

9 - 1 | 2021

A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA NO CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

The effectiveness of health education in the training of the person in control of Hypertension

La eficacia de la educación sanitaria en la formación de personas en el control de la Hipertensión Arterial

Rita Hipólito | Irene Santos | Anabela Cândido

Electronic version

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

Publisher

Revista UI_IPSantarém

Printed version

Date of publication: 21st June 2021 Number of pages: 122-134

ISSN: 2182-9608

Electronic reference

Hipólito, R.; Santos, I. & Cândido, A. (2021). *A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da hipertensão arterial. Nome do número. Revista da UI_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 122-134. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>*

A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA NO CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

The effectiveness of health education in the training of the person in control of Hypertension
La eficacia de la educación sanitaria en la formación de personas en el control de la Hipertensión Arterial

Rita Isabel Pires Hipólito

Mestranda no Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal
ritaisabelhipolito@hotmail.com

Irene Santos

Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS, Portugal
irene.santos@essaude.ipsantarem.pt

Anabela de Jesus Duarte Escabelado Cândido

Investigador da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UI_IPSantarem)
ESSS_UMIS, Portugal

Investigador Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) Área Científica Saúde Individual e Comunitária – Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

anabela.candido@essaude.ipsantarem.pt

ORCID Id:0000-0001-5462-268X

Ciência ID: F617-3192-1AD1

RESUMO

Este artigo adveio do trabalho realizado para a aquisição do grau de mestre em enfermagem comunitária, e refere-se ao estágio realizado na Freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca. Um estilo de vida saudável ajuda a controlar a Hipertensão Arterial e reduzir o risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; a educação para a saúde é uma estratégia importante na capacitação para escolhas apropriadas. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman fundamenta a intervenção desenvolvida, no reforço das linhas de resistência da Comunidade, sensibilizando para a adoção de estilos de vida saudáveis. Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, através do método PI[C]OD, com a questão: Existe efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial? Verificou-se que, o desenvolvimento de programas de educação para a saúde é efetivo na capacitação das pessoas no controlo da Hipertensão Arterial, promovendo uma mudança nos comportamentos e uma melhoria do estilo de vida.

Palavras-chave: Educação para a Saúde, Enfermagem, Hipertensão Arterial, Intervenção na Comunidade.

ABSTRACT

This article came from work undertaken for the acquisition of a master's degree in community nursing, and refers to the trainee in the parish of Ulme, municipality of Chamusca. A healthy lifestyle helps control high blood pressure and reduces the risk of cardiovascular and cerebrovascular diseases; health education is an important strategy in training for appropriate choices. The Betty Neuman systems model justifies the intervention developed, in strengthening the lines of resistance from the community, raising awareness for the adoption of healthy lifestyles.

Systematic literature review was conducted, through the method PI[C]OD, with the question: ***There is effectiveness of health education in the training of the person in control of hypertension?***

It was found that the development of programs of health education is effective in empowerment the people in control of hypertension by promoting a change in behaviour and lifestyle improvement.

Keywords: Health Promotion, Nursing, Hypertension, Intervention in the Community

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como disciplina e como profissão, tem atravessado, nos últimos anos, modificações a diferentes níveis que a impulsionam para um processo crescente de valorização, adequando-se cada vez melhor às mutações constantes das conjunturas sociopolíticas e às necessidades de saúde da sociedade atual, tendo-se valorizado ao longo dos tempos.

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (Collière, 2007).

Os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a conceptualização da prática, definindo uma linguagem própria da enfermagem. Através deles pretende-se conceptualizar o quê do cuidado de enfermagem, verificando-se o reforço da necessidade de distinguir a linguagem dos enfermeiros da linguagem dos médicos.

O Modelo Sistémico de Betty Neuman destaca-se das teorias e modelos de enfermagem que podem ser utilizados na abordagem à comunidade. Foi desenvolvido para melhor compreender a pessoa em interação com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

O Modelo de Neuman é utilizado na prática clínica, existindo parâmetros fundamentais na apreciação da comunidade como cliente, tais como o núcleo desta e seus subsistemas, as linhas de defesa, as linhas de resistência, os stressores e o grau de reação. Estes parâmetros funcionam como o ponto de partida para a elaboração do diagnóstico de enfermagem da comunidade, o qual permite uma orientação, não só para as metas de enfermagem, mas também para as suas intervenções (Neuman e Fawcett, 2011).

A harmonia ou o equilíbrio funcional mantém a integridade do sistema. O bem-estar existe quando as partes do sistema-cliente interagem em harmonia, e as necessidades do sistema são satisfeitas. A desarmonia (doença) entre as partes do sistema é o resultado da não satisfação das necessidades em diversos níveis. Neuman considera o seu modelo como um modelo de bem-estar; este indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas (Neuman e Fawcett, 2011). A relação entre ambiente e pessoa é recíproca. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, com todas as condições, circunstâncias ou influências, rodeando ou afetando o desenvolvimento da comunidade, que estão

dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente. A enfermagem é definida como uma profissão com uma visão holística e singular da comunidade, participando na apreciação da mesma, identificando e diagnosticando problemas capazes de serem resolvidos através de intervenções de enfermagem, planejando para a resolução do problema de saúde da comunidade, através de intervenções de enfermagem e avaliando o efeito destas (Neuman e Fawcett, 2011).

Pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária presta, este atua adotando uma abordagem sistêmica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistêmico de Betty Neuman (1995); este equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistêmica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

Segundo Neuman e Fawcett (2011), é possível a enfermagem desenvolver um conjunto de reforços às linhas de defesa, através da educação; quanto maior o nível de literacia em saúde da Pessoa, mais apta ela estará para enfrentar os stressores. Esta afirmação remete-nos para um conceito, a promoção da saúde, que surge como uma estratégia para reforçar as linhas de defesa do sistema.

Na conferência de Alma Ata (1978), foi pela primeira vez reconhecida a importância de as pessoas participarem no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde como sendo um direito e ao mesmo tempo um dever, que antes eram consideradas da exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde.

Anos mais tarde, na Declaração de Jacarta (1997), é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo da tomada de decisão para a promoção da sua saúde. Verifica-se o reconhecimento da pessoa, como sujeito ativo e central no seu processo de saúde, admitindo que esta é detentora de capacidades que lhe permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, além do reconhecimento da autonomia da pessoa, o enfermeiro, no exercício das suas funções, tem também o papel de a capacitar para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, numa lógica de parceria, incluindo a pessoa no planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

Na Carta de Ottawa (1986), definiu-se promoção da saúde como processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado bem-estar, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade da vida.

Profissionais de saúde e comunidade são parceiros no mesmo processo pelo qual se estimula o fortalecimento das linhas de resistência de cada pessoa/comunidade (Neuman, 1995).

A Promoção da Saúde é perspectivada como um processo participativo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio. É um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde.

O conceito de promoção de saúde defendido por Stanhope e Lancaster (2011) enquadra-se nas estratégias destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar físico, social e emocional de indivíduos, famílias e comunidades.

Não existe uma teoria ou modelo que domine a investigação ou a prática na promoção da Saúde. A escolha deve variar face a cada situação específica. Os enfermeiros têm competências para observar as necessidades em saúde e, assim, delinear estratégias de intervenção que podem ser utilizadas na consecução de objetivos.

Os enfermeiros têm um importante papel na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde.

Ao longo do século XX, as definições de saúde e de promoção da saúde foram evoluindo, e com elas, também o conceito de qualidade, chegando-se ao conceito de gestão da qualidade total assente no desenvolvimento sustentável. Ou seja, uma perspetiva integral da qualidade que envolve o todo, e que significa mais que a soma das suas partes, que pressupõe uma interface entre produtores e fornecedores de serviços e os clientes ou consumidores, que não pode ser imposta de fora da organização, mas que supõe uma cultura e filosofia de gestão, e que aponta para a melhoria contínua (Rocha, 2006).

As organizações de saúde vêem-se confrontadas com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam maior flexibilidade, eficiência e rigor, e profissionais empenhados e competentes de forma a garantirem a excelência da qualidade dos cuidados.

Donabedian (2003) refere-se a qualidade em saúde, como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes; acrescenta ainda que, definir qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. A qualidade em saúde deve ser entendida numa perspetiva global, envolvendo as componentes de estrutura, processo e resultado. A componente estrutura corresponde às características estáveis, espaço físico e recursos humanos; a componente processo refere-se à prestação dos cuidados segundo os padrões técnico-científicos estabelecidos; a componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, não se limitando apenas ao exercício do profissional que leva a mudanças no estado de saúde do cliente, bem como a satisfação do cliente e do profissional (Donabedian, 2003).

Embora os resultados constituam um indicador de qualidade dos cuidados prestados, há necessidade de avaliar, simultaneamente, as componentes de estruturas e processos para se conhecer as razões dos resultados obtidos, e assim, se poder planejar intervenções que levem à melhoria dos cuidados e alcançar a eficiência na gestão dos serviços (Donabedian, citado por D'Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

Donabedian (2003) alargou esses princípios, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade.

Destacamos dos sete: a eficácia, efetividade e a eficiência, porque são os conceitos que emergem na intervenção por nós desenvolvida. A Eficácia é a capacidade do cuidado contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do utente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

Efetividade é a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, se eleva ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. Eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo (Donabedian, 1990, citado por Righi, Schmidt e Venturini, 2010).

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, sendo responsáveis por 32% do total dos óbitos. A Hipertensão Arterial (HTA) é o fator de risco com maior prevalência.

A HTA é um grave problema de saúde a nível nacional e mundial. Designa-se de HTA, a todas as situações em que os valores de tensão arterial (TA) sistólica são superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg (Ministério da Saúde, 2014).

A necessidade de deteção precoce e adequado controlo da HTA assume em Portugal particular relevância, **dado que** se estima que a prevalência de HTA na população adulta seja de 43%, com uma taxa de controlo tensional não superior a 11% (Polónia *et al*, 2006).

Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações seja possível encontrar uma doença associada que é a verdadeira causa da mesma. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, *diabetes mellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc.

Segundo Polónia *et al* (2006), a HTA constitui um importante problema de saúde pública e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, bem como da doença coronária e insuficiência cardíaca. É uma das doenças crónicas com maior repercussão nos órgãos vitais. Para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA, e no melhor controlo da TA, é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade.

MÉTODO

A estratégia para encontrar a resposta adequada a determinado problema ou necessidade passa por planear. O planeamento pode ser entendido como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos (Imperatori e Giraldes, 1993).

É importante que intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária tenha por base o planeamento em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

O planeamento em saúde compreende três fases importantes: a **elaboração do plano**, a **execução** e a **avaliação** (Imperatori e Giraldes, 1993).

A primeira fase do planeamento em saúde é a **elaboração do plano**, a qual é composta por: **diagnóstico da situação**, **definição de prioridades**, **fixação de objetivos**, **seleção de estratégias**, **elaboração de programas e projetos**, **preparação para a execução** e **execução** dos mesmos.

O **diagnóstico da situação** funciona como a justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori e Giraldes, 1993).

No diagnóstico realizado constatou-se uma elevada percentagem de utentes hipertensos. Do total da amostra (50 utentes), 36 são hipertensos, isto é, 72%. Destes, 66% (33) utentes referem tomar medicação anti-hipertensiva.

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários propõe, uma reorganização dos centros de saúde, que consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam os centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os problemas de saúde da comunidade e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. Neste sentido, esta reestruturação cria, entre outras, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Estas unidades são coordenadas por enfermeiros e, neste âmbito, os enfermeiros apresentam-se como um recurso qualificado, com competências científicas, técnicas e humanas, sendo estas competências indispensáveis à sua implementação.

Os profissionais da UCC integram e articulam as respostas existentes na comunidade, face às necessidades das pessoas e famílias, constituindo-se como a estrutura que une e articula todos os atores locais na intervenção comunitária.

Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade nestas unidades têm a responsabilidade na identificação dos problemas de saúde, vigilância e determinação do perfil epidemiológico de âmbito geodemográfico, dinamização e coordenação de programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Participam, ainda, em projetos de intervenção comunitária, em parceria com outras instituições da comunidade, e com a rede social no âmbito da intervenção a pessoas e famílias.

Esta intervenção foi desenvolvida após um diagnóstico de saúde à comunidade, onde foi constatada uma elevada percentagem de pessoas com HTA.

Após a definição de prioridades, passamos a outra etapa do planeamento em saúde: **a fixação de objetivos**, onde se definem quais, como os alcançar face aos problemas diagnosticados e às prioridades definidas, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica, a atividade desenvolvida ou resultado esperado, e uma população em risco. (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta etapa é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

Definimos como **objetivos da intervenção realizada**: caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo relativamente ao controlo da Tensão Arterial; aumentar os conhecimentos do grupo sobre a HTA; e incentivar a mudança de comportamentos, nomeadamente do uso da quantidade adequada de sal por dia, compensando com o consumo de ervas aromáticas, e ainda, a prática de exercício físico.

Para atingir os objetivos a que nos propomos, selecionámos as **estratégias**, as quais consistem num conjunto coerente de técnicas específicas organizadas, com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori e Giraldes, 1993).

A estratégia escolhida para desenvolver a intervenção “Cuide do seu Coração” foi a realização de sessões de educação para a saúde, de acordo com Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012).

Seguindo as etapas do planeamento em saúde foi necessário a **definição de indicadores e metas**. Imperatori e Giraldes (1993) sugerem a definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo.

Como objetivos definimos: a realização de todas as sessões planeadas, redução do uso de sal por dia, aumentar o uso de ervas aromáticas e aumentar a prática de exercício físico.

Para Stanhope e Lancaster (2011), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Deste modo, os cuidados devem ser planeados, coordenados e adequados às necessidades do utente, por profissionais capazes e preparados para tal.

Após a elaboração do cronograma, passámos à elaboração das sessões que compõem o Curso “Cuide do seu Coração, e para tal, baseamo-nos nos artigos encontrados na revisão sistemática da literatura realizada.

Após o planeamento e divulgação da intervenção passámos à execução da mesma.

Na fase da **execução** procurou-se pôr em prática o planeado, bem como atingir os objetivos, dentro do friso cronológico a que nos tínhamos proposto.

A **avaliação** é a última fase do planeamento. Segundo Tavares (1990), a principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento, Imperatori e Giraldes (1993) dizem-nos que terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

RESULTADOS

Durante a execução fomos recolhendo dados, assim como realizando questionários antes de cada sessão; nesta etapa fazemos a apreciação da informação recolhida, que apresentamos no quadro seguinte.

Quadro nº 1 – Caracterização dos comportamentos e suas mudanças

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE – ANTES DA INTERVENÇÃO	COMPORTAMENTOS DE SAÚDE - APÓS A INTERVENÇÃO
Em média, ingerem 4 refeições por dia e bebem 1 L de água.	Passaram a realizar 6 refeições por dia e a ingerir 1,5 L de água Moderaram o consumo de enlatados
80% refere colocar uma colher de sopa de sal e 20% refere colocar uma colher de sobremesa por dia	Redução da ingestão de sal para menos de 5 gr por dia (dose diária recomendada)
80 % refere colocar uma colher de Sopa de azeite	Redução na ingestão de gorduras
100% utiliza azeite, como a sua gordura de eleição	Não alterado
44,4% utiliza ervas aromáticas	Aumento do consumo de ervas aromáticas
66,7% refere ingerir fruta todos os dias e 33,3 % refere ingerir às vezes. 60% refere ingerir 1 a 2 peças de fruta e 40% ingere 3 a 4 peças de fruta/dia.	Aumento no consumo de fruta
50% faz caminhadas 3 vezes por semana	Aumento do número de pessoas (25%) que fazem caminhada

A OMS estabeleceu, em 2013, uma meta de redução global no consumo de sal na dieta, e deu orientação para reduzir a ingestão média de sal na população para valores menores ou iguais a 5 gramas por dia, isto é, menos do que uma colher de sobremesa (DGS, 2013). Todos os participantes referem consumir por dia mais do que a quantidade recomendada pela OMS.

Segundo DGS (2013), a situação económica de muitas famílias potencia consumos aumentados de produtos preservados com sal, nomeadamente conservas e processados de carne, que nestas condições acabam por substituir total ou parcialmente algumas refeições, aumentando as ingestões médias de sal. Nestas mesmas situações, o consumo de produtos hortícolas e frutos frescos acaba por ser reduzido.

Consideramos que o interesse deste grupo ficou bem patente pela motivação e empenho, na presença continua ao longo do curso, e pela atenção e participação demonstradas durante as sessões, assim como na intenção e determinação na mudança de comportamentos.

Embora o período de tempo em que decorreu a intervenção fosse curto para observar, no grupo, grandes mudanças de estilo de vida, consideramos que pequenos passos foram dados, a avaliar pelas alterações de comportamento demonstradas.

No sentido de sistematizar o estado da arte e basear a prática na melhor evidência científica, realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura.

Foi utilizado o método PI[C]OD: Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados (Outcomes) e Tipo de Estudo (Desenho) (Melnik & Fineout-Overholt, 2011), na elaboração da questão de pesquisa, e na definição dos critérios de inclusão e de exclusão.

Partindo da conceptualização apresentada definiu-se a seguinte questão:

Qual a efetividade (O) da educação para a saúde (I) na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial (P)?

A figura 1 representa esquematicamente o processo desenvolvido.

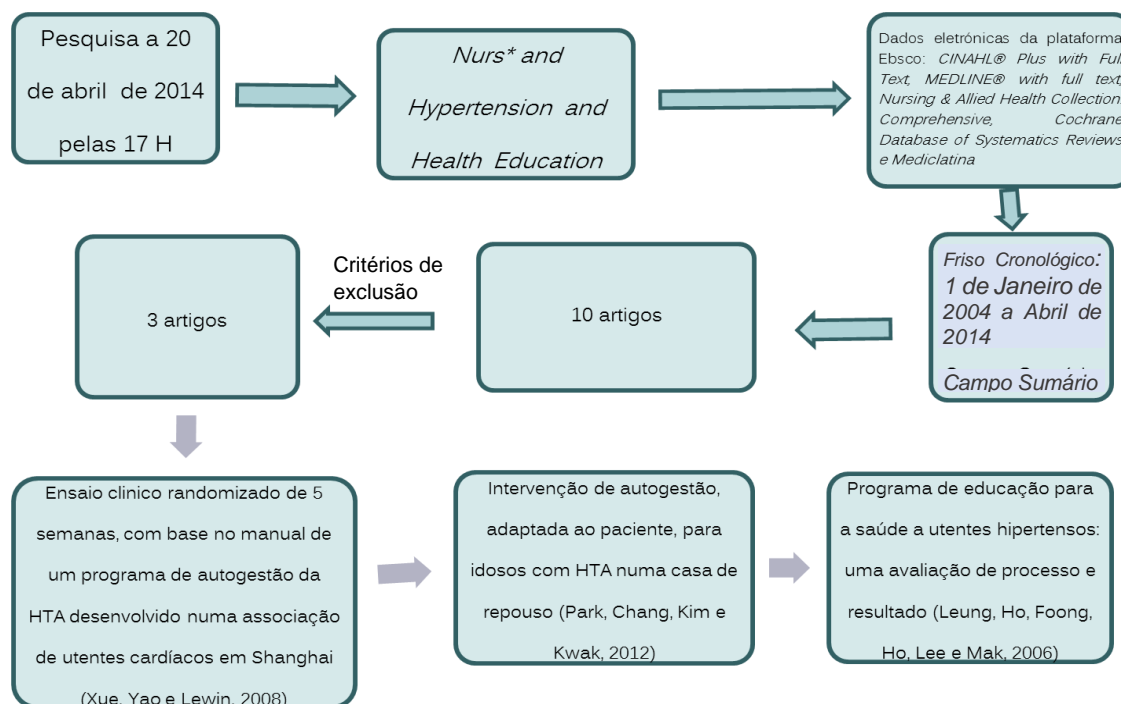


Figura nº1: Estratégia de Pesquisa

Da análise dos artigos evidenciamos os principais aspetos que tivemos em conta na intervenção realizada. O artigo de Xue, Yao e Lewin (2008), apresenta um ensaio clinico randomizado de 5 semanas, com base no manual de um programa de autogestão da hipertensão, desenvolvido numa associação de utentes cardíacos, em Shanghai. O contributo deste artigo para o planeamento da intervenção foi bastante significativo, orientando para os temas a abordar em cada sessão, assim como para os parâmetros biológicos a avaliar, nomeadamente a Tensão Arterial, e o IMC.

O artigo de Park *et al* (2012), teve como objetivo, avaliar a intervenção de autogestão, adaptada ao paciente, para idosos com hipertensão arterial numa casa de repouso. Este mostrou-se importante para a intervenção desenvolvida, uma vez que é bastante evidente a importância de sessões de educação para a saúde, na capacitação dos utentes, e ainda, contribuiu para a elaboração das sessões e dos temas a abordar, desde à alimentação ao exercício físico, bem como para a elaboração dos questionários aplicados, antes do início de cada sessão.

No artigo de Leung *et al* (2006), os objetivos do estudo foram explorar as expectativas, realizações e opiniões dos utentes do programa de educação para a saúde, a pequenos grupos de utentes hipertensos. Na apresentação dos resultados destaca-se que, apesar das expectativas diferentes dos enfermeiros e utentes, metade dos mesmos relataram ter adotado comportamentos que melhoram a saúde (Leung *et al*, 2006).

A avaliação do processo, pode ajudar, na identificação das condições necessárias para a implementação bem-sucedida, de programas de educação para a saúde. Os enfermeiros, precisam ter, uma compreensão clara dos objetivos do programa de educação para a saúde, antes da sua implementação, com vista a evitar uma incompatibilidade de expectativas, entre os enfermeiros e os participantes. É fundamental que estes sejam informados das metas da intervenção, para evitar uma incompatibilidade de expectativas entre educadores e destinatários, que pode levar a decepção dos participantes.

Nos estudos de Leung *et al* (2006), Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012), evidencia-se a importância da educação para a saúde, como estratégia de promoção da saúde, com vista à capacitação do utente. Sobressai, ainda, o papel importante que os enfermeiros têm na promoção da saúde, como elementos dinamizadores e, também, profissionais privilegiados pelo contato próximo, que possuem junto das pessoas. Este contato próximo é bastante valorizado, e é também à proximidade enfermeiro-utente que é atribuído o sucesso das ações educativas desenvolvidas.

Para Leung *et al* (2005), Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012), é bastante evidente a importância da proximidade enfermeiro-utente e a continuação da intervenção, por isso mesmo, propomos o acompanhamento do grupo que integrou o curso, através de sessões de 2 em 2 meses para avaliação dos sinais vitais, para posterior comparação com os dados iniciais, bem como esclarecimento de dúvidas e reforço dos assuntos abordados anteriormente.

A educação para a saúde, em utentes hipertensos é reconhecida pelo seu potencial para reduzir custos, tanto ao nível da prescrição de medicação anti-hipertensiva, como na prevenção de internamentos, uma vez que favorece a promoção do autocuidado e responsabiliza a pessoa pela sua própria saúde. De modo a capacitar os utentes, é importante que, os enfermeiros privilegiem uma atuação direcionada às necessidades da população.

De referir que, na nossa pesquisa nas bases de dados científicas, não foi identificada nenhuma publicação nacional, à data da RSL. Contudo, posteriormente, obtivemos o seguinte artigo: “Prevalência, Caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal”, de Perdigão *et al* (2009).

Neste artigo, ficámos a conhecer a realidade portuguesa em 2006/2007, de que salientamos: a prevalência de utentes com hipertensão mostrou que era superior nas mulheres, com mais de 70 anos, sem ou com um baixo nível de escolaridade, nas obesas e nas que não praticam exercício físico; estes dados vão ao encontro dos resultados que reunimos na freguesia de Ulme.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os enfermeiros devem: identificar a situação de saúde da população e dos recursos da comunidade; criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cidadão, ajudando os utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária desenvolve programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, na consecução de projetos de saúde colectiva, evidenciam-se entre outros, as atividades de educação para a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É essencial, que o enfermeiro especialista possua as competências, que lhe permitem implementar, dinâmicas de intervenção promotoras da saúde, da autonomia e do empoderamento do cidadão, para a construção dos seus projetos de saúde.

A intervenção foi desenvolvida com o intuito de capacitar os utentes hipertensos, com vista a mudar comportamentos com o objetivo de adoção de estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é uma área em evolução, sendo compreendida como parte essencial para alcançar resultados e ganhos em saúde. Esta foi assumida como uma estratégia na intervenção, num contexto onde os cuidados de saúde, cada vez mais, exigem um conjunto de atributos e qualificações, para resposta a situações específicas e complexas.

O investimento na literacia em saúde e capacitação dos cidadãos para a adoção de estilos de vida saudáveis, a par do reforço das medidas de prevenção secundária e terciária, permitirá a obtenção de mais ganhos em saúde, em qualidade de vida e em produtividade. As estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde dependem da intervenção programada, em determinadas áreas, nomeadamente na participação e capacitação dos utentes (PNS, 2012-2016).

O empoderamento do utente tem mostrado melhoria da gestão da doença, na utilização dos serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida. A enfermagem comunitária é, deste modo, convidada a intervir junto da população, valorizando-a e empoderando-a numa relação de parceria (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

A efetividade da Educação para a Saúde consiste em produzir o efeito desejado, ou seja, obter uma determinada mudança no comportamento dos indivíduos expostos a determinados fatores de risco, ou gerar ganhos em saúde (Ferreira, 2010). O ‘empowerment’ é central na filosofia e prática da promoção da saúde para assim desenvolver ou reforçar as competências individuais (Tones, 1994, citado por Ferreira, 2010).

Os enfermeiros devem estar atentos para o fato de que na educação para a saúde, estes e os utentes devem ser parceiros no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que os profissionais resolvam os problemas pelo utente, mas sim que os resolvam em colaboração com ele. Este olhar sobre a relação enfermeiro-utente, posiciona-nos no Paradigma da Transformação, onde o enfermeiro e a pessoa são parceiros, e a pessoa participa ativamente no seu projeto de saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção apresentada foi implementada num grupo constituído por 39 utentes da Vila de Ulme, Concelho da Chamusca. O grupo era composto, maioritariamente, por mulheres, com mais de 65 anos, casadas, e com baixo grau de instrução. Na sua maioria, faziam caminhadas, porém, ingeriam sal em excesso. O grupo mostrou-se sempre interessado e participativo, o que contribuiu para que a intervenção desenvolvida fosse bem sucedida.

O projeto “Cuide do seu Coração” foi, para nós, uma grande aprendizagem, desde o planeamento, à execução e avaliação, e ainda, o sair do centro de saúde para as ruas de Ulme, pelo contacto direto com o grupo e por poder estar embebida do ambiente em que o grupo vive.

No global, em função das atividades desenvolvidas anteriormente, e já submetidas a uma apreciação crítica, podemos concluir que os objetivos foram alcançados na sua globalidade, tendo sido necessário mobilizar e articular recursos e competências de diversa natureza, em tempo considerado oportuno.

O enfermeiro especialista é um elemento dinamizador pelo contacto próximo e conhecimento aprofundado que possui do utente, família e comunidade. A abordagem especializada, tendo em conta as respostas humanas, num *continuum* de saúde/doença, ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010), pensamos ter sido conseguida na intervenção desenvolvida.

Colaborações:

Hipólito, Rita - contribuiu com o desenvolvimento do estudo e a redação do artigo;

Santos, Irene - contribuiu com a orientação da conceção do estudo e do desenvolvimento do projeto de que resulta o artigo, bem como a visão crítica do conteúdo científico do mesmo.

Cândido, Anabela - contribuiu com revisão crítica do conteúdo científico do artigo.

REFERENCIAS (principais)

- Conferência de Alma Ata (1978) Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm.
- Declaração de Jacarta (1997) Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm
- Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Acedido em 15 de Março de 2014 em <http://pns.dgs.pt>.
- Donabedian, A. (2003) – An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Melnyk, B.M. e Fineout-Overholt, E. (2011) Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams &Wilkins.
- Ministério da Saúde (2014) *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. – Acedido a 15 de Março de 2014 em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Neuman, B. e Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model*. 5ª Edition. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- Park, Y., Chang, H., Kim, J. e Kwak, J. (2012) Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 710–722.
- Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J., Santos, A. e Macedo, A. (2009) Prevalência, Caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Vol. 30.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª edição) Loures: Lusodidata
- Tavares, A. (1990). *Cadernos de formação nº 2 - Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de recursos humanos da saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
- Xue, F., Yao, W. e Lewin, R. (2008) *A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai*. *BMC Cardiovascular Disorders*, 8 (10)