generalizar. A investigação que utiliza grupo focal permite identificar a satisfação e a percepção que os produtos, como vídeos, programas de televisão, revistas, seriados entre outros, provocam no receptor desses conteúdos; pode ter duração de até 90 minutos. A metodologia é conduzida de forma diferente, pois no início da condução do grupo é necessário expor aos participantes a peça de comunicação alvo da análise para assegurar homogeneidade de impacto⁷², como foi realizado com os vídeos criados para este trabalho.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação. Essa definição de Berelson, citada por Bardin⁷³, foi completada e ampliada pelos trabalhos posteriores de pesquisadores americanos e europeus. O conjunto de técnicas de análise das comunicações, conforme apresenta Bardin, não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de

formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e/ou de recepção⁷³, considerada uma operação lógica destinada a extrair conhecimentos sobre os aspectos latentes da mensagem analisada⁷¹. A organização da análise dá-se em três fases cronológicas: 1) a pré-análise que consiste no planejamento do trabalho, sistematizando as idéias iniciais com o desenvolvimento das operações sucessivas; 2) exploração do material: refere-se à análise propriamente dita, envolvendo operações de codificação; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos; a partir desses resultados, o pesquisador pode propor inferências⁷⁴.

3.1 MÉTODO APLICADO

No caso desse projeto, o grupo populacional estudado faz parte do Programa do Hipertenso da Estratégia Saúde da Família (PSF). O local de implementação do projeto foi a Unidade Básica de Saúde Rio Bonito, no bairro Pinheirinho, em Curitiba (PR), cujas atividades iniciaram-se em 2006, onde também se realiza a Residência de Medicina de Família, do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). As condições para a realização do projeto foram propícias, pois houve aceitação e articulação com a equipe dos profissionais de saúde e infra-estrutura adequada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

O processo de Comunicação Educacional (CE) foi desenvolvido com dois grupos de interesse:

O primeiro grupo, formado por 142 pacientes, numero total de usuários que integravam o Programa de Hipertensos da Unidade, em 2006 quando se iniciou o Projeto, e que foi o objeto da observação sistemática, a primeira técnica da metodologia qualitativa, para formar o perfil da população de interesse.

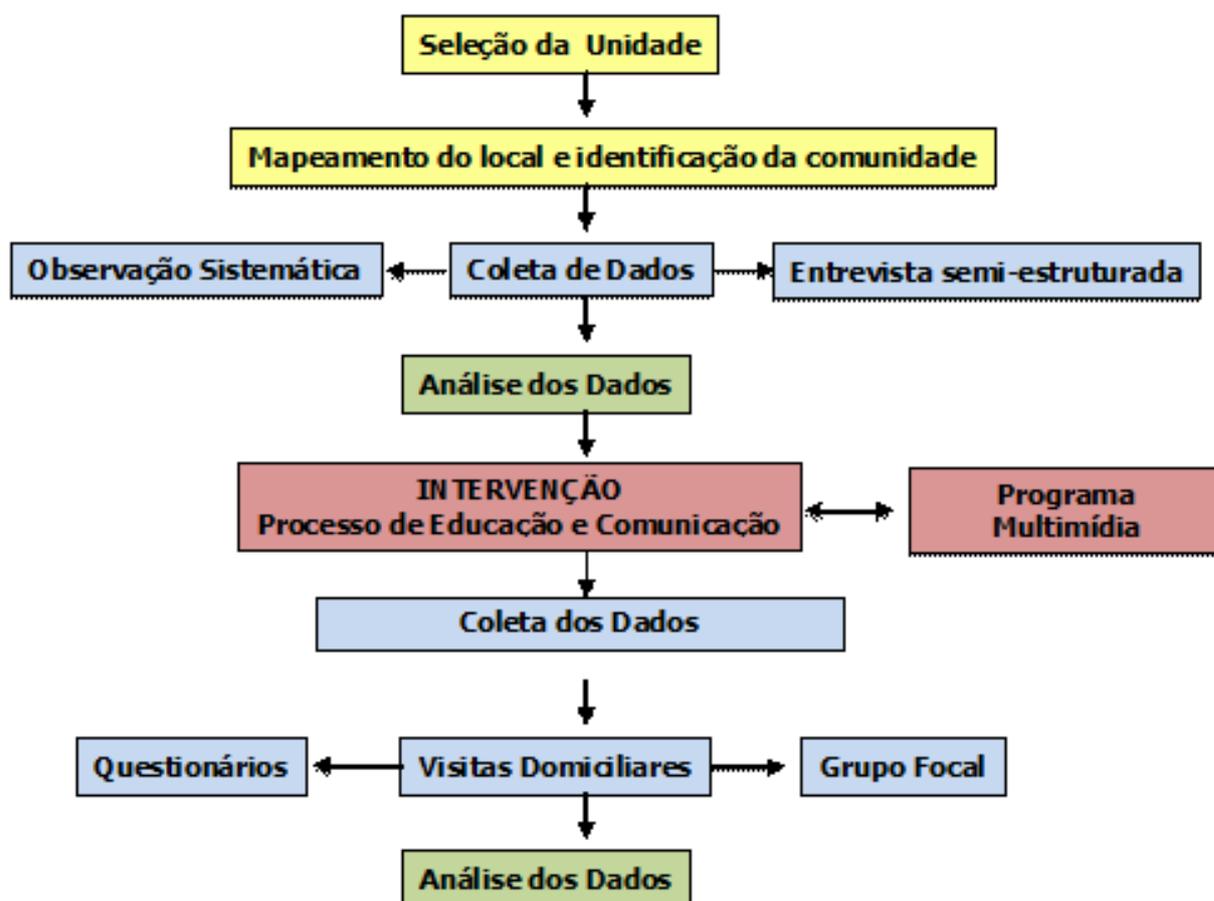
O segundo grupo foi formado por 48 usuários, daqueles 142 acima mencionados, com o qual utilizou-se as outras técnicas de metodologia qualitativa, como as entrevistas e os grupos focais. Houve necessidade de

diminuir o tamanho do grupo em virtude da dificuldade de acessibilidade aos membros ocasionada por absenteísmo aos atendimentos agendados em virtude de esquecimento, de outras doenças que impediam o comparecimento e da desconsideração às atividades do Programa de Hipertensos da Unidade. A diminuição do número de componentes também deveu-se à aplicação correta das entrevistas em profundidade e dos grupos focais que demandam mais tempo e menor número de pessoas, conforme embasamento teórico-científico^{75,76}.

O Projeto teve a duração de dois anos e meio e se desenvolveu por meio das seguintes fases:

- a) seleção da Unidade;
- b) mapeamento do local e identificação da comunidade;
- c) seleção do grupo de indivíduos hipertensos;
- d) coleta de dados qualitativos por meio de observação sistemática e de entrevistas em profundidade;
- e) coleta de dados quantitativos;
- f) análise dos dados obtidos por meio da análise de conteúdo;
- g) intervenção - Programa Multimídia;
- h) coleta de dados qualitativos por meio de grupos focais, questionários e visitas domiciliares;
- i) coleta de dados quantitativos;
- j) análise dos dados obtidos por meio da análise de conteúdo;
- k) conclusões^{68/76}.

3.2 DIAGRAMA DO MÉTODO



3.3 DETALHAMENTO DO MÉTODO

3.3.1 Seleção do Grupo Populacional

Pacientes hipertensos integrados ao Programa do Hipertenso da Unidade Básica Rio Bonito, Curitiba - PR, atendido pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR. Essa seleção foi realizada por meio do registro dos usuários no grupo de hipertensos e do prontuário da US, durante os meses de março e abril de 2007.

3.3.2 Critérios de Inclusão

Pacientes adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de baixo, médio, alto e muito alto risco.

3.3.3 Critérios de Exclusão

Pacientes com algum grau de deficiência mental, com histórico de cirurgias cardíacas, alcoólatras, em tratamento de câncer, com hipertensão secundária, hipertensão resistente, com doença arterial periférica. Esses pacientes não foram excluídos das atividades educativas, mas das análises dos levantamentos quantitativos e qualitativos. Os dados sobre os critérios de exclusão foram mantidos em caráter de privacidade.

3.3.4 Coleta de Dados

Observação Sistemática – para observar e registrar comportamento grupal e interpessoal⁷⁶. É o primeiro contato com o grupo conforme explica Viebig, assim como a primeira fase do estudo qualitativo de acordo com Calderón et al⁷⁷. A metodologia propicia a observação do grupo social escolhido para se analisar o comportamento e as interações sociais, porém sem a influência dos pesquisadores⁵⁸.

Foram realizadas 10 observações, durante os meses de maio, junho e julho de 2007, com a presença de pacientes que variava entre nove e 20. Foram analisadas as características comportamentais e interativas do grupo durante o Programa. Para registrar a observação, desenvolveu-se um protocolo de estudo composto de itens que eram anotados:

- a) local, frequência, duração e objetivo do Programa;
- b) perfil dos participantes (sexo, idade, trabalho, estudo, moradia, período no programa, conhecidos/desconhecidos, extrovertidos/introvertidos);
- c) comportamento social (interação no grupo e com a equipe de saúde);
- d) percepção da sua condição de saúde;
- e) e a relação paciente-doença^{28,61,69,70} (apêndice 2).

Entrevistas em profundidade, realizadas com protocolo de questões-guias baseadas no problema de pesquisa^{78,79}, para compor o perfil do grupo, realizadas individualmente com os 48 pacientes, que formaram o segundo grupo de interesse.

São compostas de:

- a) questões fechadas sobre a identificação e a condição socioeconômica, dos participantes (sexo, idade, trabalho, estudo, moradia, escolaridade, renda familiar, período no programa), comportamento social (interação no grupo e com a equipe de saúde)^{28,73,74} hábitos de vida (atividade física, alimentação, tabagismo, alcoolismo, atividades de lazer e tratamento);
- b) questões abertas sobre as atitudes, opiniões e experiências com a doença, a medicação, as complicações e as dificuldades em controlar a doença crônica, o tratamento não-medicamentoso e o apoio de ações educativas e de material informativo sobre os cuidados com a Hipertensão Arterial^{59,60,67,77,80, 81,82} (apêndice3).

3.3.5 Análise dos Dados Coletados na Etapa Inicial

Os dados obtidos com a observação sistemática e com as entrevistas realizadas foram analisadas por meio de análise de conteúdo – técnica que permite fazer inferências por meio da identificação objetiva e sistemática das características específicas das mensagens. Foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica de análise categorial proposta por Bardin⁷³, que recorta o conjunto das entrevistas através de categorias projetadas sobre o conteúdo.

As fases são:

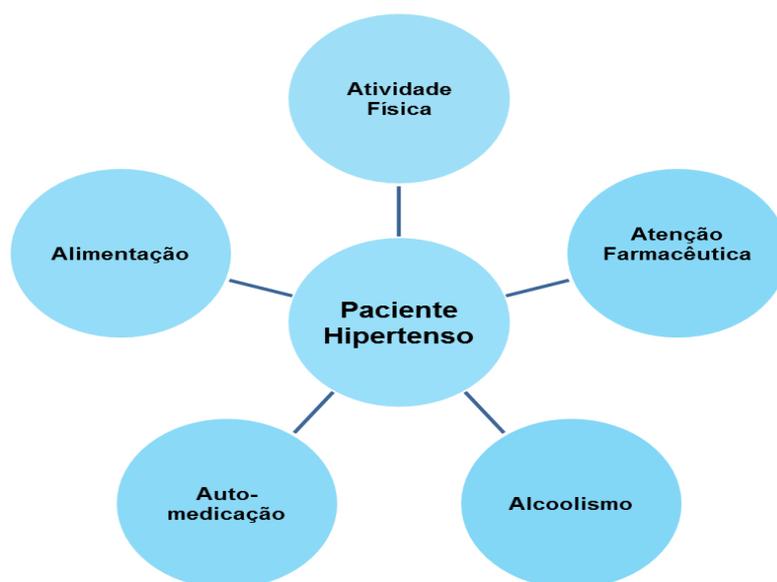
- a) pré-análise com a classificação dos dados e das idéias iniciais;
- b) categorização das respostas agrupando-se o material em categorias temáticas: perfil dos participantes (idade, sexo, trabalho, escolaridade, moradia), comportamento social (relacionamentos, atividades, lazer), condição de saúde (atividade física, alimentação, tabagismo, bebida alcoólica, tratamento medicamentoso), reação ao processo, mudanças em consequência do processo;

- c) inferência e avaliação^{74,83,84,85}, quando se realizou as inferências, ou seja, a leitura, interpretação e avaliação do conteúdo que busca evidenciar o sentido que se encontra em segundo plano.

3.3.6 Intervenção do Programa Multimídia

Os dados coletados com as entrevistas definiram o conteúdo do processo de Comunicação Educacional (CE), considerando, como no conceito de *narrowcasting*, as especificidades e necessidades do grupo. Os temas dos módulos foram definidos com base nos problemas que mais se destacaram durante a observação sistemática e as entrevistas, como medicação, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo alcoolismo.

Figura 2 - Módulos que compõem o Programa Multimídia



Fonte: a autora.

O conceito de *narrowcasting* embasou os recursos de comunicação criados e aplicados nesse trabalho, pois o grupo necessitava de mensagens específicas que auxiliassem a sua aprendizagem sobre condição de saúde.

A finalidade do processo é colaborar para um entendimento aprofundado da condição de saúde e dos tratamentos disponíveis, combinando o

conhecimento médico do 'mundo objetivo', as normas do 'mundo social' e as experiências de vida e com a doença do 'mundo subjetivo'⁸⁶.

O processo de CE é formado por cinco módulos que incluem palestras, eventos socializadores, produção e apresentação de vídeos educativos, elaboração de material impresso educativo e ilustrativo (cartazes e *folders*)⁸⁷, cujo conteúdo informa e orienta sobre cuidados que os pacientes devem ter para o controle da hipertensão.

Os módulos foram aplicados às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade, com uma duração de três meses para cada módulo, com início em abril/2008 e finalização em março/2009. No dia do lançamento do módulo a atividade durou de 30 a 45 minutos. Nos encontros subsequentes com a apresentação e discussão (com apoio do profissional relacionado ao tema) dos vídeos a duração era de 10 a 20 minutos. Os módulos são:

Modulo I - Sobre a Atenção Farmacêutica:

- a) apresentação sobre a importância do tratamento medicamentoso;
- b) produção e apresentação de vídeo educativo, com a criação de personagens relacionados aos medicamentos;
- c) elaboração de cartão individual com as indicações dos medicamentos;
- d) criação e produção de cartazes com os personagens para serem afixados no espaço saúde da Unidade (apêndice 4).

Módulo II - Sobre a Atividade Física:

- a) apresentação sobre os benefícios da Atividade Física e o Grupo da Caminhada da Unidade;
- b) produção e apresentação do vídeo educativo;
- c) criação e produção de material impresso informativo (*folders*);
- d) criação e produção de cartazes com o conteúdo dos *folders* para afixação no espaço saúde (apêndice 5);

Módulo III - Sobre Alimentação:

- a) palestra sobre Nutrição;
- b) evento socializador;

- c) produção e apresentação de vídeo educativo;
- d) criação e produção de material informativo (*folders*);
- e) criação e produção de cartazes com o conteúdo dos *folders* para afixação no espaço saúde (apêndice 6).

Módulo IV - Sobre Automedicação:

- a) palestra sobre automedicação;
- b) produção e apresentação de Vídeo Educativo.

Módulo V - Sobre os riscos do alcoolismo:

- a) palestra sobre os riscos do alcoolismo;
- b) apresentação de *performance* teatral;
- c) produção e apresentação de vídeo educativo.

3.3.7 Coleta dos Dados – Etapa Final

Esta coleta foi realizada após o processo de Educação Comunicacional e foi composta de:

- a) questionário: para avaliar os vídeos foram aplicados questionários com questões fechadas sobre o conteúdo (mensagens, imagens, personagens) e formato (duração, vozes, cores), que demonstraram o nível de conhecimento sobre os cuidados com o controle da doença (apêndice 7).
- b) grupo focal: para estimular os participantes a debater o processo de educação e comunicação, seus pontos fortes e fracos⁶⁹, o nível de conhecimento adquirido, mudança de comportamento ocasionada, ações preferidas e a percepção pessoal do desenvolvimento do processo conforme colocam Corrigan et al⁶⁵ e Jones et al⁸⁸. Os grupos focais aplicados com protocolo de questões, favoreceram a identificação de detalhes, o aparecimento de aspectos novos e a perspectiva dos componentes^{31,32,33}, assim como levantaram informações sobre a avaliação dos pacientes em relação aos módulos enfocando os vídeos e o material impresso. Os participantes foram posicionados em círculo com um moderador (pesquisador) para a

condução da atividade, dois observadores para anotações do desenvolvimento; a técnica foi explicada aos participantes; a duração foi de 75 minutos (1h15min) para cada grupo focal; os vídeos e os materiais impressos foram apresentados para os pacientes e ao fim de cada vídeo eles expunham a sua opinião; a realização dos grupos focais obedeceu a um cronograma montado de acordo com a rotina da ESF na Unidade Básica de Saúde⁷⁷ (apêndice 8).

3.3.8 Análise dos Dados Coletados após o Processo de Comunicação Educacional

Os dados obtidos na coleta final também foram analisados por meio de análise de conteúdo: como explicado anteriormente, essa é uma técnica que permite fazer inferências por meio da identificação objetiva e sistemática das características específicas das mensagens. Foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica de análise categorial proposta por Bardin⁷³, que recorta o conjunto das entrevistas através de categorias projetadas sobre o conteúdo.

As fases são:

- a) pré-análise com a classificação dos dados e das idéias iniciais;
- b) categorização das respostas agrupando-se o material em categorias temáticas: perfil dos participantes (idade, sexo, trabalho, escolaridade, moradia), comportamento social (relacionamentos, atividades, lazer), condição de saúde (atividade física, alimentação, tabagismo, bebida alcoólica, tratamento medicamentoso), reação ao processo, mudanças em consequência do processo;
- c) inferência e avaliação^{74,83,84,85}: quando se realizou as inferências, ou seja, a leitura, interpretação e avaliação do conteúdo que busca evidenciar o sentido que se encontra em segundo plano.

3.3.9 Implementação do Programa Multimídia (PM)

Explica-se, aqui, como foi implementado o PM e os resultados são apresentados no capítulo Resultados e Discussão.

Modulo I - Sobre a Atenção Farmacêutica:

A criação e a produção dos personagens para representar os medicamentos e facilitar o seu reconhecimento, tiveram como base a defesa da qualidade de vida e resultaram na *turma da qualidade de vida*. Vidinha, hipertensa que segue os preceitos do autocuidado é a personagem principal. Foram criados mais sete personagens, relacionados aos princípios ativos dos medicamentos usualmente recomendados aos 48 pacientes. Os nomes dos personagens foram definidos de modo a criar uma associação com os princípios ativos dos medicamentos usualmente prescritos. São apresentados a seguir os nomes dos personagens e os princípios ativos associados a cada um:

- a) anlodipina – Pina;
- b) metformina – Mininha;
- c) insulina – manteve o nome insulina;
- d) enalapril – capitão Bill;
- e) atenolol – primo Lol;
- f) hidroclorotiazida – tia Zida;
- g) glibenclamida – De bem com a vida.

Estes personagens são apresentados em vídeo e utilizados tanto nos cartazes como nos *folders*. Para os cartões individuais, os personagens são utilizados em etiquetas autocolantes que também são coladas nas cartelas dos medicamentos, de modo a adequar o cartão à prescrição médica de cada paciente. Os banners e *folders* complementam a divulgação das imagens. O vídeo foi apresentado de abril a junho/2008, às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade.

A figura 3 apresenta imagem do vídeo, na figura 4 são apresentados os personagens, na figura 4 é apresentado o cartão individual e na figura 5 os banners e folderes (apêndice 4).



Figura 3 – Imagem do vídeo





Figura 4 - Personagens

Qualidade de Vida na Hipertensão

			
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Figura 5 - Cartão individual

Banner explicativo



Catálogo de personagens



Figura 6 - Cartaz (banner) e folders

Módulo II - Sobre a Atividade Física:

Neste módulo foram apresentados os benefícios da Atividade Física e o Grupo da Caminhada da Unidade pela fisioterapeuta da Unidade. Para o melhor entendimento dos pacientes produziu-se e apresentou-se o Vídeo Educativo, as imagens do Grupo da Caminhada, mostrando os pacientes como protagonistas conscientes sobre os cuidados com o controle da HAS. As imagens foram

captadas na Unidade com o Grupo da Caminhada e o texto tem como fonte as orientações da Sociedade Brasileira de Hipertensão. O vídeo foi apresentado de julho a setembro/2008, às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade.

Criou-se e produziu-se material impresso informativo (*folders*) sobre a realização da atividade física, de acordo com o conteúdo do vídeo, distribuído aos pacientes, para fixação da mensagem, assim como criação e produção de cartazes para afixação no espaço saúde.

A figura 7 apresenta imagem do vídeo, na figura 8 são apresentados os *folders* e os cartazes (apêndice 5).

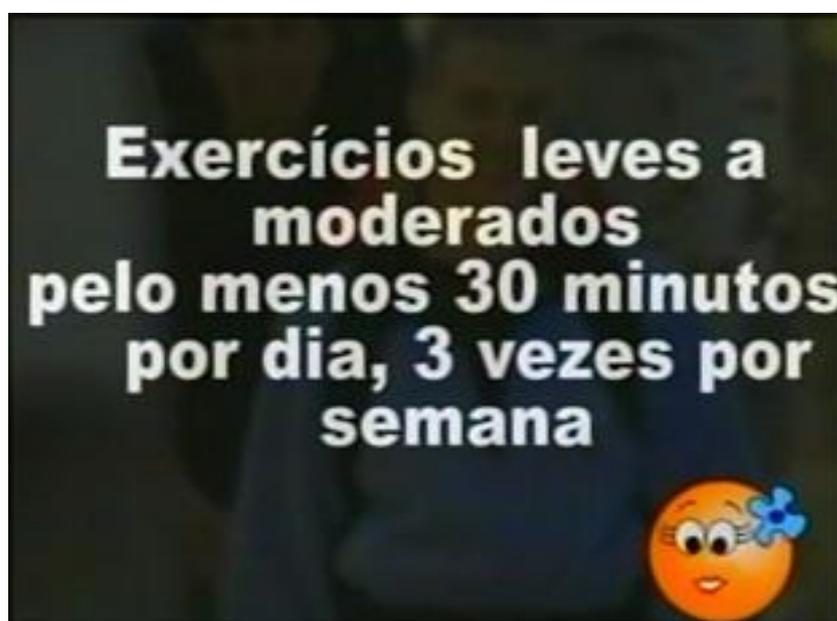


Figura 7 - Vídeo sobre exercício



Figura 8 - Material Impresso (*folders* e cartazes) sobre exercício físico

Módulo III - Sobre Alimentação:

Este módulo foi organizado com uma palestra sobre Nutrição, realizada por nutricionista na Unidade, apresentando orientações para desenvolver hábitos alimentares saudáveis.

Realizou-se também um evento socializador, com lanche aos pacientes, oferecendo alimentos saudáveis como frutas, sucos, doces e salgados com base em receitas dietéticas, para demonstrar como deve ser feita uma refeição adequada ao hipertenso.

Produziu-se e apresentou-se Vídeo Educativo, com imagens captadas durante a palestra e no evento socializador sobre hábitos alimentares saudáveis. O vídeo foi apresentado de outubro a dezembro/2008, às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade.

Também houve a criação e produção de material informativo sobre as dicas para uma alimentação saudável, de acordo com o conteúdo da palestra, com a confecção de folders distribuídos aos pacientes e cartazes afixados no espaço saúde da Unidade.

As figuras 9 e 10 apresentam imagens do vídeo; a figura 11 apresenta imagem do evento socializador; na figura 12 são apresentados os *folders* e os cartazes (apêndice 6).

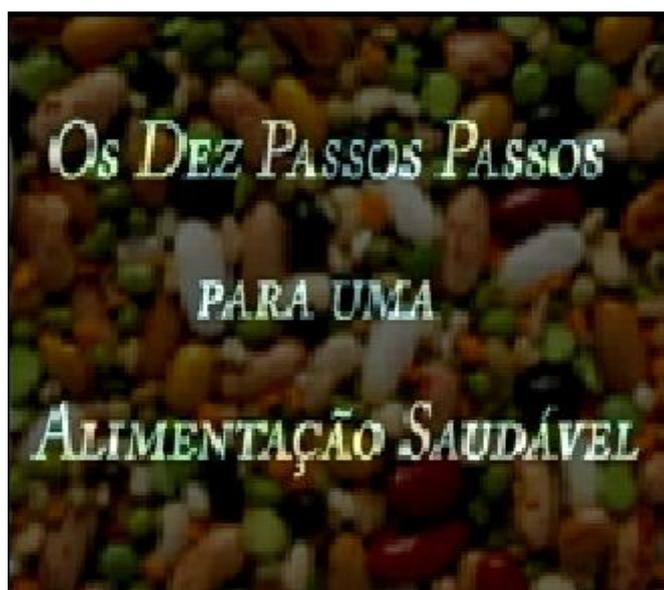


Figura 9 - Vídeo sobre alimentação

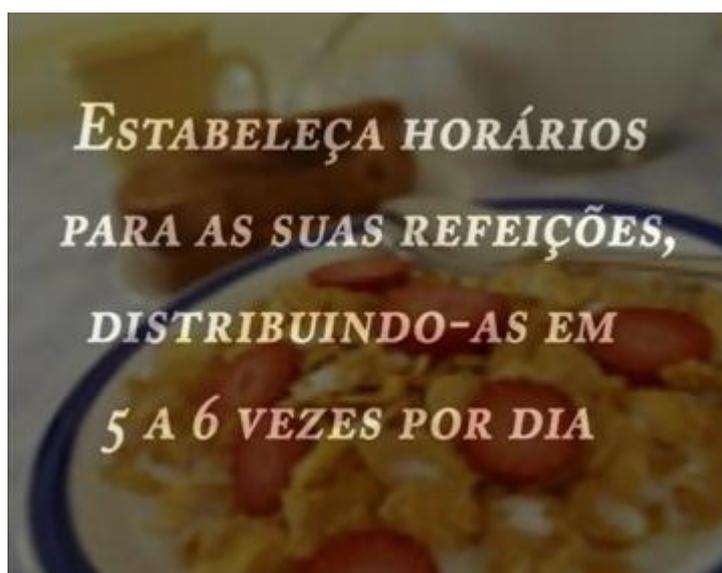


Figura 10 - Imagem do vídeo sobre alimentação



Figura 11 – Vídeo sobre alimentação

Cuide da sua Qualidade de Vida!
Dicas para ter uma alimentação saudável,
pois ajudam a controlar a pressão arterial

Prefira peixes, frango sem pele ou carnes magras, retirando toda a gordura visível. Consuma-os grelhados ou assados. Evite carnes gordurosas, vísceras (fígado, coração, rins), embutidos (lingüiça, paio, salsicha, tocinho defumado), frios (mortadela, presunto, salame) e frutos do mar (camarão). Prefira leite desnatado, iogurte desnatado, queijo branco ou ricota.

Evite leite integral, creme de leite, manteiga, margarina sólida, iogurte integral, queijos cremosos e maioneses.

Módere o consumo de ovos, dando preferência à clara ou ao ovo sem colesterol. Evite frituras, banha de porco, tocinho defumado, gordura de coco e óleo de dendê. Prefira margarina com óleo vegetal e pouca quantidade de gordura saturada. Use apenas óleos vegetais (girassol, milho, soja, canola, azeite de oliva).

Prefira pães com pouca gordura, como a maioria dos pães e cereais integrais (aveia, trigo, farelo), massas sem gema de ovo, ervilha, feijão, grão-de-bico, lentilha, batata cozida ou assada, arroz e mandioca.

Consuma verduras, legumes e frutas diariamente, de preferência crus.

Evite açúcares e doces. Lembre-se de que as bebidas alcoólicas têm muitas calorias e, portanto, também devem ser evitadas pelas pessoas que precisam reduzir o peso.

Use o mínimo de sal no preparo dos alimentos, substituindo-o por temperos naturais como salsa, cebola, orégano, hortelã, limão, alho, manjericao, coentro e cominho. Evite acrescentar sal aos alimentos já prontos. Nunca tenha um saleiro à mesa. Evite temperos industrializados como ketchup, mostarda, molho shoyu e caldos concentrados.

Evite conservas como pickles, azeitona, aspargo, patês e palmito, enlatados como extrato de tomate, milho e ervilha e maionese pronta. Prefira os alimentos em seu estado natural. Evite carnes salgadas como bacalhau, charque, carne-seca e defumados. Evite salgadinhos para aperitivo como batata frita, amendoim salgado, cajuzinho, etc.

Todas essas cuidados auxiliam a manter a sua saúde!!

Figura 12 - Material impresso sobre alimentação saudável

Módulo IV - Sobre Automedicação:

Neste módulo houve uma palestra sobre Automedicação, realizada na Unidade por duas farmacêuticas, destacando a importância de seguir o tratamento medicamentoso corretamente. Igualmente, produziu-se e apresentou-se vídeo educativo sobre as consequências da automedicação, com imagens captadas durante a palestra. O vídeo foi apresentado de outubro a

dezembro/2008, às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade, em paralelo ao vídeo anterior.

As figuras 13 e 14 apresentam imagens do vídeo.

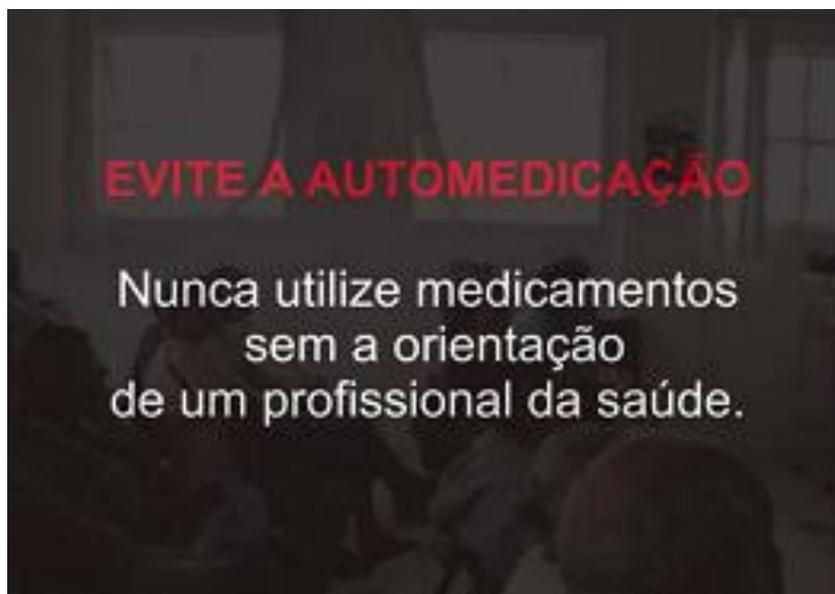


Figura 13 - Vídeo sobre automedicação

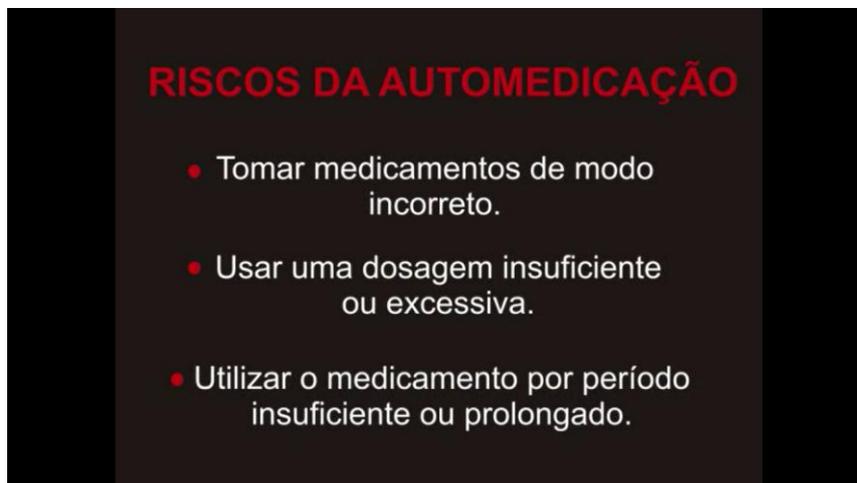


Figura 14- Vídeo sobre automedicação

Módulo V - Sobre os riscos do alcoolismo:

Esse módulo é composto de palestra e *performance* teatral.

A palestra sobre os riscos do alcoolismo foi realizada por uma Psicóloga na Unidade. O objetivo foi reforçar as orientações da equipe de saúde de não ingerir bebida alcoólica, pois o alcoolismo interfere na relação profissional, sócia e familiar.

A apresentação de *performance* teatral enfocou as consequências do alcoolismo, realizada pelo responsável pelo programa de alcoolismo, Luiz Rodrigues, presidente da Associação Brasileira de Agentes de Saúde e Alcoolismo (ABRASA).

Produziu-se e apresentou-se vídeo educativo, com imagens captadas durante a palestra e a peça de teatro. O vídeo foi apresentado de janeiro a março/2009, às terças-feiras durante o Programa de Hipertensos da Unidade.



Figura 15 - Vídeo sobre Alcoolismo



Figura 16 - Performance teatral

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS PACIENTES E COMO SE RELACIONAM COM A HIPERTENSÃO

Na observação sistemática não-participante acompanhou-se os pacientes pertencentes ao Programa de Hipertensos da Unidade de Saúde (US), anotando dados sobre comportamento, interações sociais, percepções sobre a doença, relatos sobre a rotina diária, comentários sobre dificuldades e facilidades com o tratamento⁸⁹, conforme protocolo elaborado (apêndice 2). Esse conhecimento possibilitou o desvelar dos valores atribuídos e o significado conferido pelos indivíduos à sua saúde, subsidiando a estruturação dos programas para esse grupo populacional⁹⁰.

Os pacientes participam do Programa de Hipertensos para: receber atendimento específico; controlar os níveis pressóricos e buscar medicação e exames periódicos, conforme encaminhamento do agente comunitário de saúde.

Os hipertensos são atendidos às terças-feiras, de acordo com o agendamento das consultas e com a estratificação de risco cardiovascular dos pacientes, apresentada na tabela 1

Tabela 1- Estratificação do risco cardiovascular

CRITÉRIOS	HAS estágio 1 (level) PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS estágio 2 (moderada) PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS estágio 3 (grave) PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem outros fatores de risco	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
1 a 2 fatores de risco	Médio risco	Alto risco	Muito alto risco
3 ou mais fatores de risco e/ou lesões em órgãos-alvo e/ou Diabetes Mellitus	Alto risco	Alto risco	Muito alto risco
Condições clínicas associadas	Muito alto risco	Muito alto risco	Muito alto risco

PAS – pressão arterial sistólica; PAD – pressão arterial diastólica.

Fonte: Brasil, MS, 2004¹; Curitiba, SMS, 2004⁹¹.

O período de quatro meses em que foi realizada a observação possibilitou acompanhar os pacientes nos quatro níveis da doença – baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco, conforme preconiza a rotina de consultas descritas pelo Protocolo⁹¹, apresentadas a seguir.

Tabela 2 - Frequência das consultas

NÍVEIS	CONSULTA		
	MÉDICO	ENFERMEIRO	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
Baixo e médio risco	Anual	Anual	Trimestral (4/ano)
Alto e muito alto risco	Trimestral	Trimestral	Mensal (4/ano)

As consultas médicas são intercaladas com as consultas de enfermagem e com os atendimentos de enfermagem.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Hipertensão. Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba (PR), 2004⁹¹.

O estudo foi realizado, à época, com um total de 142 hipertensos, sendo 38 HAS baixo risco; 43 HAS médio risco; 34 HAS alto risco; 27 HAS muito alto risco. Os pacientes de baixo e médio risco têm consultas agendadas no período de três em três meses e os pacientes de alto e muito alto risco mensalmente com os auxiliares de enfermagem.

Na Unidade, o Programa se inicia com uma ação educativa em forma de palestra de aproximadamente 10 minutos, visando à ampliação do conhecimento sobre a doença para prevenir e/ou controlar o seu agravamento, realizada pelo residente da Medicina da Família. O Protocolo de Atenção à HA orienta que os esclarecimentos sobre a importância e os benefícios das mudanças nos hábitos de vida devem ser constantes⁹¹.

Após essa atividade os pacientes são atendidos pela equipe de enfermagem, para a aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, peso e teste de diabetes, cujos resultados são registrados no prontuário eletrônico. Também é realizada a entrega dos remédios, de acordo com a prescrição médica, assim como o agendamento das consultas médicas e de enfermagem. Se há uma situação grave, o paciente é encaminhado para o médico, respeitando as quatro vagas disponíveis, além das pré-agendadas.

Nesse espaço de tempo em que aguardam para serem avaliados, observou-se que os pacientes geralmente não interagem entre si e são introvertidos. Permanecem pacientemente aguardando serem chamados e terem, então, a sua oportunidade de relatar as queixas, as dificuldades no tratamento, o uso dos medicamentos prescritos e as intercorrências no período interconsulta.

Quando os pacientes se conhecem por serem vizinhos, entabulam conversação, principalmente as mulheres; algumas delas se distraem realizando atividades manuais, para amenizar a espera, não terem sono ou ficarem nervosas, como comentam entre si. Os homens pouco falam e não têm muita reclamação a fazer sobre a interferência da doença nas atividades rotineiras.

Quanto à escolaridade, constatou-se que os pacientes têm pouco estudo, assim como baixa renda familiar. Tanto a renda quanto o nível educacional refletem sobre o perfil de saúde do grupo⁹².

Durante o atendimento coletivo, os pacientes relatavam seus hábitos de vida diária, ficando claro que não seguiam as recomendações sobre o controle da doença dadas tanto pelo médico como pela equipe de enfermagem, sobretudo em relação à alimentação, pois comentam que consomem quantidade excessiva de hidrato de carbono, além de outros alimentos inadequados para hipertensos, sendo que alguns também são diabéticos. Deve-se destacar que o status socioeconômico dos pacientes não permite, muitas vezes, uma alimentação adequada, de acordo com a explicação dada à equipe de enfermagem.

Notou-se que os usuários se automedicam se algum tipo de reação à medicação é manifestada, de acordo com a argumentação prestada à equipe de enfermagem. Foi observado que a situação de 'doente' assume característica social: a pessoa quer ser doente para se aposentar, para ficar em casa sem trabalhar, tornando-se ociosa. A ociosidade pode levar à depressão, à obesidade e à desesperança.

Durante a observação sistemática emergiram as situações problemáticas do grupo em relação à convivência e controle da doença, à compreensão da prescrição médica e da terapia instituída, às orientações sobre alimentação, atividade física, tabagismo e alcoolismo. Na composição do perfil sociológico os dois itens que se destacam são o analfabetismo e o analfabetismo funcional.

Há uma preocupação constante por parte da equipe de saúde em não insistir nas informações para não saturar os pacientes. As ações educativas

duram, no máximo, 10 minutos e a equipe de enfermagem reforça as orientações sobre os cuidados que a hipertensão exige ao fazer o atendimento individual. Nas terças-feiras, durante o atendimento aos hipertensos, há um incentivo por parte da equipe de saúde para que os pacientes participem de atividades sociais.

Em geral, os pacientes demonstraram que têm conhecimento sobre a necessidade do autocuidado, sobre a influência do estilo de vida na pressão arterial, sobre os benefícios do controle da pressão arterial. Entendem que têm responsabilidade sobre a sua saúde. Entretanto, nem sempre a sua condição de saúde reflete essa responsabilidade, indicando que fora da US os cuidados com a saúde não são seguidos de forma correta.

Os dados coletados com as entrevistas possibilitaram compor o perfil do segundo grupo de interesse com mais detalhamento, ou seja, dos 48 pacientes entrevistados individualmente. A idade varia entre 45 e 75 anos; 30 (63,%) são mulheres e 18 (37%) homens; 17,6% são aposentados e 82,4% não tem trabalho formal; todos têm renda familiar abaixo de R\$ 465,00 mensais; 70% são analfabetos. Os pacientes apresentam comorbidades associadas como diabetes tipo II (18%), depressão (10%), problema de tireóide (2%), problema renal (1%), enfarto prévio do miocárdio (2%), conforme demonstrado na tabela 1.

Foi constatado que 76% dos pacientes estão no programa desde 2006 e 23,90% iniciaram em 2007, participam do atendimento coletivo no dia do Programa, quando ouvem atentamente as orientações e informações da equipe de saúde sobre a doença e seu controle, mas pelo que foi verificado nas entrevistas não assimilam as mensagens de modo a colocá-las em prática no cotidiano.

Todos os pacientes entrevistados sabem da importância do tratamento e 88% deles controlam a HA somente com medicamentos; 70% têm dificuldade em entender a prescrição médica e confundem os remédios e os horários de ingestão por conta do analfabetismo e do analfabetismo funcional (leem, mas não sabem interpretar), que são características do grupo. Esses fatos obstaculizam a compreensão das orientações da equipe de enfermagem e a prescrição médica.

Também há dificuldade em reconhecer o medicamento, pois eles têm embalagens semelhantes. Essas dificuldades criam confusão na ingestão dos medicamentos, interferindo nos horários, no tempo de intervalo entre as tomadas e ocasionando, inclusive, a troca dos remédios a serem ingeridos. A falta de

entendimento sobre o uso correto dos medicamentos de acordo com a prescrição é uma das principais causas da não-adesão ao tratamento.

Dos 48 pacientes entrevistados somente três disseram que a vida não é diferente dos que não são doentes, como declararam: “é só tomar o remédio e comer pouco sal”. De acordo com os relatos dos outros pacientes, eles entendem que a sua vida é limitada por causa da doença e percebem que sua condição de saúde é diferente e têm que ter cuidados específicos. Cada um se relaciona com a doença de forma individual, variando entre medo, resignação, aceitação e otimismo. Os que demonstram medo (20,83%) ficam ansiosos em receber os remédios; os resignados (33,33%) não buscam outras formas de controlar a doença senão com os medicamentos, consideram-se “doentes para sempre”, sem expectativas na vida; os que aceitam (41,66%) convivem com a doença, não percebem que devem aprimorar os cuidados para o seu controle adequado; os otimistas (4,12%) não vêem muita diferença em ser ou não hipertenso. Aqueles que convivem com a doença há mais tempo falam sobre suas experiências. Destacam a necessidade de tomar os medicamentos: “tem que seguir a receita do médico e não pode ficar sem o remédio” alerta um paciente. Outro reforça: “é bom evitar problemas para não ficar nervoso e aumentar a pressão”, complementado por um terceiro que relata a sua internação hospitalar por conta de aumento súbito na pressão com sintomas graves: “saí dessa, atualmente tomo os meus remédios direitinho e diminuí o ritmo de trabalho”.

Os pacientes entrevistados consideram importante um material audiovisual e educativo-ilustrativo sobre os cuidados com a HA que os ajudasse no reconhecimento dos medicamentos e da sua posologia assim como na memorização das orientações da equipe de saúde para eles e para a família.

Eles confundem os medicamentos quando a cartela está no final, como esclareceram: “a gente vai tirando os comprimidos e o nome vai saindo, no final não sei mais que remédio é, pois não dá para ler o nome”. Outros comentam: “os remédios têm nomes complicados e eu não consigo decorar, às vezes nem sei o que estou tomando”. Aqueles que não conseguem enxergar bem ou que são analfabetos criam estratégias próprias para diferenciar os medicamentos, por exemplo: “guardando cada remédio em lugar separado”. Um paciente sugeriu que os medicamentos poderiam ter cores ou embalagens diferentes que ajudassem a reconhecê-los”. Todos foram unânimes em concordar sobre a necessidade de um

material educativo-ilustrativo relativo aos cuidados com a HA. Alguns sugeriram vídeos, outros cartilha, mas destacaram que deve ter texto, imagem e ser colorido. Como argumentaram “a gente pode assistir aqui e levar para casa para lembrar o que os enfermeiros e os médicos falaram e também mostrar para outras pessoas da família que têm problema de pressão e não aparecem na Unidade”.

Esses dados relatados estão apresentados na tabela 3 .

Tabela 3 – Comportamento dos pacientes em relação à doença

Características	Percentual (%)
Otimistas	4
Demonstram medo	21
São resignados	33
Sem expectativas de vida	33
Convivem com a doença	42
Confundem os medicamentos	71
Trocam os horários	71
Utilizam somente medicamentos	88
Consideram ações educativas úteis	88

Fonte: a autora.

Em paralelo ao levantamento das opiniões dos pacientes sobre o seu relacionamento com a doença, obteve-se dados relacionados aos fatores de risco, conforme tabela que se segue.

Tabela 4 - Pacientes do programa de hipertensos de acordo com o risco cardiovascular

Risco cardiovascular	Percentual (%)
Muito alto	38
Alto	44
Médio	10
Baixo	8

Fonte: a autora

Obteve-se, igualmente, dados sobre idade, peso e circunferência abdominal, que também compõem o perfil dos pacientes, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 5 - Fatores relacionados à pressão arterial

Variável	Média ± DP
Idade	53.7± 9.4
Peso	76.5± 14.8
CA	97.6± 11

Fonte: a autora

CA - circunferência abdominal

DP - desvio padrão

Levantou-se os níveis pressóricos dos 48 pacientes, conforme tabela que se segue, indicando a média das variáveis com desvio padrão. A aferição da pressão arterial foi realizada em três momentos, ou seja, de janeiro a março de 2008 (antes da intervenção) e em setembro de 2008 quando finalizou o período de apresentação do vídeo 2 e novamente em dezembro de 2008, quando o período de apresentação do vídeo 4 terminou.

Tabela 6 - Situação da pressão arterial

Variável	Média ± DP (mmHg) Antes da intervenção	Média ± DP (mmHg) Após vídeos 1 e 2	Média ± DP (mmHg) Após vídeos 3 e 4
PAS	136.7± 16.7	139.2± 18.8	135.5± 13.8
PAD	84.1± 11.7	84.7± 11.6	82.9± 10.6

Fonte: a autora

PAS – pressão arterial sistólica em mmHg

PAD – pressão arterial diastólica em mmHg

DP - desvio padrão

Os níveis arteriais mantiveram valores que podem ser considerados estáveis nas três aferições.

A proposta educativa do trabalho visa sensibilizar os pacientes para desenvolverem um comportamento adequado a fim de controlar a doença,

aderindo aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso, pois o nível pressórico pode variar por causa de fatores físicos e emocionais. O tratamento não-farmacológico pode aumentar a ação dos fármacos anti-hipertensivos com consequente redução das doses, fato que intervém na diminuição dos custos do tratamento oferecido pelo Serviço Público.

A busca por um equilíbrio da condição de saúde com o tratamento farmacológico aliado ao não-farmacológico é a forma correta de manter a doença sob controle com resultados a longo prazo e permanentes. A implantação do Programa Multimídia não implicou em redução imediata dos níveis pressóricos, mas na aprendizagem de que a re-educação alimentar e a atividade física, assim como os cuidados com a medicação, tabagismo e alcoolismo oferece resultados a medida que estes cuidados se incorporem no cotidiano dos pacientes.

4.2 A AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS PELOS PACIENTES

Os vídeos foram avaliados após cada apresentação por meio de questionários respondidos pelos 48 pacientes, que indicaram os conceitos associados a uma escala de Lickert. Os resultados da avaliação foram positivos e são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 - Avaliação dos vídeos e material impresso

	EXCELENTE	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
	%	%	%	%	%
Mensagens	91	9			
Imagens	81	19			
Duração	79	21			
Vozes	79	21			
Cores	79	21			
Aquisição de conhecimento	100				
Material audiovisual aprovado	100				

Fonte: a autora

4.3 A OPINIÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROGRAMA MULTIMÍDIA E A MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Ao terminarem os módulos, avaliou-se todo o Programa Multimídia por meio de grupos focais que permitiram identificar a perspectiva do sujeito e levantaram as opiniões dos pacientes em relação à intervenção^{11,16}. Foram realizados três grupos focais na US, compostos de nove pacientes em dois deles e 10 em outro perfazendo um total de 29 participantes, com um moderador e três documentadores, cujo protocolo de questões abrangia os elementos visuais, o conteúdo da mensagem, a aprendizagem desenvolvida, a ajuda do vídeo e dos materiais para reconhecer os medicamentos, a opinião pessoal sobre esse tipo de material (apêndice 8). Na tabela 8 são apresentadas as respostas dos pacientes durante os grupos focais.

Tabela 8 – Avaliação dos pacientes às questões dos grupos focais

RESPOSTAS*	PERCENTUAL (%)
Questão 1/2/3 – como os pacientes se sentiram em relação aos vídeos	
Aprendi e gostei	95
Não sigo orientações como deveria	10
Seria bom passar sempre	37
Fez refletir sobre nossa condição de saúde	20
Abordagem interessante dos temas	3
Feliz porque gosto de verdura	20
Questões 4/5/6/7 – pontos mais importantes	
Todos pois tiraram dúvidas	93
Ter alimentação saudável (verduras, frutas)	79
Ter atenção para tomar remédio	76
Praticar exercício físico	59
Evitar/controlar bebida	20
Evitar/parar/controla fumo	20
Ver pessoas conhecidas nos vídeos é muito bom	34
Serve para elas, serve para nós	37
Questões 8/9/10 – Programa multimídia e saúde dos pacientes	
Memorização dos medicamentos	34

Material impresso é bom para a família em casa	41
Aprendizagem sobre a importância dos exercícios	31
Aprender sobre alimentos que causam mal	27
Todas as opções acima	20
Questões 11/12 – recomenda o Programa multimídia	
Recomenda	17
Recomenda porque aprende de forma dinâmica	83
Recomenda porque aprende com as imagens	65

Fonte: a autora.

Dentre os pacientes que participaram dos grupos focais, 95% aceitaram a intervenção de forma positiva, tiveram mais facilidade em lidar com os medicamentos, entenderam a importância de praticar atividades físicas e ter uma alimentação saudável.

Nos grupos focais, os pacientes comentaram que: os elementos visuais (design, animação, cores) tornavam o vídeo mais dinâmico; que haviam assimilado o conteúdo da mensagem de forma lúdica, ou seja “parecendo brincadeira”; as figuras (personagens) ajudavam a reconhecer os medicamentos e “tornaram os remédios mais simpáticos”; os nomes dados aos personagens ajudavam memorizar os nomes dos medicamentos, pois “eram pequenos e de fácil pronúncia, enquanto os remédios tem nomes complicados”.

Os participantes opinaram que “o vídeo devia passar mais vezes principalmente para aqueles que faltam às consultas”; outros componentes declararam que “gostaram de ver as imagens, ‘as carinhas’ são bonitinhas e ajudam saber qual remédio tomar”. Os respondentes declararam que “os vídeos e o material impresso tirou dúvidas sobre alimentação, as frituras que fazem mal e que devem beber água”.

Expressaram aprovação em verem pessoas conhecidas nos vídeos, pois incentiva-os a fazerem o mesmo. Todos foram unânimes em afirmar que o “vídeo ajudou a aprender de verdade e assim não esquecem e que deve ser passado para outros hipertensos e várias vezes”.

Os relatos demonstraram o entendimento dos pacientes em relação ao conhecimento que devem ter dos medicamentos para utilizá-los corretamente e controlar sua doença. Por serem analfabetos e/ou analfabetos funcionais eles não lêem os nomes dos medicamentos e se sentem envergonhados com esse fato.

Relataram que receberam as informações impressas e o cartão individual e não estavam mais trocando os remédios, pois as figuras indicam qual remédio dever ser tomado e a sua posologia. Estudos reforçam que a imagem representativa desperta o pensamento registrado através da emoção e do afeto, ou seja, a memorização mais efetiva.

As visitas domiciliares, conforme se vê os locais visitados nas imagens 17 e 18 abaixo, foram realizadas nos dias em que a equipe de enfermagem fazia o atendimento domiciliar e permitiram verificar a utilização do material.

Nas visitas, os pacientes mostraram e/ou explicaram que o cartão individual era guardado junto com os medicamentos ou colocado em locais bem visíveis. Comentaram que o material “ajudava a lembrar de tomar o remédio”. Declararam ainda que ‘estava mais fácil acompanhar a receita, pois não precisava ler’. Também relataram que passaram a fazer caminhada, “mesmo devagar, pois deveriam se acostumar com a atividade física”. Foram unânimes em explicar que lembram bem dos vídeos, alguns comentando que assistiram mais de uma vez o mesmo vídeo por ser interessante e também por ser mais fácil para entender com as imagens, não sendo obrigado a ler pois também falavam nos vídeos”.



Figura 17- Domicílios visitados



Figura 18 - Domicílios visitados

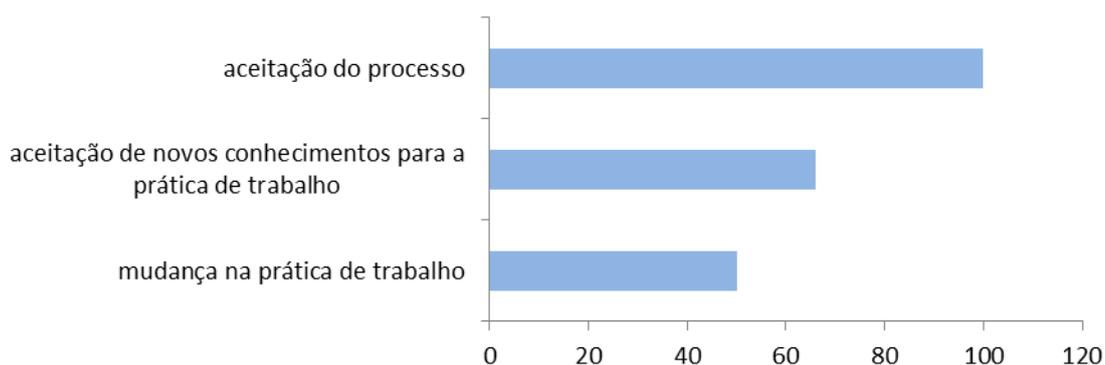
Dos 48 pacientes, 93% utilizavam o material impresso em casa, tendo-o em lugar de destaque para orientar os cuidados a serem tomados. A relação paciente/doença foi modificada em 70% do grupo e 45% mostraram utilização correta dos medicamentos o que repercutiu no nível de adesão ao tratamento, conforme mostra a figura 19.



Fonte: a autora

Figura 19 - Avaliação do processo pelos pacientes

A equipe de saúde foi avaliada por meio de entrevistas em profundidade e demonstrou compreender a necessidade de procedimentos diferenciados para estimular a adesão dos pacientes aos tratamentos. Houve aceitação da proposta de novos conhecimentos para a prática do trabalho individual e organizacional por 66% dos profissionais, sendo que 50% mudaram efetivamente a prática de trabalho, incorporando os novos conhecimentos. Esses resultados são apresentados na figura 20.



Fonte: a autora

Figura 20 - Avaliação do processo com a equipe. Resultados em porcentagem

Ficou constatado que o analfabetismo e o analfabetismo funcional são características do grupo, fato que dificulta a compreensão das orientações da equipe de saúde sobre os cuidados com a doença, assim como ocasiona má- interpretação da posologia, resultando em ingestão errônea do medicamento, descontrolando as condições de saúde.

A falta de entendimento sobre o uso correto dos medicamentos é uma das principais causas da não-adesão ao tratamento, assim como, alguns problemas com a terapia instituída⁹³, número de doses ao dia, concomitância de medicamentos, os problemas de audição, de visão e de memória⁹³

Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, cuja prática profissional é centrada no paciente⁹⁴. De acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, a

Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional⁹⁴.

O índice de hipertensos sedentários é prevalente, confirmando que não há o entendimento real da necessidade da atividade física para o controle da hipertensão arterial e de outras complicações de saúde, mesmo que saibam da sua importância.

Em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido mesmo por indivíduos sedentários^{85,95}.

A alimentação inadequada também apresenta índices altos no grupo. Mesmo conhecendo as orientações sobre a ingestão correta de alimentos, as narrativas sobre os hábitos alimentares comprovam o não-seguimento dessas mesmas orientações, pois há utilização em excesso de frituras, alimentos gordurosos e sal.

Uma alimentação mais pobre em frutas e hortaliças e baseada em alimentos industrializados, mais rica em gordura e sal, parece ser preditora de agravos à saúde, particularmente associada aos níveis pressóricos. Um padrão alimentar mais balanceado e saudável deve ser incentivado por promover, ao longo prazo, mudanças mais consistentes no perfil antropométrico da população, além de se apresentar como um grande potencial para prevenir as doenças da atualidade⁹⁶.

Os pacientes têm noção de que a falta de cuidados com a hipertensão arterial pode levar às situações graves de saúde, como o infarto e o derrame, entretanto o conhecimento não é refletido na prática, tornando-se um fator que dificulta a utilização dos procedimentos para manter a doença sob controle.

Entendem que têm responsabilidade sobre a sua saúde, mas demonstraram que têm uma relação de “infelicidade” com a doença; os pacientes relatam que quem não tem pressão alta pode fazer de tudo, comer e beber livremente, não tem dor de cabeça e dor na nuca, é mais tranquilo e feliz, pois

tem saúde. Alguns explicaram que comer tudo que gosta é uma das coisas boas da vida, mas não podem fazer isso sempre, só de vez em quando. De acordo com os relatos, eles compreendem que a sua vida é limitada por causa da doença e percebem que sua condição de saúde é diferente e têm que ter cuidados específicos.

A adesão ao tratamento não-medicamentoso e medicamentoso necessita ser estimulada permanentemente no grupo pesquisado. Os pacientes indicaram que materiais educativos e informativos ajudam a memorizar as instruções recebidas na Unidade e coloca-las em prática no seu dia a dia.

A literatura no campo da educação em saúde demonstra que a produção de materiais impressos educativos tem ponto culminante no processo de promoção da saúde⁹⁷, pois o processo educativo utilizado em saúde visa mudanças de comportamento.

Ensinar há muito deixou de ser simplesmente transmitir informações. A aprendizagem é o resultado do processo educativo, ou seja, quando os esforços educativos culminam na produção de materiais, esses passam a ser tratados como 'um fim em si mesmo', sendo evocados como forma de legitimar a ação institucional e retroalimentar diretamente as metas dos programas no âmbito dos quais 'surgiram'⁹⁸.

A utilização de material ilustrativo impresso pode ser efetivo para aumentar o conhecimento de situações graves de saúde⁹⁹. Os vídeos e os impressos com ilustrações são materiais cuja elaboração compreende mensagens educativas sobre a administração dos medicamentos, a prática de exercícios, a escolha dos alimentos, a automedicação e os riscos do alcoolismo. O uso dos instrumentos de comunicação constituiu-se em canal importante e facilitador da participação, como também contribui para proporcionar aprendizagem de conteúdo educativo.

Com a dificuldade em memorizar os nomes longos e difíceis dos medicamentos, a criação de personagens com características visuais e de personalidade em função do princípio químico ativo e da posologia de cada medicamento, é uma proposta para minimizar esse problema, conforme criado no módulo sobre Atenção Farmacêutica. A imagem do personagem é a representação física de um nome, é o signo representado através de forma, cor e movimento¹⁰⁰.

Contudo, a representação física não pode ser pensada sem se levar em consideração o aspecto psicológico que a imagem elaborada de um personagem pode envolver. Essa imagem representativa desperta o pensamento registrado através da emoção e do afeto, ou seja, a memorização mais efetiva. A memorização da informação médica é um pré-requisito para a adesão ao tratamento recomendado. A recomendação médica é melhor assimilada se expressa de forma específica e com uma linguagem simples¹⁰¹.

No módulo Atividade Física, a ênfase na experiência dos pacientes que fazem parte do Grupo da Caminhada da Unidade favoreceu a percepção geral de que é possível e simples a prática do exercício físico. Ao se apresentar os pacientes como personagens a realidade passa a ser a deles, aproximando-os do fato como passível de ser realizado.

A mesma finalidade se repetiu no módulo Alimentação, ao se destacar que a fonte da alimentação adequada está nas hortas que eles tem em casa e em frutas que eles cultivam, demonstrando que a ingestão de alimentos saudáveis está ao alcance de muitos, sem necessidade de gastos altos, utilizando receitas fáceis com melhor aproveitamento dos legumes, verduras e frutas.

O módulo Automedicação surpreendeu os pacientes ao apresentar os malefícios da utilização errônea dos medicamentos, esclarecendo que cada indivíduo precisa da orientação dos profissionais da saúde para seguir seu tratamento medicamentoso. Sobre o alcoolismo, ficou confirmado aos pacientes que o álcool prejudica saúde e também a relação familiar e social. Essa realidade já era de entendimento de muitos, mas alguns ainda não tinham o alcance da interferência negativa em toda a vida da pessoa.

É fato que a aprendizagem é um processo demorado e no caso dos hipertensos há ainda a aceitação da doença como crônica, portanto permanente. Cabe, então, destacar que se aprende a conviver com o agradável e o desagradável, por meio do amadurecimento, que permite a superação da postura ingênua de que se pode selecionar somente pontos positivos de convivência vital para nossas experiências de vida. Aprende-se, enfim, a refletir sobre a realidade, buscando formas de intervenção que possibilitem a manutenção do sentido vital de realização de cada indivíduo.

As narrativas dos pacientes sobre os seus conhecimentos e emoções representam as significações sobre a sua relação com a doença. Sem

compreender como as pessoas pensam e se sentem diante de seus problemas não podemos concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e sustentação de estilos de vida saudáveis¹⁰².

Por exemplo, sobre os vídeos e o material impresso os pacientes explicaram “a gente pode assistir os vídeos e ainda tem o folheto para levar para casa e a família aprende também”. A utilização do recurso audiovisual para repassar as informações sobre a doença e os esclarecimentos sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis captam a atenção da audiência, facilitando a compreensão da mensagem auditiva complementada pela imagem.

Como complementam os pacientes, “para quem tem dificuldade na leitura, ouvir e ver as instruções para cuidar da saúde é bem mais fácil, além de ser uma distração”. Todos foram unânimes em afirmar que os “vídeos ajudaram a aprender de verdade e assim não esquecem e que deve ser passado para outros hipertensos e várias vezes”. A informação amplamente disseminada sobre a doença, suas causas, sua prevenção e seu controle colabora para a promoção da saúde.

A implementação do processo de Comunicação Educacional obteve resultados satisfatórios com os pacientes, que reagiram positivamente à nova experiência, indicando que a utilização de material audiovisual e impresso pode ser efetivo para aumentar o conhecimento sobre a prática de exercícios e a escolha dos alimentos. O conteúdo dos vídeos assim como do material impresso foi aprovado por mais de 90% dos pacientes, assim como os seus formatos. Os conceitos, excelente, muito bom e bom indicam a visão positiva dos pacientes em relação ao processo; regular indica uma visão neutra e que não foi demonstrada; ruim e muito ruim indicam uma visão negativa do processo e que também não foi demonstrada. Os vídeos e os impressos com ilustrações são recursos de comunicação que se constituem em canais importantes e facilitadores da participação e aprendizagem.

Aqueles (7% dos 48 pacientes) que não aprovaram o material impresso foi em virtude do analfabetismo, analfabetismo funcional e/ou problemas de visão, não sendo falha das estratégias de comunicação, fato que demonstra a necessidade de práticas diferenciadas para estimular a adesão dos pacientes, sobretudo, ao tratamento não-medicamentoso.

4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos educacionais que nortearam o trabalho foram satisfatoriamente alcançados tanto no âmbito dos pacientes como dos profissionais da saúde da Unidade de Saúde Rio Bonito.

Após a aplicação dos módulos educativos com a utilização dos vídeos e dos materiais impressos, foi avaliado o impacto do processo de Comunicação Educacional nos pacientes por meio de questionários, grupos focais e visitas domiciliares com 95% de aceitação do processo e 45% de mudança de comportamento e estilo de vida.

Os resultados qualitativos comprovam o forte impacto social do Projeto, com metade do grupo assimilando e praticando as orientações, demonstrando que as intervenções educativas de formato multidisciplinar aplicadas de modo permanente são efetivas.

Com a equipe, a avaliação foi realizada por meio de entrevistas indicando uma resposta positiva à atividade, com a aceitação em 66% de que uma abordagem interdisciplinar pode melhorar a prática de trabalho, resultado que também aponta para o impacto social entre os profissionais por meio da compreensão de que a multidisciplinaridade, viabilizada pela educação e comunicação, facilita e inova as atividades na área da saúde.

A aceitação das estratégias de comunicação possibilitou a aquisição de conhecimentos dos pacientes sobre os fatores de risco em relação à HA de forma lúdica e dinâmica, como também ocasionaram uma percepção diferente da condição de saúde e da doença.

O material educativo-ilustrativo impresso estava sendo utilizado pelos pacientes no dia-a-dia, conforme constatado nas visitas aos domicílios. Com isso, houve benefícios para os pacientes aumentando o nível de adesão ao tratamento não medicamentoso, com a participação no grupo da caminhada da Unidade, com a prática de exercícios e com adoção de uma dieta saudável.

O processo também causou um impacto positivo na equipe de saúde que aceitou plenamente a proposta da intervenção educativa, entendendo as ações como soluções diferenciadas para as situações problemáticas no controle e prevenção da hipertensão arterial. Com isso, a equipe mudou seu comportamento em relação à aceitação de novos conhecimentos para apoiar seu trabalho junto

ao grupo de pacientes hipertensos, utilizando os vídeos e o material informativo impresso nas orientações sobre o controle da doença.

O processo de Comunicação Educacional proporcionou recursos e ações diferenciadas que apoiaram o trabalho da equipe de saúde na abordagem de controle e prevenção da hipertensão arterial junto aos pacientes resultando no aumento da adesão aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso.

Os achados indicam que os recursos audiovisuais e impressos podem oferecer apoio efetivo e procedimentos inovadores para a realização de intervenções educativas que visam à mudança de estilo de vida de pacientes hipertensos, sobrepondo-se aos obstáculos de analfabetismo, analfabetismo funcional, audição e visão, pois a mensagem auditiva e textual, as imagens e as ilustrações viabilizam a aprendizagem em qualquer nível de conhecimento.

Além disso, os resultados positivos alcançados pelo Processo de CE indicaram a mudança de comportamento para 45% dos pacientes que influencia na manutenção e/ou redução das doses dos medicamentos sem necessidade de reavaliar o esquema terapêutico. Esse fato também repercute na diminuição dos custos do tratamento medicamentoso para o Serviço Público.

A contribuição da Comunicação Educacional, por meio dos seus recursos audiovisuais e impressos, visa a participar no processo de educação e no amadurecimento de uma cultura informacional que proporcione mudança de comportamento com o intuito de prevenir e/ou controlar a Hipertensão Arterial para a melhoria da condição de saúde dos adoecidos crônicos, sendo produtiva nos processos de pesquisa sobre saúde e gerando subsídios para intervenções futuras.

Esse processo pode ser estendido a outras unidades de saúde com o devido apoio de órgãos públicos e de fomento, pois oferece uma colaboração diferenciada à equipe da Unidade de Saúde para estimular a adesão aos tratamentos e promover uma melhora na condição de saúde dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Preventing chronic disease, a vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005.
2. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF, 2010. <http://portal.saude.gov.br/saude> (acesso em 21/março/2010).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. <http://portal.saude.gov.br/saude> (acesso em 25/junho/2009).
4. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. Cad.Saúde Pública 2008; 24(4): 809-819.
5. The Lancet. Saúde no Brasil, 2011. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/cnhd/index.php> Acesso em 31/05/2011.
6. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Manual de Operação, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual_HIPERDIA_1.5M-02.pdf
7. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Temas de Saúde. Hipertensão Arterial. <http://new.paho.org/br> (acesso em 21/março/2010).
8. PSF. Programa Saúde da Família. Disponível em [http:// portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br) Acesso em 21/março/2010.
9. Moulton D. Canadá takes prevention to heart. Disponível: www.paho.org/English/DPI/number2/article2.htm Acesso em 24/05/2006.
10. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciência &

- Saúde Coletiva v.9 n. 4 Rio de Janeiro ou/dez 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/> Acesso em 11/05/2007.
11. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
 12. Tarride, Mario Ivan. Saúde Pública, uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
 13. Ortega JL, Infante C. Palacios ET. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes. *In*: Bosi MLM, Mercado FJ (org). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Vozes, 2004.
 14. Demo P. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.
 15. _____. Educação e conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
 16. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
 17. _____. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
 18. Moraes MC. O paradigma educacional emergente. Campinas, SP: Papirus, 1997.
 19. Azenha M. da G. Construtivismo de Piaget a Emilia Ferreiro. 7.ed. São Paulo: Ática, 2002.
 20. Valla VV. Saúde e educação. Rio de Janeiro: DA&A, 2000.
 21. Freire MTM, Vilar G. Comunicação e educação: processos interativos para a promoção da saúde. *UN/revista* 2006; 3(1), ISSN 1809-4651 (UNISINOS).
 22. Levy SN, et al (1996). Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. 10ª Conferência Nacional de Saúde [online]. Disponível: <http://www.datasus> Acesso em 07/10/2006.

23. Uchôa CMA, et al (2004). Educação em saúde: sobre a leishmaniose tegumentar americana. Cadernos de Saúde Pública [online]. [vol.20 nº4 Rio de Janeiro. Jul/Ago 2004. Disponível: www.scielo.br Acesso em 07/10/2006.
24. Andrade SM, et al. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001.
25. Aerts D, et al (2004). Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cadernos de Saúde Pública [online]. Disponível: www.scielo.br [vol.20 nº 4 Rio de Janeiro. Jul/Ago 2004]. Acesso em 07/10/2005.
26. Wagstaff A. Poverty and health. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Boston working group nº 1, working paper nº 5, 2001. Disponível: www.scielo.br Acesso em 24/11/2006.
27. dos Santos JQ. Adesão a tratamentos médicos. Disponível: www.unifesp.br/dppsiq/plbr/ppm/atu1_01.htm Acesso em 13/07/2006.
28. Teixeira C. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
29. Vieira LJ, Santos ZM, Landim FL, Caetano JA, Sá Neta C de A. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. Ciên Saúde Colet. 2008; 13(1): 145-52.
30. Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Disponível: <http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html> Acesso em 13/08/2006.
31. Ronzani, TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciên Saúde Colet. 2008;13(1): 23-24.
32. Santos ZM. Hipertensão Arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002.
33. Canesqui AM. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: Canesqui AM (organizadora). Olhares antropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec, 2007.

34. Hull H, Lindblad Fridh M, Lindh Falk A, Thörne K. Pedagogical Processes in Healthcare: An Exploratory Study of Pedagogic Work with Patients and Next of Kin. *Educ Health* 9 (online), 2009: 199. Available from: <http://www.educationforhealth.net> Acesso em 15 janeiro 2011.
- 35 Sabóia VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.
36. Carta de Ottawa disponível em www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf Acesso em 26 julho 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006. <http://portal.saude.gov.br/saude> (acesso em 25/junho/2009).
38. Escosteguy AC, Jacks N. Comunicação e Recepção. São Paulo: Hacker, 2005.
39. Pena F. Teoria da comunicação. Rio de Janeiro. Ed. Rio, 2005.
40. Sousa MW. (org.) Sujeito, o lado oculto do consumidor. São Paulo: Brasiliense, 1995.
41. Hall Stuart. 1973. "The Television Discourse--Encoding and Decoding." In *Studies in Culture: An Introductory Reader*, ed. Ann Gray and Jim McGuigan. London: Arnold, 1997, pp. 28-34.
42. Gomes I. Recepção e Mediações. Apud FAUSTO NETO A. & PINTO, MJ. *O indivíduo e as mídias*, Rio de Janeiro: 1996, p. 209.
43. Rubim AAC, Bentz IMG, Pinto MJ (org.). Produção e recepção dos sentidos midiáticos. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998.
44. Martín-Barbero, J. *Dos meios às mediações: comunicação cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

45. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
46. Foucault M. O nascimento da clínica. 3ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
47. Straubhaar J, LaRose, R. Comunicação, Mídia e Tecnologia. São Paulo: Thompson, 2004.
48. Meneses, João Paulo. A rádio que temos, 2005. Disponível em: <<http://osegundochoque.blogsome.com/category/24-formatos-novos/241-alguns-formatos-novos/242-narrowcasting>> Acesso em: 01 de outubro de 2007.
49. Primo, A. Para além da emissão sonora, 2003 <<http://www6.ufrgs.br/limc/PDFs/podcasting>> Acesso em: 23 de outubro de 2007.
50. Glik D, Prelip M, Myerson A, Eilers K. Fetal alcohol syndrome prevention using community-based narrowcasting campaigns. Health Promot Pract. 2008; 9(1): 93-103.
51. Ferres J. Televisão subliminar. Socializando através de comunicações despercebidas. Porto Alegre: Artmed, 1998.
52. Fowles J. Why viewers watch. A reappraisal of television effects. California: Sage, 1996.
53. Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
54. Levi-Strauss, 1963 apud Minayo MC de S. Contribuições da Antropologia In, Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM (org.). Tratado De Saúde Coletiva, 2006 P.206.
55. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

56. Alves PC, Rabelo MC. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade, apud Pitta, Am da R (org.). Saúde e comunicação, São Paulo: Hucitec – Abasco, 1995.
57. Benjamin, W. Sobre arte, técnica e linguagem. Lisboa: Relógio D'Água, 1992.
58. Minayo M.C. de S. O desafio do conhecimento. Hucitec-Abrasco, 1996.
59. _____ (org.), Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.
60. Alves PC. A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. In: Canesqui AM (organizadora). Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1995.
61. Tomasi NGS, Yamamoto RM. Metodologia da pesquisa em saúde. Curitiba: as autoras, 1999.
62. Hartman M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Patussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(8): 1857-66.
63. Sales FM. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(1): 175-84.
64. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Vozes, 2004.
65. Corrigan M, Cupples ME, Smith SM, et al. The contribution of qualitative research in designing a complex intervention for secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems. BMC Health Services Research 2006, 6:90. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/90> Acesso 27/10/2006.

66. Shaw A, Thompson EA, Sharp D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(76). Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/76>. Acesso em 31/10/2006.
67. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa de serviços de saúde. In Bosi MLM, Mercado FX, eds. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.
68. Dencker AFM, Da Viá SC. *Pesquisa empírica em ciências humanas*. São Paulo: Futura, 2001.
69. Bauer MW, Gaskell, G (ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 3ed. Petrópolis (RJ): 2004.
70. Foucault M. *L'ordre du discours*. Paris: Éditions Gallimar, 1971.
71. Gaskell, G. Entrevistas individuais e em grupo apud Bauer Martin W. & Gaskell George. *Pesquisa Qualitativa, com texto, imagem e som, um manual prático*. 3ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
72. Costa MEB. Grupo focal. Apud Duarte, J, Barros, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo, Atlas, 2005.
73. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
74. Fonseca Júnior WC. *Análise de conteúdo*. Apud Duarte J, Barros A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo, Atlas, 2005.
75. Dinesen B, Andersen PER. Qualitative evaluation of a diabetes advisory system. [J Telemed Telecare](http://intgch.oxfordjournals.org). [online]. 2006; 12(3):136-145. Disponível: <http://intgch.oxfordjournals.org>. Acesso em 24/04/2006.
76. Lakatos EM, Marconi M de A. *Fundamentos da metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

77. Calderón, C, Rotaecche R, Etxebarria A, Marzo M, Rico R, Barandiaran M. Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes: qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain. *BMC Health Services Research* 2006, 6:138.
78. Van Bilsen, PMA Hamers, JPH Groot W, et al. Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:39 doi:10.1186/1472-6963-6-39.
79. Shaw A, Thompson EA, Sharp D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2006, 6:76 . Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/76> Acesso em 31/10/2006.
80. Brito DMS, Araujo TL, Galvão MTG, Moréia TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *CAD Saúde Pública.* 2008;24 (4):933-40.
81. Aletras V, Papadopoulos EA, Niakas DA. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *MCHHealthServicesResearch* 2006. Disponível <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/66>. Acesso em 31/10/2006.
82. Scott P, Edward P. Personally addressed hand-signed letters increase questionnaire response: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:111. Disponível <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/111>. Acesso em 07/11/2006
83. Stemler S. An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17), 2001.
84. Rippentrop EA, Yung-Sang Wong M, Altmaier EM. A Content Analysis of Interviewee Reports of Medical School Admissions Interviews. *Med Educ Online* [serial online] 2003;8:10. Disponível: <http://www.med-ed-online.org>
85. DeVoe JE, Wallace LS, Fyer Jr. GE. Patient age influences perceptions about health care communication. *Fam Med.* 2009; 41(2): 126-33.

86. Hodge S, Perkins E. Communication rationality on the clinic? Exploring the parental role in the management of gastro-oesophageal reflux in children. *Social Theory & Health*. 2007; 5: 107-125.
87. Luz ZMP, Pimenta DN, Rabello A, Schall V. Avaliação de material informativo sobre leishmanioses distribuído no Brasil: critérios e subsídios para a elaboração e o aperfeiçoamento de materiais educativos para a saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(2): 561-69.
88. Jones AQ, Dewey CE, Doré K, et al. Public perception of drinking water from private water supplies: focus group analyses *BMC Public Health*. 2005; 5:129: doi:10.1186/1471-2458-5-129.
- 89 Calderón C, Rotaeche R, Etxebarria A, Marzo M, Rico R, Barandiaran M. Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes: qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain. *BMC Health Services Research* 2006, 6:138.
- 90 Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.
- 91 Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Hipertensão. Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba (PR), 2004.
- 92 Stolses Bergamo Francisco PM, Donalisio MR, de Azevedo Barros MB, Galvão César CL, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(4):359- 364.
- 93 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.
94. Varma S, McElnay JC, Hughes CM, Passmore AP, Varma M. Pharmaceutical Care of Patients With Congestive Heart Failure: Interventions and Outcomes. *Pharmacotherapy*. 1999; 19(7):860-69.
95. Guerriero ICZ, Dallari SG. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. *Cien Saúde Colet*. 2008; 13(2):303-11.

96. [Bisi Molina M del C](#), Cunha R de S, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Rev Saúde Pública. 2003; 37(6):743-50.
97. Rozemberg B, Silva APP, Vasconcellos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6):1685-94.
98. Mello DA, Pedrazzani ES, Pizzigatti CP. Helmintoses intestinais: o processo de comunicação e informação no Programa de Educação e Saúde em Verminose. Cad Saúde Pública. 1992; 8(1): 189-95.
99. Schapira MM, VanRuiswyk J. The effect of an illustrated pamphlet decision-aid on the use of prostate cancer screening tests. J Fam Pract. 2000;49(5):425-7.
100. Gomes LCG. A utilização de personagens e mascotes nas embalagens e sua representação simbólica no ponto-de-venda. Available from: <http://reposcom.portcom.intercom.org.br/handle/1904/16980>. Accessed 30 July 2007
101. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003;96:219- 22.
102. Lima MT, Buchner JSNF, Lima JW de O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos atitudes e práticas. Cad. Saúde Pública. 2004;20(4): 1079-87.

Sites permanentemente acessados desde 01/março/2006 para levantamento de dados e consultas:

www.cardiol.br	(Sociedade Brasileira de Cardiologia) –
www.sbh.org.br	(Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial)
www.datasus.gov.br	(Ministério da Saúde)
www.paho.org	(Pan American Health Organization)
www.opas.org.br	(Organização Pan-Americana da Saúde)
www.who.int/chp/en	(World Health Organization)
www.portalsaude.gov.br	(Ministério da Saúde)

www.ncbi.nlm.nih.gov (National Center for Biotechnology Information/National Library of Medicine/ National Institutes of Health)

www.portalsaude.gov.br

www.american.heart.org (American Heart Association)

www.acc.org (American College of Cardiology)

www.escardio.org (European Society of Cardiology)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, RG nº _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “Educação e comunicação na promoção da saúde coletiva com ênfase na Hipertensão Arterial”, cujo objetivo é desenvolver um processo de educação e com os recursos da comunicação para promover mudança de comportamento e de hábitos de vida, assim como adesão aos tratamentos de Hipertensão Arterial.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu tomarei parte de atividades elaboradas pelos pesquisadores relacionadas à situação da minha saúde e ao meu conhecimento sobre a Hipertensão, como questionários, entrevistas, aferição da pressão, grupos focais, palestras, fóruns, videoconferências, vídeos, debates, eventos socializadores e gravações e filmagens dos mesmos, para que eu tenha mais informação sobre a doença, possa preveni-la e/ou trata-la corretamente e ter melhor qualidade de vida.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Maria Teresa Marins Freire (Msc), Prof. Dr. Guilherme Vilar, Prof. Dr. Emilton Lima Junior, com quem poderei manter contacto pelos telefones: (41) 3271-2210, (41) 3271-2164, (41) 9963-5225.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura dos pesquisadores

Curitiba _____ de _____ de 2007.

APÊNDICE 2

PROTOCOLO DESENVOLVIDO PARA A OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA TÓPICOS A SEREM OBSERVADOS

SITUAÇÃO

Onde se desenrola o fenômeno?
Estrutura física?
Tipo de meio ambiente?

OBJETIVO

Existe um objetivo oficial ou os participantes se reúnem por acaso?
Se existe, qual é?
Como os participantes reagem ao objetivo?
Aceitam ou rejeitam?

FREQUÊNCIA E DURAÇÃO

Quando ocorre a situação?
Tempo?
Tipo?
Repetiu-se? Se sim, qual a frequência?
Quais as oportunidades que provoca?
Até que ponto o objeto da observação é típica em tal situação?

PARTICIPANTES

Quem são?
Como se relacionam?
Quantos são?
São estranhos ou se conhecem?
Pertencem à mesma comunidade?
Que tipo de grupo formam?
Informal?

COMPORTAMENTO SOCIAL

O que ocorre no grupo?
Como ocorre?
O que fazem?
Com quem ?
Há estímulo para a atividade desenvolvida pelo grupo?
Há permissão? Impedimentos? Liberdade?
São extrovertidos, introvertidos, sentem-se a vontade ou não?

Fontes: Hills M, Mullet J, Carrol (3); Serapione M (17); Lakatos EM, Marconi MA (18); Dencker AFM, Da Via SC (19); Schofield RS, Shoroen D, Kline ARNP (20).

APÊNDICE 3

PROTOCOLO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL E CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE HIPERTENSO DA UNIDADE DE SAÚDE RIO BONITO ENTREVISTA – parte semi-estruturada

Prezado Colaborador

Esse é uma entrevista para conhecer sobre seus hábitos de vida com a finalidade de ajuda-lo na promoção de sua saúde. As perguntas dizem respeito às situações da hipertensão arterial sistêmica e as respostas serão utilizadas para fundamentar ações de educação e de comunicação que colaborem na obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Nome

Idade Sexo () feminino () masculino

Unidade de Saúde

TRABALHO

Trabalha fora () sim () não. É aposentado () sim () não

Se sim que tipo de atividade exerce

Tem carteira assinada () sim () não. Por que?

Se não trabalha fora, tem alguma atividade? () sim () não

De que tipo?

ESCOLARIDADE

Sabe ler? () sim () não. Sabe escrever? () sim () não

Qual a sua escolaridade: () ensino fundamental incompleto; () ensino fundamental completo; () ensino secundário incompleto; () ensino secundário completo; () ensino superior incompleto; () ensino superior completo; outro, qual

MORADIA

Mora em casa própria? () sim () não. Mora sozinho/a? () sim () não

Mora com marido () com esposa () com filhos () sim () não

Filho/filha

Mora com outro parente? () sim () não. Qual?

Mora com outra pessoa? () sim () não. Quem?

Mora em casa alugada? () sim () não.

Quantos cômodos tem a casa?

É de madeira (); de alvenaria (); mista (). Outro material? Qual?

O banheiro é dentro de casa () sim () não. Tem quintal () sim () não

Tem horta () sim () não. Tem algum animal de estimação? () sim () não

Qual?

ATIVIDADE FÍSICA

Pratica exercícios? () sim () não. Que tipo?

Onde pratica?Com que frequência? () 1 vez por semana;() 2 vezes por semana;() 3 vezes por semana;() mais do que 3 vezes.

O que mais lhe agrada na atividade física?.....

O que menos lhe agrada na atividade física?

Sabe da importância da atividade física? () sim Qual é?

.....

() não, por que?

ALIMENTAÇÃO

Quantas refeições faz por dia? () 1 () 2 () 3 () mais de 3

Quais tipos de alimentos () verduras () legumes () frutas

Outros, quais?

Toma café? () sim () não. Quantas vezes por dia? () 1 () 2 () 3 () mais de 3

Quantas latas de óleo gasta por mês? () 1 () 2 () 3 () mais de 3

Que quantidade de sal gasta por mês? () 1k () 2k () 3k () mais de 3k

Gosta de comida temperada? () sim () não. Que tempero utiliza?

.....

Outros detalhes sobre sua alimentação

TABAGISMO

Você fuma/ () sim () não

Se sim, por que?

Quantos cigarros por dia?

Sabe que faz mal a saúde

Já tentou parar? () sim () não. Se parou, faz quanto tempo?.....

BEBIDA

Bebe bebida alcoólica? () sim () não.

Se sim, qual?

Com que frequência? () Todos os dias () mais de 3 vezes () 3 vezes () 2 vezes () 1 vez.

() 1 vez p/semana () 2vz p/ semana () 3 vz p/semana () mais de 3
 () somente nos finais de semana () somente em festas. Outras, qual?.....
 Bebe em casa ()? No botequim ()? Em que outro local

ATIVIDADES DE LAZER

Tem alguma atividade de lazer? () sim () não
 Se sim, qual?
 Como realiza sua atividade de lazer?
 Onde realiza?
 Se não, por que?
 Gostaria de ter? () sim () não. Qual?
 Tem amigos? () sim () não. Encontra-os com frequência? () sim () não.
 Onde ?
 O que fazem?
 Assiste TV () () não. Que programas? Telejornal () Programa de auditório ()
 Novelas () filmes (). Outros, quais
 Escuta rádio? () sim () não. Qual?
 Que programa ?
 Lê jornal? () sim () não. Qual?
 Lê revista? () sim () não. Qual?

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Valores pressóricos
 Pesoalturacircunferência abdominal.....
 Utilização de medicamentos, quais?.....
 Outras doenças associadas?
 Tem sintomas de () depressão () ansiedade outros, quais

 Em tratamento? () sim () não.
 Há quanto tempo tem pressão alta?
 Está controlada? () sim () não
 Qual a rotina de atendimento na Unidade? (frequência que deve fazer atendimento)

 Tem alguém na família que tenha doença crônica? () sim () não

 Outras informações clínicas importantes

ENTREVISTA – parte com questões abertas

Para você, quais são os principais problemas causados pela HAS com o passar do tempo?

.....

Como você controla sua pressão?

.....

O que é mais difícil para controlar a pressão? Alimentação, bebida, cigarro, atividade física, medicação.....

.....

Há diferença entre a vida das pessoas que tem alguma doença crônica daquelas que não têm?

.....

Você sabe da importância do tratamento para HAS?

.....

O que você acha dos tratamentos?

.....

Você segue integralmente os tratamentos?

.....

Toma remédios receitados corretamente e segue as orientações do tratamento não-medicamentoso?

.....

Você faz o acompanhamento da sua doença na Unidade? (adesão)

.....

Você participa dos atendimentos marcados? (adesão)

.....

Você participa das atividades físicas e sociais organizadas pela Unidade?

.....

Considera importante ter uma material informativo-ilustrativo sobre as orientações de controle da doença para levar para casa?

.....

Que tipo de material seria bom para você ter em casa?

.....

Esse material ajudaria você a seguir corretamente as orientações?

.....

Também serviria para outras pessoas da família?

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

.....

APÊNDICE 4
MATERIAL DO MÓDULO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA



Qualidade de Vida na Hipertensão





	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Cartaz (banner) e folderes

Banner explicativo

Qualidade de Vida na Hipertensão

Vizinho
A Qualidade de Vida depende da maneira como se vive. Não basta apenas controlar a pressão arterial, é preciso cuidar da alimentação, fazer exercícios físicos, não fumar e não beber álcool. Cuidar da hipertensão, que muitas vezes é silenciosa, é essencial para a saúde e o bem-estar.

Capitão Bil
Um dos principais fatores de risco para a hipertensão é o estresse. Quando o estresse aumenta, a pressão arterial também aumenta. É importante aprender a lidar com o estresse de maneira saudável.

Tia Zida
Cuidar da saúde é a melhor maneira de viver. Isso inclui cuidar da alimentação, fazer exercícios físicos e não fumar. A hipertensão é uma doença silenciosa que pode causar sérias complicações se não for tratada.

Primo Lol
A hipertensão é uma doença silenciosa que pode causar sérias complicações se não for tratada. É importante cuidar da saúde e fazer exames regularmente para detectar a hipertensão cedo.



Adesivos

Capitão Bil

Tia Zida

Primo Lol

APÊNDICE 5

MATERIAL DO MÓDULO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Cartaz e folder

Cuide da sua Qualidade de Vida!

 *Dicas para fazer atividades físicas, pois ajudam a baixar a pressão.*

O exercício físico adequado não apresenta efeitos colaterais e ajuda a controlar o peso e a pressão arterial. Pergunte ao médico se sua pressão está controlada e se você pode começar a se exercitar. O médico ou um professor de educação física pode orientar sobre a melhor forma de fazer exercícios.

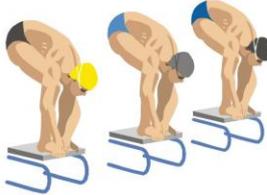
Exercícios dinâmicos, como andar, pedalar, nadar e dançar, são os mais indicados para quem tem pressão alta. A intensidade dos exercícios deve ser de leve a moderada, pelo menos 30 minutos por dia, três vezes por semana. Se puder, caminhe diariamente.



FRENTE

Cuide da sua Qualidade de Vida!

 *Dicas para fazer atividades físicas, pois ajudam a baixar a pressão.*



Os exercícios estáticos, como levantamento de peso ou musculação, devem ser evitados, porque provocam aumento grande e repentino da pressão. Ao realizar exercícios, contente-se com um progresso físico lento, sem precipitações e com acompanhamento médico.

Procure realizá-los com prazer.

Essas dicas são fáceis de serem seguidas. Isso ajuda a manter a sua qualidade de vida!



VERSO

APÊNDICE 6

MATERIAL DO MÓDULO DA ALIMENTAÇÃO

Cartaz e folder

Cuide da sua Qualidade de Vida!
 Dicas para ter uma alimentação saudável que ajuda a baixar a pressão

Prefira peixes, frango sem pele ou carnes magras, retirando toda a gordura visível. Consuma-os grelhados ou assados. Evite carnes gordurosas, vísceras (fígado, coração, rins), embutidos (lingüiça, paio, salsicha, tocinho defumado), frios (mortadela, presunto, salame) e frutos do mar (camarão). Prefira leite desnatado, iogurte desnatado, queijo branco ou ricota.

Evite leite integral, creme de leite, manteiga, margarina sólida, iogurte integral, queijos cremosos e maioneses.

Modere o consumo de ovos, dando preferência à clara ou ao ovo sem colesterol. Evite frituras, banha de porco, tocinho defumado, gordura de coco e óleo de dendê. Prefira margarina com óleo vegetal e pouca quantidade de gordura saturada. Use apenas óleos vegetais (girassol, milho, soja, canola, azeite de oliva).

Prefira pães com pouca gordura, como a maioria dos pães e cereais integrais (aveia, trigo, farelo), massas sem gema de ovo, ervilha, feijão, grão-de-bico, lentilha, batata cozida ou assada, arroz e mandioca.





FRENTE

Cuide da sua Qualidade de Vida!
 Dicas para ter uma alimentação saudável que ajuda a baixar a pressão

Consuma verduras, legumes e frutas diariamente, de preferência crus.

Evite açúcar e doces. Lembre-se de que as bebidas alcoólicas têm muitas calorias e, portanto, também devem ser evitadas pelas pessoas que precisam reduzir o peso.

Use o mínimo de sal no preparo dos alimentos, substituindo-o por temperos naturais como salsinha, cebola, orégano, hortelã, limão, alho, manjeriço, coentro e cominho. Evite acrescentar sal aos alimentos já prontos. Nunca tenha um saleiro à mesa. Evite temperos industrializados como ketchup, mostarda, molho shoyu e caldos concentrados.

Evite conservas como picles, azeitona, aspargo, patês e palmito, enlatados como extrato de tomate, milho e ervilha e maionese pronta. Prefira os alimentos em seu estado natural. Evite carnes salgadas como bacalhau, charque, carne-seca e defumados. Evite salgadinhos para aperitivo como batata frita, amendoim salgado, cajuzinho, etc. Todos esses cuidados auxiliam a manter a sua saúde!!



VERSO

APÊNDICE 7

PROTOCOLO PARA O QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS E MATERIAL IMPRESSO DA TURMA DA QUALIDADE DE VIDA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Este é um questionário para se conhecer a opinião dos participantes do Programa do Hipertenso sobre o material informativo impresso e audiovisual que visa colaborar com o tratamento medicamentoso para a prevenção e controle da hipertensão arterial. Contamos com a colaboração de todos.

Como você avalia o vídeo?

Excelente	(10,0)	()
Ótimo	(9,0)	()
Muito bom	(8,0)	()
Bom	(7,0)	()
Regular	(6,0)	()
Ruim	(5,0)	()
Péssimo	(4,0)	()

O que mais lhe chamou atenção no vídeo?

Conteúdo	()
Personagens	()
Imagens	()
Vozes	()
Cores	()

O que você aprendeu com o vídeo?

Os remédios tem figuras	()
Vou levar o cartão individual para casa	()
Devo seguir as orientações médicas com atenção	()
Não devo comer frituras, açúcar e muito sal	()
Não devo beber	()
Não devo fumar	()
Devo praticar exercícios	()
Devo cuidar da minha saúde	()
Todas as respostas acima	()

Você vai seguir esses conselhos quando chegar em casa?

Sim () não ()

Não esqueça os conselhos da Vidinha! Qualidade de vida é muito importante!

APÊNDICE 8
PROTOCOLO DAS QUESTÕES DO GRUPO FOCAL
PROTOCOLO UTILIZADO PARA DOCUMENTAÇÃO

Moderador: Prof. Maria Teresa M. Freire

Documentador: Prof^a Denise Werneck

Documentador: Enfermeira Débora

Documentador: Auxiliar de Enfermagem Íris Andrade Paula da Silva

Roteiro de perguntas:

- 1) O que chamou a sua atenção quando assistiu aos vídeos?
- 2) Como você se sentiu vendo os vídeos?
- 3) As imagens e as mensagens levaram você a refletir sobre sua condição de saúde?
- 4) Para você qual foi o ponto forte dos vídeos?
- 5) Qual vídeo foi mais importante para você?
- 6) Que dúvidas foram esclarecidas com os vídeos?
- 7) O que você sentiu ao ver pessoas conhecidas ou a si mesmo no vídeo?
- 8) Como os vídeos ajudaram na relação com a sua saúde?
- 9) O que você pensa de ter um material impresso com as mensagens do vídeo para levar para casa?
- 10) Como o material impresso ajuda na relação com a sua saúde?
- 11) Você recomenda passar esse vídeo para outros pacientes?
- 12) Por que você gostou dos vídeos?

APÊNDICE 9

Artigo para a Revista Brasileira de Enfermagem

“Programa Multimídia e Atenção Farmacêutica para estimular a adesão do paciente hipertenso ao tratamento medicamentoso”

APÊNDICE 10

Produção paralela

**Artigo publicado na *UnRevista* vol.3,nº1: julho 2006, ISSN 1409-465 da
Universidade Vale dos Sinos (UNISINOS)**

[já citado em dois artigos)

**“Comunicação e educação: processos interativos para a promoção da
saúde”**

ANEXO 1

**APROVAÇÃO DO PROJETO
PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUCPR**



PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

NÚCLEO DE BIOÉTICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Curitiba, 31 de outubro de 2007.

Of. 746/07/CEP-PUCPR

Ref. "Educação e Comunicação na promoção da saúde coletiva com ênfase na hipertensão arterial"

Prezado (a) Pesquisador (es),

Venho por meio deste informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia **03 de outubro** do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado **"Educação e Comunicação na promoção da saúde coletiva com ênfase na hipertensão arterial"**, pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP nº 1911, e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - PUCPR



Ilma Sra

Maria Teresa Martins Freire

