

Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular¹

I ¹ Rosângela Minardi Mitre Cotta, ²Roberta Sena Reis, ³Adriana Lelis Carvalho,

⁴Kelly Cristina Siqueira Batista, ⁵Fátima Aparecida Ferreira de Castro, ⁶Rita de Cássia Gonçalves Alfenas I

Resumo: Tem por objetivo avaliar o conhecimento dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Saúde da Família do município de Teixeiras-MG, sobre suas patologias, visando ao desenvolvimento de estratégias de empoderamento/libertação deste grupo populacional, essenciais na viabilização de políticas de promoção da saúde, prevenção e controle destas enfermidades. Estudo transversal, realizado por meio da aplicação de questionários semi-estruturados através de entrevistas a uma amostra de 10,33% dos hipertensos e 15% dos diabéticos. Houve predominância de indivíduos idosos, do sexo feminino, de baixa escolaridade e renda; 40,0% dos diabéticos e 69,14% dos hipertensos não souberam conceituar as doenças. Em relação ao nível de conhecimento sobre as causas e sintomas, 50% dos diabéticos as desconheciam; dos hipertensos, 37,14% desconheciam as causas e 12,57%, os sintomas. Em relação às complicações decorrentes das doenças, 33,33% dos diabéticos e 33,14% dos hipertensos as desconheciam. Quanto às formas de tratamento, 16,67% dos diabéticos e 10,86% dos hipertensos não souberam informar. Destaca-se a importância da implementação de estratégias de cuidado em saúde a estes grupos populacionais, voltadas à conscientização sanitária e aos fatores condicionantes e complicadores das enfermidades, visando a proporcionar uma educação em saúde mais efetiva, visto que a mudança de hábitos e a conscientização jamais se separam - toda transformação deve estar intimamente associada à tomada de consciência da situação real vivida pelo sujeito. Para isto é necessário o comprometimento dos profissionais de saúde, visando a uma participação livre e crítica dos usuários, contribuindo para o empoderamento/libertação deste grupo populacional, questões essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades.

► **Palavras-chave:** Programa de Saúde da Família, empoderamento, hipertensão arterial, diabetes mellitus, educação em saúde.

¹ Prof. Adjunto do Depto. de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Doutora em Saúde Pública pela Universidad de Valencia, Espanha; orientadora/ coordenadora. Endereço eletrônico: rmmitre@ufv.br

² Graduanda em Nutrição, Universidade Federal de Viçosa (UFV); bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

³ Graduanda em Nutrição, Universidade Federal de Viçosa (UFV); bolsista de Extensão Universitária da Pró-Reitoria de Extensão (UFV).

⁴ Graduanda em Nutrição, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Bolsista de Extensão Universitária da Pró-Reitoria de Extensão (UFV).

⁵ Prof. Assistente do Depto. de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

⁶ Prof. Adjunto do Depto. de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Doutora em Nutrição pela Purdue University, USA.

Recebido em: 16/10/2007.
Aprovado em: 25/03/2008.

Introdução

A hipertensão arterial (HA) e o *diabetes mellitus* (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública (BRASIL, 2002).

Por um lado, a HA apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade (ZAITUNE et al., 2006), representando o tipo de morbidade mais freqüente na população brasileira (SIMONETTI et al., 2002). Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica (CARVALHO et al., 1998), ou seja, o aumento da pressão arterial sistólica de 140mmHg ou mais e pressão arterial diastólica de 90mmHg ou mais (BRASIL, 2002; SIMONETTI et al., 2002), a HA vem atingindo cada vez mais pessoas adultas, em especial os mais idosos, e adultos jovens, estimando-se que atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de 20 anos (ZAITUNE et al., 2006). Mais recentemente, valores de pressão arterial sistólica <130mmHg e pressão arterial diastólica <85mmHg têm sido utilizados para a classificação de normalidade da pressão arterial, para indivíduos acima de 18 anos (SBH, 2006; SBH, 2002).

Estudos mostram que existem vários fatores denominados fatores de risco, que influenciam o aparecimento ou agravamento da HA. Estes são: hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo, dieta rica em gorduras (SIMONETTI et al., 2002; DEL'ACQUA et al., 1997). Sabe-se que esta morbidade se tornou responsável por 80% dos casos de acidente cerebrovascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (ZAITUNE et al., 2006).

Por outro lado, o DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BRASIL, 2002). Esta hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso e polifagia (GROSS et al., 2002), e apresenta como conseqüências, em longo prazo, a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2002). Com relação aos seus fatores de risco,

apresenta influências intrínsecas e extrínsecas, como hereditariedade, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo.

O DM é uma situação clínica frequente, acometendo 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico (GROSS et al., 2002). O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é uma das doenças metabólicas mais comuns. Tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, o número de indivíduos com DM2 está aumentando rapidamente, prevendo-se sua duplicação nos próximos 20 anos. As complicações degenerativas neurovasculares do DM2, principalmente as doenças cardiovasculares (DCVs), diminuem a qualidade de vida do paciente diabético e constituem um ônus para a sociedade (SARTORI et al., 2006). O DM2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos usuários diabéticos (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que a HA e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum: a etiopatogenia, os fatores de risco, a cronicidade, as complicações crônicas que podem ser evitadas e a difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudanças no estilo de vida e participação ativa do indivíduo acometido por tais doenças (BRASIL, 2002). Estas morbidades apresentam também a necessidade de controle rigoroso, que requer certa disciplina, devido ao uso constante de medicamentos, à adoção de novos hábitos alimentares e a prática de atividade física regularmente.

Tanto a HA como o DM são fatores que predis põem os indivíduos a contraírem as doenças do aparelho circulatório. Assim sendo, os serviços de saúde devem estar preparados para atender a essa demanda com políticas de prevenção e controle, ressaltando-se também a importância da implementação de estratégias e políticas interdisciplinares e multiprofissionais que visem à promoção da saúde de indivíduos, familiares e comunidades. A rede de atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de destaque, tem papel fundamental nesse processo, em especial quando se trata de doenças que demandam intervenções mais precoces, para que sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros (BRASIL, 2006; COTTA et al., 2006).

No PSF, o cuidado em saúde deve ser participativo e humanizado, uma vez que é imprescindível integrar o saber técnico ao saber popular para melhor direcionar as ações de saúde, intervir de forma mais efetiva ao envolver e empoderar a população e/ou grupos populacionais no processo de cuidado à saúde e proporcionar mudanças no estilo e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e famílias. É importante adaptar o conhecimento técnico-científico à realidade de cada indivíduo e dos grupos populacionais, de maneira que este possa ser aplicado em conformidade à situação socioeconômica e educacional, associando, desta forma, a algum aspecto da vida e da família desses indivíduos (ALVES, 2005).

Nesse contexto, o empoderamento/libertação tem papel fundamental no processo de autotransformação do indivíduo, na medida em que propicia um ambiente de mudanças com o intuito de oferecer aos indivíduos envolvidos certa autonomia (FREIRE, 2003). O processo de empoderamento/libertação supõe o engajamento da população no entendimento da problemática de sua saúde e das condições de vida; na discussão de soluções alternativas e definição de prioridades, e na eleição de estratégias de implementação de programas, acompanhamento e avaliação. Trata-se de adquirir competência para um agir político e para atuar com eficácia sobre os determinantes da saúde, em favor da melhoria da qualidade de vida (LOBATO et al., 2006).

Desde a perspectiva aqui abordada, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento dos hipertensos e diabéticos cadastrados no PSF de Teixeira-MG, Brasil, a respeito de suas patologias; visando a conhecer o grau de informação e consciência sanitária destes, auxiliando o desenvolvimento de estratégias de empoderamento/libertação² deste grupo populacional, essenciais na viabilização de políticas de promoção da saúde, prevenção e controle destas enfermidades.

Metodologia

O município de Teixeira se localiza na região da Zona da Mata mineira e, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população total, estimada em 01/07/2005, é de 11.854 (BRASIL, 2005a). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) demonstram que em abril de 2005, foram cadastrados 1.451 hipertensos e 200 diabéticos no PSF deste município (BRASIL, 2005b).

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, no qual foram entrevistadas 180 pessoas, representando 10,33% da população de Teixeira com hipertensão e 15% da população com diabetes. Dado que vários estudos presentes na literatura indicam a hipertensão como uma complicação freqüente do diabetes, os usuários que apresentam ambas as patologias foram categorizados como pertencentes à amostra do diabetes (FAUR et al., 2005). Neste sentido, participaram do presente estudo 150 usuários diagnosticados somente como hipertensos e 30 como diabéticos (25 com hipertensão e diabetes e 5 com diabetes).

A amostra representativa e aleatória de hipertensos e diabéticos cadastrados no PSF de Teixeira-MG foi selecionada segundo a base de amostragem dos cadastros dos prontuários médicos do PSF, de forma probabilística e aleatória, seguindo os critérios recomendados por Hulley, et al (1997) e Richardson (1999), uma vez que a seleção guiada pelas leis da probabilidade e por fórmulas apropriadas para o cálculo do tamanho da amostra estabelece uma chance adequada de ser representativa da população.

O questionário utilizado para coleta dos dados da pesquisa foi elaborado pela equipe de pesquisadores, autores deste estudo, a partir de trabalhos presentes na literatura científica. Dentre as variáveis analisadas, destacam-se: idade, sexo, renda, aspectos relacionados ao conhecimento dos usuários sobre suas enfermidades, tais como conceito de hipertensão e diabetes, conhecimentos relacionados aos fatores de risco, sintomas, complicações e tratamento. As questões relacionadas ao conhecimento da população sobre as suas morbidades foram inspiradas no trabalho realizado por Pace et al. (2003). Deve-se ressaltar que as pessoas que apresentavam as duas doenças responderam às perguntas sobre hipertensão e sobre diabetes, sendo o formulário elaborado de acordo com esta possibilidade.

Realizou-se previamente um estudo-piloto, em município distinto do estudado, mas com população com características semelhantes às de Teixeira, com o objetivo de revisar o questionário proposto, direcionar aspectos da investigação e treinar a equipe para a aplicação do instrumento proposto (PALLAS; VILLA, 1995; RICHARDSON, 1999).

No presente estudo, os questionários foram aplicados nas residências dos indivíduos, por uma equipe de entrevistadores devidamente treinados, apresentados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante suas visitas domiciliares. O período de coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio a

setembro de 2005. Os dados foram digitados e analisados no *software* Epiinfo 6.0, com auxílio do Microsoft Excel 2000.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A análise dos dados obtidos a partir deste estudo subsidiou a implantação de atividades educativas, com destaque aos grupos operativos com usuários hipertensos e/ou diabéticos do PSE, abordando temas relacionados às morbidades e à melhoria da qualidade de vida relacionados à necessidade de adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, incentivando, assim, a apropriação de conhecimentos a partir do empoderamento/libertação da população.

Resultados

Em relação às características socioeconômicas da população em estudo, verificou-se uma predominância do sexo feminino (74,4%), o que ocorreu mesmo quando avaliado separadamente por doença. A idade média dos entrevistados foi de 63,59 (\pm 13,12 anos). Um dado relevante em relação à população estudada se refere à baixa escolaridade da mesma, sendo que 40,9% dos usuários eram analfabetos, 14,0% apenas liam e escreviam e 34,5% tinham o ensino fundamental incompleto. A renda *per capita* mediana era de 0,5 salários mínimos (SM), variando de 0,08 a 2,43 SM. Em relação ao estado conjugal, a maior parte dos indivíduos estudados era casada (62,0%) ou viúva (22,9%), seguida de uma minoria de solteiros (8,9%), separados, e amazeados (1,7%).

Pela Tabela 1, podem-se visualizar os níveis de conhecimentos dos diabéticos entrevistados acerca de sua enfermidade. Observou-se que 40,0% dos entrevistados não souberam conceituar diabetes, 43,33% responderam que era ter açúcar no sangue, 3,33% responderam que era o não-funcionamento do pâncreas e o restante (13,33%) conceituou diabetes como doença ruim e perigosa.

TABELA 1: Conhecimento dos diabéticos acerca de sua doença. Programa de Saúde da Família, município de Teixeira-MG, Brasil (2005).

Questões	Resposta	n	%
O que é diabetes	Não souberam informar	12	40,00
	Açúcar no sangue	13	43,33
	Não funcionamento do pâncreas	1	3,33
	Responderam de forma vaga	4	13,33
	Total de respostas	30	99,99
	Total de entrevistados	30	-
Fatores de risco	Não souberam informar	15	50,00
	Hereditariedade	5	16,67
	Outros (Fatores dietéticos/ emocionais)	10	33,33
	Total de respostas	30	100,00
	Total de entrevistados	30	-
Sintomas	Não souberam informar	15	50,00
	Hipoglicemia	8	26,67
	Polidipsia	6	20,00
	Polifagia	1	3,33
	Poliúria	3	10,00
	Outros (dores nas pernas, pés, cansaço, ausência de sintomas)	9	30,00
	Total de respostas	42	140,00
	Total de entrevistados	30	-
Complicações	Não souberam informar	10	33,33
	Lesões na visão	9	30,00
	Pé diabético (= dificuldade na cicatrização de feridas e amputação de membros)	9	30,00
	Problemas cardiovasculares	6	20,00
	Óbito	3	10,0
	Hipertensão	2	6,67
	Dislipidemia	1	3,33
	Nefropatia	1	3,33
	Total de respostas	41	136,66
	Total de entrevistados	30	-

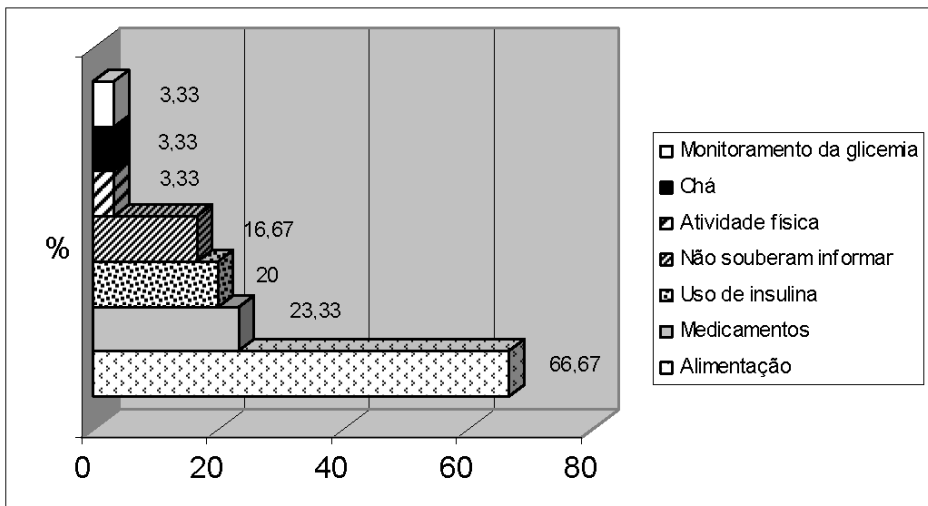
No que se refere ao nível de conhecimento sobre as causas e sintomas do DM, metade dos entrevistados desconhecia as causas e sintomas da doença. Dentre os 50% que tinham algum tipo de conhecimento sobre a enfermidade, em relação às causas, 16,67% mencionaram a hereditariedade e o restante (33,33%) associou a doença a fatores dietéticos (principalmente ingestão de doce) e fatores emocionais. Dentre os sintomas citados, os mais frequentes foram: relacionados à hipoglicemia (26,67%), polidipsia (20,0%), poliúria (10,0%) e polifagia (3,33%). Também foram citados com menor frequência (30,0%) outros sintomas como dores nas pernas, pés, dormência nas mãos e pés, cefaléia, cansaço ou mesmo a ausência de sintomas.

Em relação às complicações decorrentes do DM, as mais relatadas foram lesões na visão (30,0%) e pé diabético (30,0%), enquadrando-se neste último item as

respostas referentes à dificuldade de cicatrização de feridas e amputação de membros; também foram citados problemas cardiovasculares (20%), principalmente derrame e infarto do miocárdio; óbito (10,0%); hipertensão (6,67%); dislipidemia (3,33%) e nefropatia (3,33%). Entretanto, 33,33% dos entrevistados não souberam informar sobre as complicações advindas do DM.

Ao serem questionados sobre o tratamento da doença, 66,67% citaram a alimentação, seguida dos medicamentos (23,33%) e do uso de insulina (20,0%), e apenas 3,33% citaram a prática de atividade física como uma medida de intervenção. Também foram citadas outras medidas, como uso de chás (3,33%) e monitoramento da glicemia (3,33%) para tratar a doença. Não obstante, 16,67% dos entrevistados não souberam informar sobre as formas de tratamento do DM (Gráfico 1).

GRÁFICO 1: Formas de tratamento para a doença relatadas por diabéticos, Programa de Saúde da Família, município de Teixeira-MG, Brasil, (2005).



Por meio da Tabela 2, descrevem-se os níveis de conhecimento dos hipertensos entrevistados sobre sua enfermidade. Observou-se que um grande percentual (69,14%) dos entrevistados não soube conceituar hipertensão, sendo que entre os que responderam, 20% disseram que era pressão alta. Um

percentual de 6,86% atribuiu algum fator de risco (hereditariedade, ingestão de sal, idade, fatores emocionais), complicações (problemas cardiovasculares) e sintomas (cefaléia), e 4,0% conceituaram hipertensão como “sangue grosso, sangue que agita ou doença perigosa”.

TABELA 2: Conhecimento dos hipertensos acerca de sua doença, Programa de Saúde da Família, município de Teixeiras-MG, Brasil (2005).

Questões	Resposta	n	%
O que é hipertensão	Não souberam informar	121	69,14
	Pressão alta	35	20,00
	Atribuíram o conceito a algum fator de risco, sintoma ou complicação	12	6,86
	Outros (responderam de forma vaga)	7	4,00
	Total de respostas	175	100,00
	Total de entrevistados	175	-
Fatores de risco	Não souberam informar	65	37,14
	Fatores emocionais	75	42,86
	Fatores dietéticos	30	17,14
	Tabagismo e álcool	6	3,43
	Obesidade	4	2,29
	Hereditariedade	3	1,71
	Outros (medicamentos, menor renda e educação, idade, sedentarismo)	16	9,14
	Total de respostas	199	113,71
	Total de entrevistados	175	-
Sintomas	Não souberam informar	22	12,57
	Cefaléia	69	39,43
	Tonturas	52	29,71
	Ausência de sintomas	32	18,29
	Escotomas/ Moscas volantes	4	2,28
	Outros (agitação, dor no corpo, calor, cansaço, falta de ar)	68	38,86
	Total de respostas	247	141,14
	Total de entrevistados	175	-
Complicações	Não souberam informar	58	33,14
	Problemas cardiovasculares	104	59,42
	Outras (óbito, nefropatia)	22	12,57
	Total de respostas	184	105,13
	Total de entrevistados	175	-

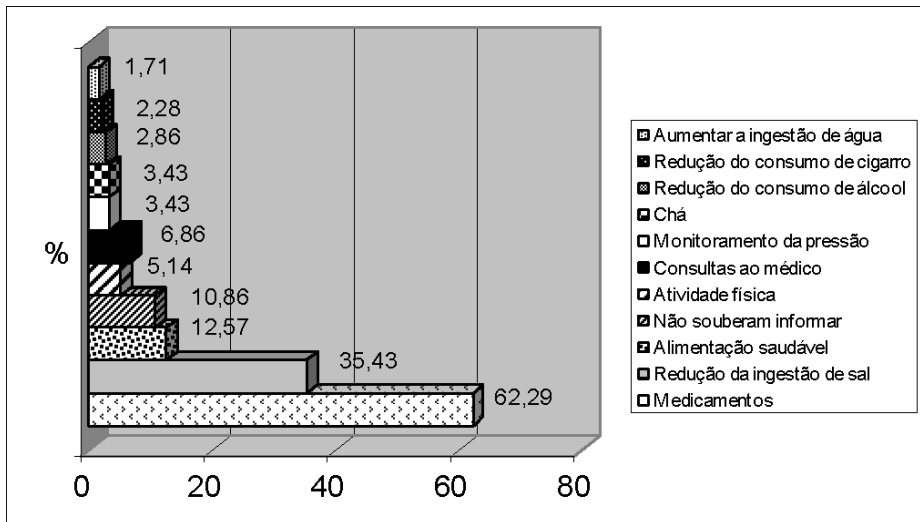
Quanto às causas e fatores de risco, as mais mencionadas foram: fatores emocionais (42,86%) e fatores dietéticos (17,14%). Outros fatores de risco menos citados foram: tabagismo e álcool (3,43%), obesidade (2,29%), hereditariedade (1,71%) e outros (como medicamentos, menor renda e educação, idade, sedentarismo) citados por 9,14% dos entrevistados. Já, 37,14% dos entrevistados informaram não ter nenhum tipo de conhecimento sobre o assunto.

Os sintomas citados com maior frequência foram cefaléia (39,43%) e tonturas (29,71%). Também foram citados escotomas/moscas volantes por 2,28%, outros sintomas (como agitação, dor no corpo, calor, cansaço, falta de ar) por 38,86% e ausência de sintomas por 18,29% dos entrevistados. Já 12,57% dos entrevistados não souberam responder.

Os problemas cardiovasculares (principalmente derrame e infarto) foram citados como complicações atribuídas à hipertensão por 59,42%, e nefropatia e óbito foram citadas por 12,57% dos entrevistados. Já 33,14% não souberam informar sobre complicações da HA.

Em relação às formas de tratamento, 62,29% responderam que a medicação é necessária para o tratamento da doença, enquanto apenas 35,43% mencionaram a redução da ingestão de sal e 12,57%, uma alimentação saudável (incluindo a redução de gordura, doce e carboidratos). Também foram citadas outras medidas, como a prática de atividade física (5,14%), consultas ao médico (6,86%), monitoramento da pressão arterial (3,43%), ingestão de chá (3,43%), redução do consumo de álcool (2,86%) e cigarro (2,28%), e aumento da ingestão de água (1,71%). Porém, 10,86% dos entrevistados não souberam responder (Gráfico 2).

GRÁFICO 2: Formas de tratamento para a doença relatadas por hipertensos, Programa de Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, município de Teixeira-MG, Brasil (2005).



Discussão

Ao analisar o perfil da população estudada, observou-se que a prevalência de mulheres de 74,4% coincide com a encontrada no trabalho realizado por Araújo et al. (1999), de 75%, em estudo que buscava descrever o perfil dos diabéticos acompanhados em um posto de saúde. Já em estudo sobre o usuário hipertenso realizado por Lima (2004), a prevalência do sexo feminino foi de 51,75%.

No presente estudo, a idade média dos entrevistados foi de 63,59, semelhante à encontrada por Peres (2003) em estudo sobre atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas de portadores de hipertensão, que apresentou faixa etária média de 61,5 anos. A idade média encontrada em outro trabalho realizado com diabéticos foi de 53,9 anos (PACE et al., 2003); por sua vez, Guimarães e Takaynagui (2002) encontraram uma prevalência de 58,6% de indivíduos com idade superior a 60 anos.

Em relação à renda, Araújo et al. (1999) verificaram que praticamente metade (50,8%) dos indivíduos recebia entre um e três salários mínimos. Já em nosso estudo, a renda *per capita* mediana foi igual a 0,5 SM. Ao associar idade, escolaridade e renda dos entrevistados, foi possível verificar que grande parte destes eram idosos, de baixa escolaridade e com grandes restrições econômicas, aspectos importantes a serem levados em consideração na elaboração de estratégias de intervenção e cuidado à saúde.

Também em relação à grande proporção de indivíduos que viviam com companheiro (63,7%), estudos desenvolvidos por Guimarães e Takaynagui (2002) destacam ser este um fator positivo para a boa evolução do tratamento (65,5%), pois a presença do companheiro pode significar alguém com quem dividir os cuidados e angústias inerentes às doenças crônicas, presentes no dia-a-dia de todo ser humano.

Ao serem questionados sobre o conhecimento acerca de suas morbidades, o grande percentual de usuários que desconheciam o significado de suas doenças foi preocupante (69,14% dos hipertensos e 40% dos diabéticos). Pace et al. (2003), ao depararem em seu trabalho com respostas incorretas e vagas sobre o que seria o diabetes, alertaram que não se pode tratar ou mesmo prevenir aquilo que é desconhecido.

No presente estudo, quando indagados sobre o conceito da hipertensão arterial, observou-se que a maioria não soube responder o que era a doença (69,1%), enquanto 20% definiram a patologia como pressão alta. Resultado semelhante foi verificado

por Peres (2003), onde 38% da amostra não sabiam conceituar hipertensão arterial e 41% associaram a definição da patologia à de pressão alta. Em estudo realizado por Dell'Acqua (1997), observou-se também a dificuldade dos portadores de hipertensão em conceituar a doença, sendo que a maioria a associou com um determinado aspecto, como por exemplo, os fatores de risco, as complicações, os sintomas, entre outros. Isso demonstra que o desconhecimento do conceito da doença pelos hipertensos usuários representa um obstáculo para que o indivíduo possa realizar, com autonomia, um adequado autocontrole da doença.

O PSEF, como uma nova estratégia para ações em saúde, traz em seus princípios a importância do empoderamento/libertação da população usuária, que deve ser realizado por meio de atendimentos coletivos e educação sanitária, com o objetivo de contribuir para a construção de uma consciência sanitária e a viabilização da autonomia, materializando uma participação mais efetiva dos indivíduos no controle e domínio de suas morbidades e também de seus direitos e deveres (COTTA et al., 2006). Estratégias de empoderamento/libertação da comunidade supõem, entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, de planejamento e de execução de projetos e/ ou iniciativas sociais (OPAS, 2006; BOSI; MERCADO, 2004).

Em estudo sobre hipertensão realizado em população de baixa renda em Fortaleza, Ceará, no qual se buscou levantar conhecimentos sobre a doença hipertensiva, identificar comportamentos de risco e conhecer atitudes com relação a esses hábitos; foi observado que os entrevistados estabelecem relação entre as emoções e a ocorrência da HA. Quando questionados sobre o conceito, as causas, conseqüências e os sintomas da doença hipertensiva, os entrevistados citaram os problemas emocionais: ansiedade, depressão, angústia, desânimo, agitação dos nervos, estado de nervo, raiva, preocupação, estresse, dor de cabeça, dor na vista, tontura. Foi encontrado também que a pressão alta é concebida como problema do coração, alteração da temperatura do corpo e problema circulatório (LIMA et al., 2004). Estes achados vão ao encontro de nosso estudo, no qual 6,86% dos entrevistados atribuíram o conceito de hipertensão a algum fator de risco (hereditariedade, idade, ingestão de sal e fatores emocionais) sintoma (cefaléia) ou complicação (problemas cardiovasculares) e 4% responderam de forma vaga, como sangue grosso, sangue que agita ou doença perigosa.

Os principais fatores de risco citados para a hipertensão, ligados ao estado emocional seguido de uma alimentação inadequada, também foram encontrados em estudo realizado com idosos em Araraquara, São Paulo. O objetivo foi identificar as concepções da população quanto à etiologia da HA e a relevância dos diferentes sinais e sintomas que acompanham as doenças e os possíveis tratamentos, através de entrevistas estruturadas. Foram referidos como causas da hipertensão o estado emocional (nervosismo e estresse), uma alimentação inadequada com muita gordura e sal, e muitos não responderam, afirmando não terem idéia do que poderia ter causado a doença (CARVALHO et al., 1998).

Em estudo realizado por Lima et al. (2004), observou-se que houve associação entre a ocorrência da hipertensão e as emoções, por parte dos entrevistados, não se estabelecendo com certeza se a relação seria de efeito, causa ou definição. Tal resultado também foi encontrado por Peres et al. (2003), que relatam achados relacionados à etiologia da doença, principalmente a aspectos emocionais e hábitos alimentares inadequados.

No presente estudo, os fatores de risco mais mencionados foram os fatores emocionais (42,9%) e fatores dietéticos (17,1%), o que confirma o desconhecimento e a não-compreensão da natureza multifatorial da patologia, podendo dificultar a adesão ao tratamento da HA (PERES et al., 2003).

A elevada prevalência de indivíduos com diabetes que desconhecem os sinais clínicos das doenças (50%) é também um fato relevante. Em um posto de atenção primária à saúde, em Pelotas-RS, cerca de um terço dos pacientes teve o diabetes diagnosticado por ocasião da apresentação de sinais específicos de descompensação da doença, tais como a poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso (ARAÚJO et al., 1999). Estas dúvidas foram menores entre os pacientes hipertensos (12,57%). Mas as sensações de cefaléia, tonturas e fadiga também foram bastante lembradas no estudo de Araraquara (CARVALHO et al., 1998), sendo que a maioria dos entrevistados também procurou algum serviço de saúde após o aparecimento de um destes sintomas. No entanto, no mesmo estudo, outros entrevistados iniciaram o tratamento somente após graves complicações, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Entre os sintomas da hipertensão, os mais citados no presente estudo foram cefaléia (39,4%) e tonturas (29,7%), sendo estes alguns dos sintomas também encontrados em estudo realizado por Lima et al. (2004). Em estudo coordenado

por Carvalho et al. (1998) sobre as concepções da população idosa do município de Araraquara-SP quanto a etiologia da HA e relevância dos diferentes sinais e sintomas que acompanham a doença, a dor de cabeça e tonturas foram os sintomas mais freqüentemente citados. Vale ressaltar que mesmo a medicina caracterizando os sintomas da HA como inespecíficos, devido a seu caráter assintomático, na maioria das vezes as pessoas apresentam sintomatologia bem específica (LIMA et al., 2004). Daí a importância de a população saber reconhecer esses sinais, devendo ser alertada para a importância da realização de exames periódicos como forma de prevenção.

As principais complicações citadas pelos portadores diabéticos neste trabalho, tais como lesões na visão (30%), pé diabético (30%), problemas cardiovasculares (20%) e hipertensão (6,67%) também foram bastante freqüentes em usuários de um dos postos de saúde de Pelotas, onde houve a seguinte incidência de complicações: infarto agudo do miocárdio (6%), acidente vascular cerebral (5%), visão turva (48%), pressão arterial elevada > 140/90 mmHg (73,8%), diminuição ou ausência de reflexos (40%), alterações vasculares (29,9%), micoses (16,4%) e amputação de membros inferiores (3%) (ARAÚJO et al., 1999).

As complicações como doenças renais, visuais, cardíacas, vasculares e neuropáticas, citadas no presente estudo, também foram relatadas por familiares de pacientes de um Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia em São Paulo, sendo que 95,8% dos cuidadores souberam citá-las de forma correta ou parcialmente corretas. Por sua vez, 87,5% responderam afirmativamente para a possibilidade de complicações nos pés, como úlceras, amputações, micoses, má cicatrização e infecção (PACE et al., 2003). No presente estudo, mais da metade dos entrevistados (55%) considerou que o derrame e o infarto são as principais complicações da HA, estando de acordo com estudo realizado por Peres et al. (2003).

Por fim, no que tange ao tratamento, houve maior priorização da adoção de alimentação equilibrada como forma de manter o controle da doença entre os diabéticos do que entre os hipertensos. Neste último grupo, houve priorização do tratamento medicamentoso, em detrimento da adoção de estilos de vida saudáveis relacionados a dieta, prática de atividades físicas e redução do álcool, sal e fumo.

A alimentação também foi pouco priorizada entre os pacientes acompanhados por Araújo et al. (1999), dos quais apenas 28,4% seguiam dieta hipocalórica, embora a maioria (53,7%) fizesse o uso de adoçante. Embora não tenha havido

associação significativa, os pacientes que não seguiam um plano alimentar apresentaram risco duas vezes maior de obter um controle glicêmico insatisfatório. Este dado demonstra a necessidade da conscientização da população sobre a importância de uma alimentação adequada.

Vale ressaltar que a prevalência de pessoas que praticam alguma atividade física, encontrada neste estudo, também foi baixa (20,9%) quando comparada aos 68,6% que aderiram ao tratamento medicamentoso, dentre os quais 15% faziam uso de insulina (ARAÚJO et al., 1999).

Desta forma, apresenta-se como elemento fundamental do empoderamento/libertação o desenvolvimento do senso crítico relacionado à conscientização sanitária das pessoas. Este se dá a partir do acesso à informação e oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde (OPAS, 2006; FREIRE, 2003; COTTA et al., 2006). Com o empoderamento/libertação, procura-se combater a ordem naturalizada ou institucionalizada da dominação, ou seja, das ações verticalizadas e não-regionalizadas, construindo relações e ordens mais justas e equitativas. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos, para enfrentar e resolver problemas que atinjam a todos (OPAS, 2006; BOSI; MERCADO, 2004; COTTA et al., 2006).

Entretanto, estudo realizado por Pace et al (2003) verificou que 70,8% dos entrevistados afirmaram que o familiar diabético seguia algum plano alimentar adequado, enquanto apenas 33,3% praticavam algum tipo de exercício físico. Observa-se nesse ponto a pouca relevância dada às atividades físicas pelos pacientes e por seus familiares. Esta é uma prática importante, devendo os profissionais de saúde alertar para os cuidados com os membros inferiores, a fim de se evitar lesões e, conseqüentemente, neuropatias periféricas e autonômicas (PACE et al., 2003). Quanto ao uso de insulina, Pace et al. (2003) atribuem as dificuldades da sua utilização à falta de informação e treinamento adequados dos usuários para a autoaplicação, além das injúrias e complicações que ela pode acarretar com a freqüente reutilização de seringas e falta de revezamento dos locais de aplicação.

Em trabalho realizado com hipertensos, foram citados como forma de tratamento o uso de medicamentos, dieta recomendada pelo médico, evitando-se sal e comida gordurosa, e a importância da prática de exercício físico (CARVALHO et al., 1998).

O fato de os tratamentos muitas vezes serem centrados no uso de medicamentos pode ser decorrente das próprias orientações recebidas dos profissionais de saúde.

Guimarães e Takaynagui (2002), em estudo ligado a um Programa de Assistência ao Diabético, encontraram que apenas 17,2% da população haviam recebido orientações concernentes à dieta, à prática de atividade física e à medicação. Outros 82,8% relataram terem sido orientados apenas quanto à dieta e uso de medicamentos e somente 27% mencionaram terem sido aconselhados quanto às mudanças na alimentação antes de se introduzir a medicação. Outro fato confirmado nesse estudo foi a pequena participação de profissionais diferentes do médico no aconselhamento quanto ao tratamento da doença - 3,4% (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Nesse contexto, é importante mencionar os modelos de atenção à saúde. Em se tratando do modelo biomédico (flexneriano) - visão negativa de saúde, que centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade da categoria doença neste modelo -, sua aplicação a intervenções coletivas no bojo da tradicional saúde pública levaria a uma série de conseqüências indesejáveis, em particular a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças. Como resultado

tem-se a ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa, ou no máximo contemplando a prevenção das ditas doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações, por exemplo, toda a dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana (CAMARGO JR., 2007, p. 64).

Destarte, deve-se destacar o importante fenômeno da medicalização, termo que segundo Camargo Jr. (2007, p. 68), pode ser entendido pelo menos de duas maneiras:

por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”, e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos. Este seria talvez o principal exemplo de conseqüências indesejáveis trazidas pela naturalização das necessidades de saúde, uma vez que obscureceriam justamente o seu processo de produção através da medicalização.

Assim sendo, cresce cada vez mais o interesse pela promoção da saúde, baseada numa “concepção positiva” desta, que, visando a extrapolar o empobrecimento da simples prevenção das doenças, restaura em toda sua plenitude os valores mais amplos da vida (CAMARGO JR., 2007). Ainda segundo o mesmo autor,

Aquela idéia de medicalização de 30, quase 40 anos atrás, segundo a qual os médicos dominavam a sociedade, se algum dia foi correta, hoje em dia é claramente simplista e insuficiente. Porque existe todo um aparato de comunicação que prescinde da figura de qualquer profissional de saúde.(CAMARGO JR, 2008).

Portanto, pode-se afirmar que o empoderamento/libertação não é algo que pode ser feito a alguém por uma outra pessoa. Os agentes de mudança externos podem ser necessários como catalisadores iniciais, mas o impulso do processo se explica pela extensão e a rapidez com que as pessoas e suas organizações mudam a si mesmas. O que as políticas e as ações governamentais podem fazer é criar um ambiente favorável ou, opostamente, colocar barreiras ao processo de empoderamento/libertação (ROMANO; ANTUNES, 2002).

Para além da dialética entre a conscientização e participação -empoderamento/libertação -, vale assinalar a importância do *locus* dos serviços de saúde, especialmente do PSF, como microespaços de gestão de mudanças e configuração de práticas. São nesses espaços que se estabelecem relações capazes de mediar a estruturação de práticas fundamentais à construção da consciência e ao processo de participação. Neste sentido, o exercício da cidadania deve-se voltar para a garantia de autonomia, em seu sentido pleno, que se constrói na rede de experiências cotidianas como as que se processam no PSF, tendo como resultado o empoderamento/libertação dos usuários dos serviços. O processo de construção do empoderamento/libertação dos usuários insere-se, portanto, no espaço micro das relações entre usuários e profissionais de saúde, imersas nos significados ali produzidos, e que são continuamente reinterpretados e reinventados (BOSI; MERCADO, 2004; FREIRE, 2003; COTTA et al., 2006).

Considerações finais

De acordo com os resultados encontrados, foi possível observar entre os hipertensos e/ ou diabéticos usuários do PSF de Teixeira-MG uma predominância de indivíduos idosos, de baixa escolaridade e com grandes restrições econômicas. Aspectos importantes a serem levados em consideração na elaboração e implantação de estratégias e cuidados à saúde, uma vez que há necessidade de um trabalho mais específico para esse grupo populacional, que deve ser feito de forma clara e com o auxílio de recursos didáticos, atrativos e de fácil compreensão, já que muitos são indivíduos que não tiveram oportunidades de estudo e acesso a informações.

Em relação às doenças apresentadas pelos entrevistados, observou-se que grande parte destes desconhecia aspectos importantes de suas morbidades, como conceito e evolução da doença, conhecimento dos sintomas, fatores de risco, complicações e aspectos importantes do tratamento. Diante disso, percebe-se a importância da elaboração de estratégias de cuidado a estes grupos populacionais, voltadas à conscientização sanitária e aos fatores condicionantes e complicadores das enfermidades, visando a proporcionar uma educação em saúde mais efetiva, por meio do envolvimento do profissional de saúde com o usuário, que contribua para o empoderamento/libertação deste grupo populacional, tornando-se essenciais na viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção/control de enfermidades.

Por fim, vale ressaltar que a análise dos dados obtidos a partir deste estudo subsidiou a implantação de grupos operativos, objetivando não apenas informar, mas promover e investir em educação sanitária, levando à tomada de consciência de que saúde é direito de todos, sendo, portanto, dever de todos cuidar e promover mudanças em suas práticas, hábitos e estilos de vida. Uma educação sanitária de qualidade leva ao empoderamento/libertação das pessoas e grupos que dela participam. Essa participação dos usuários na dinâmica dos grupos operativos, destinados à promoção da saúde, implica favorecimento do seu empoderamento, que se traduz em ampliação da autonomia positiva dos sujeitos sociais, a partir do investimento em atenção básica.

Assim sendo, a participação comunitária nas atividades do PSF pode ser um fator significativo para melhorar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e a capacidade para enfrentar problemas, estando diretamente relacionada à construção da consciência sanitária e à viabilização do empoderamento/libertação, de modo a materializar novas conquistas no plano pessoal, familiar e coletivo.

Referências

Sen, A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001. 300p.

SEN, A. ¿Por qué la equidade en salud? *Pan American Journal of Public Health, Washington*, v.11, n.5-6, p. 302-309, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2003. 148p.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004. 245p.

- GARRAFA, V. *A inclusão social no contexto da bioética*. Conferência apresentada no Seminário Mensal julho/2005 da ANVISA, em Brasília-DF e no painel “Bioética: inclusão e justiça social”. VI Congresso Nacional da REDE UNIDA, Belo Horizonte: 2005.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16. p. 39-52, set.2004/fev.2005.
- ARAÚJO, R.B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, fev., 1999.
- BOSSI, M.L.M.; MERCADO, F.M. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus 2000. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popMG.def>> Acesso em: 12 dez. 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siabs.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabs.htm&obj=%24VObj&botaoook=OK>>. Acesso em: 12 dez. 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil*. Uma Análise de indicadores selecionados 1998-2004. Brasília: MS, 2006.
- CAMARGO JUNIOR, K.R. As Armadilhas da Concepção Positiva de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.
- CAMARGO JUNIOR, K.R. Entrevista: “O SUS vai dizer diferentes coisas para diferentes pessoas” *Boletim Integralidade em Saúde*. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=45&sid=20>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- CARVALHO, F, TELAROLLI JUNIOR, R, MACHADO, J.C.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 1998.
- COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Rev Epidemiol Ser. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006.
- DELL'ACQUA, M.C.Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, jul. 1997.

FAUR, L. et al. Sialic Acid, possible marker of angiopathic complications at diabetics type 2. *Rom J Morphol Embryol.*, v. 46, n. 4, p. 307-309, 2005.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GROSS, J.L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2002.

GUIMARÃES, F.P. de M.; TAKAYNAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento de portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan./abr., 2002.

HULLEY, S.B. et al. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: _____. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace, 1997. 264p.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.079-1.087, jul./ago., 2004.

LOBATO, B. L. et al. União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Oficina Regional Latino-Americana – UIPES/ORLA. BOLETIM DA SUB-REGIÃO BRASIL. Equidade, Compromisso Social e Qualidade de Vida. Número especial – Homenagem a Geraldo de Souza Pereira Lima. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/boletim3.htm>> Acesso em: 15 nov. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Saúde Coletiva. Participação Comunitária e Empoderamento. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=17&area=Conceito>>. Acesso em: 12 nov. 2006.

PACE, A.E.; NUNES, P.D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, mai./ jun., 2003.

PALLAS, J.M.A., VILLA, J.J. *Metodos de Investigacion Aplicados a la atención primaria de salud*. 2ª ed. Madrid: Mosby, 1995.

PERES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, out. 2003.

RICHARDSON, R.J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ªed. São Paulo: Atlas; 1999.

ROMANO, J.O., ANTUNES, M. *Empoderamento e direitos no combate à pobreza*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. 116p.

SARTORI, M.S. et al. Contribuição da glicemia pós-desjejum para o controle glicêmico do paciente com diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, v. 50, n. 1, fev. 2006.

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. de. Hábitos de salud y factores de riesgo en pacientes con hipertensión arterial. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Diagnóstico e Classificação*. Campos do Jordão-SP, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Diagnóstico e classificação*. Campos do Jordão-SP, 2006.

ZAITUNE, M.P. do A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

Notas

¹ Este estudo faz parte do projeto intitulado Consolidação do Sistema Único de Saúde: A Estratégia de Saúde da Família enquanto instrumento de reorganização do sistema de saúde local e estímulo à participação social, financiado pela FAPEMIG EDT – Processo n.075/05/2005.

² O empoderamento (empowerment) pode ser entendido como a ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, de acordo com a concepção do economista indiano Amartya Kumar Sen (SEN, 2001, 2002). Por outro lado, pode-se afirmar que o conceito de libertação do pensador brasileiro Paulo Freire (FREIRE, 2003, 2004), refere-se ao mesmo fenômeno expresso na palavra empoderamento, constituindo, segundo Garrafa (2005), excelente alternativa para a redução dos aspectos de inclusão social e resgate da cidadania, a uma mera questão de poder. Em decorrência disto neste estudo, utilizar-se-á o binômio empoderamento/libertação como forma de ampliar o entendimento de empoderar-se.

Abstract

Reflections on the knowledge of patients from the Family Health Program: the gap between technical and popular knowledge

This paper aims to evaluate the knowledge of the diabetic and high blood pressure patients from the Family Health Program in the city of Teixeira-MG, about their illnesses, aiming to develop their empowering/freedom strategies, essential to promote health, to prevent and control such diseases. It is a cross-sectional study, with semi-structured questionnaires, interviewing 10.33% of the high blood pressure and to 15% of the diabetic patients. Most patients were aged individuals, female, with low educational level and income. A total of 40.0% of the diabetic, and 69.14% of the high blood pressure patients could not define these diseases; 50% of the diabetic could not tell the cause and symptoms of their disease; 37.14% of the high blood pressure patients were unaware of the cause and 12.57% were unaware of their symptoms. In terms of the complications associated to their diseases, 33.14% of the diabetic and 33.33% of the high blood pressure patients were unaware of them. About 16.67% of the diabetic and 10.86% of the high blood pressure patients could not inform how to treat these diseases. It is important to implement health care strategies for these population groups, aiming awareness of health, its conditioning factors, and factors that complicate the diseases, so as to have a more effective health education process, once the changes in habits and awareness should always together be side by side - every transformation should be closely associated to the awareness of the situation which the subject lives. The latter takes the commitment of the health care staff, aiming a free and critical participation of the users, contributing to the empowering/freedom of this population, essential to the development of health promotion policies, prevention of disorders and diseases control.

► **Key words:** Family Health Program, empowering/freedom, high blood pressure, diabetes mellitus, health education.