

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Que sentido é atribuído ao Cuidado de Saúde pelas pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cotidiano dos serviços de Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte? Esta pergunta conduziu à proposta da realização desta pesquisa, pois a prática de saúde no município tem evidenciado que há dificuldades dos profissionais para efetivar o cuidado a estes usuários na perspectiva dialógica.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não infecciosa (DCNI) assintomática. Por acometer aproximadamente 17 milhões de brasileiros com idade acima dos 40 anos, ou seja, 35% da população em geral (IBGE, 2004), a hipertensão arterial é um dos maiores problemas da saúde pública em nosso país, decerto, por provocar milhares de mortes anuais e também por gerar altos custos financeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

A elevação da pressão arterial é fator de risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular. Em 40% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) com óbito e em 25% dos casos das doenças coronarianas, os indivíduos apresentaram pressão arterial (PA) fora dos padrões estabelecidos como normais no decorrer das suas vidas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007a).

São consideradas pessoas com hipertensão arterial aquelas cujos valores pressóricos apresentam a pressão arterial sistólica igual ou maior do que 130 mmHg e a pressão arterial diastólica igual ou superior a 85 mmHg. Estes parâmetros são considerados limítrofes para o diagnóstico da doença em adultos. Também deve ser considerada na avaliação a coexistência de fatores de risco, lesões em órgãos alvo e doenças associadas para estratificação de risco

(SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006).

Em relação às práticas de cuidados com a saúde das pessoas com hipertensão arterial construídas no cotidiano das unidades básicas e domicílios, à primeira aproximação, no que diz respeito ao acompanhamento e controle da hipertensão arterial, estas parecem estar longe do que é preconizado e orientado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente, pela ausência de comportamentos individuais dos usuários compatíveis com a prevenção das complicações decorrentes do mau controle pressórico.

É importante considerar que na APS, onde se dá o maior volume de atendimentos a esta clientela, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está voltada para reorganização do modelo assistencial e das práticas de cuidado ao grupo de portadores da HAS e no seu cotidiano prioriza as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população. Em relação às pessoas com hipertensão arterial, a ESF se utiliza de várias ações que incluem aferição da pressão arterial, consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas individuais e coletivas na comunidade e acesso ao tratamento apropriado nos demais níveis hierárquicos do sistema de saúde. As equipes da ESF devem trabalhar com o intuito de identificar precocemente os casos de pressão alta entre sua clientela adscrita, acompanhá-los adequadamente, orientando-os sobre a manutenção dos parâmetros pressóricos em níveis normais e os riscos decorrentes da sua elevação (BRASIL, 2004; 2006).

Ressalta-se que um dos elementos diferenciadores da Estratégia Saúde da Família é a vinculação do usuário a uma equipe multidisciplinar, que trabalha na perspectiva da integralidade dos cuidados, o que favorece a promoção da saúde, realização de ações educativas individuais e coletivas, visando maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários e suas famílias (SAITO, 2008).

Como problemática de vida, ser acometido pela HAS determina necessárias e imediatas mudanças no modo de viver das pessoas, individual ou coletivamente. O tratamento apropriado à pessoa com hipertensão arterial requer o desenvolvimento de ações em saúde interdisciplinares e intersetoriais, pois este

problema não é exclusivo do setor saúde e requer o compromisso de todos os setores sociais que lidam direta ou indiretamente com questões de cidadania e direitos sociais, dentre as quais, o setor saúde é integrante desta rede. A saúde é mais do que cuidar ou curar as doenças, é direito de cidadania, inclui aspectos do cuidado ao corpo biológico, social e existencial, portanto, é um modo positivo de viver, ainda que coexistam adversidades.

A equipe de saúde deve orientar o usuário sobre a manutenção da pressão arterial (PA) em parâmetros normais, realização de consultas médicas, de enfermagem e de outras especialidades quando necessárias, aferição constante da pressão arterial, adesão consciente para tomada da medicação prescrita, necessidade de incorporar hábitos saudáveis ao cotidiano de pessoas com hipertensão arterial ou não (controle de peso, padrão alimentar adequado, redução do consumo de sal, eliminação do fumo, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico sem associação ao trabalho diário, controle do estresse psicossomático, estímulo a atividades educativas e de lazer individuais e em grupo), participação em atividades que melhorem a capacidade mental e a interação social desses indivíduos ao meio social em que vivem (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006; BRASIL, 2009b).

Trajetória Profissional e sua relação com a pesquisa

Desde a época de minha graduação como enfermeira, em 2000, estive envolvida com a assistência individual e coletiva em serviços de saúde no município de Pau dos Ferros/RN. Trabalhei por oito anos como plantonista voluntária no Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade e por três anos como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, período em que acumulei as duas atividades.

Estas experiências me impulsionaram o desejo de contribuir com o cuidado aos usuários com hipertensão arterial, pois percebia que chegavam à unidade hospitalar desconhecendo como controlar a pressão arterial em parâmetros aceitáveis e seguros para si, mesmo referindo atendimento recebido

das equipes de saúde nos serviços de atenção primária. Outros, ao serem atendidos na emergência hospitalar por motivos diversos, durante a triagem se surpreendiam ao serem informados que estavam com a pressão arterial elevada e que, portanto, seriam prováveis pessoas com HAS, não captados nos trabalhos de busca ativa realizados pelas equipes de saúde.

Ao mesmo tempo em que recebia os usuários na unidade saúde da família (USF) e orientava-os sobre a manutenção de hábitos de vida saudáveis, ingestão diária da medicação, também os atendia na situação de pacientes com problemas agudos relacionados à elevação pressórica. Esse cotidiano me inquietava bastante, levando-me a discutir com outros colegas o porquê deste panorama em nosso pequeno município.

Por que esta situação era tão frequente em um município com cobertura total da Estratégia Saúde da Família? Quais as dificuldades para que o acompanhamento na Atenção Primária não propiciasse a devida qualidade de vida e saúde destes indivíduos e, assim, a diminuição das hospitalizações decorrentes do mau controle pressórico? No cotidiano em que atuava eram rotineiros os casos de insuficiência cardíaca e renal, AVE, infarto do miocárdio, crises hipertensivas em adultos, sendo que muitos desses clientes tinham hipertensão e eram acompanhados pela equipe saúde da família nas suas áreas adscritas.

Por várias vezes me perguntei qual o papel do enfermeiro no acompanhamento destes usuários na APS, pois entendo que este profissional, dentre os demais da equipe, é o que atua mais próximo das realidades de vida da população. Em se tratando da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro está sempre envolvido com as múltiplas atividades da equipe na prevenção de agravos e doenças, na promoção, proteção e recuperação da saúde, contribuindo para a efetivação das políticas sociais no campo sanitário (BRASIL, 2002a).

Mesmo diante dessa realidade de atuação do enfermeiro na ESF, notava a cada caso de urgência associado à hipertensão arterial que adentrava no hospital, que o usuário pouco sabia de sua saúde, da necessidade de controle pressórico e das orientações recebidas dos enfermeiros das equipes. Chamava-

me atenção que estes usuários atendidos no hospital pouco relataram do atendimento recebido destes profissionais nas unidades básicas de saúde.

Quando questionados sobre o que havia sido orientado pelo enfermeiro em relação ao cuidado com o controle pressórico, os usuários, por vezes, mencionavam vagamente a participação em palestras (eventuais) e a busca do serviço de saúde para renovar a receita mensal para a dispensa farmacêutica na unidade de saúde, quando estes fármacos integravam a lista da farmácia básica e eram disponibilizados gratuitamente pela gestão local de saúde.

Como prestar um cuidado de saúde para esse grupo de forma a melhorar a sua vida e sua saúde? Como realizar o cuidado de enfermagem que ultrapasse o aspecto biológico do adoecimento do corpo? O usuário com HAS, por vezes, era tratado apenas com medicamentos ou limitando-se à realização de consultas médicas por ocasião de não estarem se sentindo bem ou para resolver agudidades decorrentes do não tratamento apropriado da hipertensão, com forte relação com seu estilo de vida.

Com isso, refletia no meu cotidiano assistencial que não bastava deter o conhecimento do que é importante para o tratamento adequado da hipertensão arterial. Sentia a necessidade de envolver os profissionais das equipes no nível primário e secundário para uma atuação que favorecesse a mudança nos modos de vida das pessoas com HAS, em relação aos cuidados para o controle pressórico, e que tais ações pudessem ser construídas corresponsavelmente no cotidiano dos serviços e comunidade, resgatando, aos usuários, a saúde como estado de equilíbrio¹.

Outra marcante experiência profissional foi minha atuação no ensino de enfermagem no nível médio entre os anos de 2001 e 2005, na qual as discussões em sala de aula com os alunos voltavam-se à efetivação do cuidado em

¹ Neste estudo adotar-se-á o conceito de saúde de Hans-Georg Gadamer. “A melhor maneira para entender o que seja saúde é imaginá-la como um estado de equilíbrio. O equilíbrio é como a ausência de gravidade, já que os pesos se compensam. A perturbação do equilíbrio somente pode ser afastada através de um contrapeso. Mas, a cada tentativa de compensar uma perturbação com um contrapeso, já acontece a ameaça de uma nova perda inversa de equilíbrio. [Portanto], (...) a manutenção do equilíbrio é um modelo bem instrutivo (...) que mostra que há perigo de toda intervenção. Sempre há ameaça de se fazer demais. (...) [Sobre Saúde], ela é o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar (GADAMER, 2006, p. 119).

enfermagem a todos os grupos nos seus distintos ciclos de vida e do processo saúde-doença, individual e coletivamente. Assim, a enfermagem era pensada na perspectiva da efetivação do trabalho coletivo em saúde. Esta prática docente positiva me influenciou para, em 2004, iniciar o desafio de ensinar no curso graduação em Enfermagem no Campus Avançado Profa. Maria Elisa Albuquerque Maia (CAMEAM), recém-criado na cidade de Pau dos Ferros pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Ao retornar à Academia, agora como docente de educação superior em enfermagem, abriu-se novo leque de oportunidades de atuação na formação de enfermeiros, pois nesta etapa pude conjugar as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Assim, busquei discutir com os estudantes da graduação durante as disciplinas ministradas um modo de cuidar mais próximo dos problemas e necessidades de saúde da população com possibilidade de construção de vínculos entre os enfermeiros e os usuários com hipertensão arterial, de forma que as práticas de ensino vivenciadas junto aos alunos da graduação fossem integrativas do trabalho docente ao cuidado na assistência individual e coletiva.

Minhas vivências como enfermeira e docente possibilitaram discutir o cuidado de enfermagem às pessoas com hipertensão arterial numa perspectiva integral, compreendendo os sentidos que a vida e a saúde têm para eles, contribuindo com o retorno a seu equilíbrio, pois o homem não é um ser doente por natureza, ao contrário, a doença se manifesta como uma perturbação deste equilíbrio, e, nesse caso, é ela que necessita de tratamento (GADAMER, 2006)

Penso que cabe aos profissionais de saúde e ao enfermeiro ajudar a pessoa com hipertensão arterial na manutenção da condição de 'estar saudável', de sentir-se bem, mesmo diante de certas limitações, para desenvolver suas atividades cotidianas, pois ter uma doença crônica não infecciosa como a hipertensão arterial, que irá acompanhá-lo no seu existir, não pode se configurar como uma situação de sofrimento permanente no mundo de vida dessas pessoas.

Com este horizonte, na oportunidade de realizar o curso de mestrado acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde na Universidade Estadual do Ceará (CMACCLIS/UECE) decidi estudar a interface do cuidado realizado por enfermeiros da ESF junto aos usuários com HAS em Pau dos Ferros/RN.

Pretendia com a pesquisa compreender como ocorriam as ações de cuidado dos enfermeiros junto a este grupo para manutenção do controle da hipertensão arterial e como esses usuários realizavam seu cuidado pessoal para alcançarem a saúde/equilíbrio, considerando sua condição de doente crônico.

Entendo que a hipertensão arterial não pode ser considerada uma doença, no sentido limitante ou incapacitante. Este entendimento conceitual determina que se categorize o 'ser doente crônico' como indivíduo incapaz de levar a vida normalmente. Na visão de Gadamer (2006) a doença é somente a perturbação do estado de equilíbrio, que é a saúde do ponto de vista da experiência dos indivíduos, que se processa no movimento da vida. Dessa forma, é a doença que requer cuidados, pois se configura como situação momentânea e é nesse momento que o homem se encontra sob tratamento. Por sua vez, o tratamento, se mal conduzido, pode levar a sérios problemas biológicos, sociais e psicológicos limitantes da execução de atividades cotidianas pelos indivíduos acometidos por HAS.

Nesse sentido, Costa (2006, p. 31) afirma que investir na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle da hipertensão na atenção primária representam o caminho a ser trilhado e, ao mesmo tempo, o grande desafio, sobretudo, pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e suas implicações negativas no impacto da saúde das populações, enquanto fator de risco para outros problemas de saúde.

Pesquisar no campo da saúde devido à natureza de seu objeto, das dimensões objetivas e subjetivas que este assume, enquanto realidade social requer dos pesquisadores das ciências da saúde assumir novas posturas epistemológicas de abordagens teóricas e metodológicas no processo investigativo.

Como possibilidade de construção do pensamento em pesquisa social, a hermenêutica desponta como contribuição oriunda do exercício das ciências humanas e sociais no campo das ciências da saúde. A partir do diálogo entre os conhecimentos disciplinares, é possível a construção das bases para o entendimento da experiência humana na compreensão do mundo da vida, incluindo, ao mesmo tempo, o processo da intersubjetividade e objetivação

humana em um contexto determinado e de como as diversas realidades de vida interferem nos processos interpretativos da saúde (MINAYO, 2008a).

Acredito que este estudo, aproximando-se da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer, possa esclarecer os modos de cuidar prestados pelo enfermeiro a pessoas com HAS na Estratégia Saúde da Família, de forma que o acompanhamento profissional realizado seja resolutivo na saúde e na vida deste grupo de usuários.

A hermenêutica, enquanto possibilidade metodológica para pesquisar a realidade em saúde, tem a noção do ato de compreender no centro de sua elaboração, mas não apenas um 'compreender' como um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, num movimento de pertencimento ao ser daquilo que é compreendido. Compreensão remonta à noção de entendimento, ou seja, uns se entenderem com os outros, a partir dos processos de produção da linguagem. Cabe como tarefa da hermenêutica buscar esclarecer as condições sob as quais os discursos surgem e são produzidos no cotidiano (MINAYO, 2008a; GADAMER, 2008a).

Ao final da pesquisa espero contribuir para mudanças no sistema local de saúde, no que concerne ao planejamento, execução e avaliação das práticas de cuidado direcionadas aos usuários com hipertensão arterial, garantindo-lhes saúde como direito de cidadania e cuidado integral e multidisciplinar. Compartilho com o entendimento de que a pesquisa em saúde deve ser pensada como um processo complexo de reflexão e crítica sobre o objeto em estudo, cujos resultados possam se transformar em políticas e ações de saúde pública (MOREL, 2004).

Portanto, a partir destas inquietações sobre o cotidiano do trabalho dos enfermeiros que cuidam de pessoas com hipertensão arterial e da dificuldade que eles apresentam em responsabilizar-se por sua própria saúde, apresento como **objeto** desta investigação: o sentido atribuído ao cuidado de saúde pelas pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cotidiano dos serviços de Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte.

Para a realização deste estudo, tomou-se como base conceitual e filosófica o pensamento hermenêutico de Hans-Georg Gadamer para apreender os significados contidos nas falas dos enfermeiros e usuários, pois a compreensão da linguagem como experiência humana possibilita trilhar os caminhos do pensamento e entendermo-nos uns com os outros, a fim de nos conhecermos e conhecermos o outro (GADAMER, 2008). São nos sentidos atribuídos ao cuidado prestado e recebido por nossos interlocutores que se encontra a verdade desvelada, que são os modos de cuidar nesta realidade em especial.

Assim, estabeleci como **questões norteadoras** da investigação: Como são as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros aos usuários com hipertensão arterial no cotidiano da Estratégia Saúde da Família? Como a pessoa com hipertensão arterial significa para si o cuidado em saúde recebido/realizado para o controle da pressão arterial?

Os **objetivos** desta pesquisa foram:

- Compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família às ações de cuidar que realizam junto aos usuários cadastrados no Programa de Acompanhamento e Controle da Hipertensão Arterial; e os sentidos do cuidado recebido e realizado pelos usuários com HAS para o controle da pressão arterial.
- Discutir as interfaces de ambos os sentidos na perspectiva da construção do diálogo terapêutico na Estratégia Saúde da Família no Programa de Acompanhamento e Controle da Hipertensão Arterial.

Portanto, esse estudo trouxe a possibilidade de que enfermeiros e usuários falassem sobre suas experiências e vivências quanto ao cuidado de saúde na hipertensão arterial. Dar voz ao sujeito é fazer com que eles sejam ouvidos, que se escutem mutuamente, que se compreendam, trazendo à tona verdades obscuras da realidade.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Historiciando o panorama das doenças cardiovasculares no Brasil, Chor *et al.* (1999) apontam que nos últimos cem anos ocorreram modificações nos modos de produzir e reproduzir em sociedade e que tais transformações de ordem social, científica, econômica e de relações de trabalho desencadearam novos estilos de vida nos homens contemporâneos, repercutindo nos seus distintos modos de adoecimento e morte.

No início do século XX, evidenciavam-se nos quadros mórbidos dos países em desenvolvimento as doenças infecciosas como principal causa da mortalidade entre os adultos, situação decorrente das más condições de vida e saúde da população nos primórdios de sua urbanização e industrialização. Posteriormente, com o desenvolvimento de políticas públicas de saneamento, urbanização dos espaços públicos e melhoria do acesso aos serviços de saúde pela população, foram evidenciadas modificações neste cenário epidemiológico, pois tais ações foram impactantes nos modos de vida das cidades e seus habitantes, principalmente nas últimas décadas do século XX.

A melhoria das condições de vida, entre outros fatores, tornou possível a diminuição da mortalidade geral, especialmente pelo controle das doenças infecciosas, o que contribuiu para um novo quadro demográfico e epidemiológico, passando as doenças crônicas não infecciosas a predominar no perfil de morbimortalidade da população adulta. Em se tratando das doenças do sistema cardiovascular, estas aparecem como a primeira causa de morte entre adultos na maioria dos países desenvolvidos do ocidente (LOURENÇO, 2007).

O Brasil apresenta enfermidades cardiovasculares com taxas de ocorrência em ascensão e, dentre elas, a hipertensão arterial vem assumindo

lugar de destaque no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infecciosas, características de países em desenvolvimento ainda persistem, em decorrência da desigualdade social, das condições de vida e saúde e dos processos de má distribuição de renda entre as regiões e populações, ocupando lugar coadjuvante nos perfis epidemiológicos do adulto brasileiro (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007a).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 284.685 dos falecimentos em 2004, representam cerca de 25% da mortalidade geral em nosso país, com 10,1% da mortalidade geral para doenças cérebro-vasculares e 9,7% para isquemias cardíacas, sendo a associação à hipertensão arterial fator de risco para tais doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007a).

No que concerne à prevalência da hipertensão arterial sistêmica, esta atinge 20% da população adulta nas suas diferentes classes sociais, etnias, raças e culturas. Há, entretanto, diferenças em sua repercussão na vida humana, dependendo da inserção social do indivíduo e da organização dos serviços de gestão e cuidado em saúde à sua disposição. Concretamente, ser hipertenso poderá gerar negatividade no processo saúde-doença individual e/ou coletivo, influenciado pelos determinantes sociais e de saúde distintos.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões brasileiras é o acidente vascular encefálico, acometendo mulheres em maior proporção. Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças cardíacas (hipertensão, doenças coronarianas e insuficiência cardíaca) também teve taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade ainda é elevada no Brasil para doença cerebrovascular e cardíaca. Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente

com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSAO, DE NEFROLOGIA, 2006, p. 5).

Em relação à magnitude, o problema da hipertensão arterial para o Sistema Único de Saúde é um dos mais importantes. Dos 35% da população diagnosticada com HAS (17 milhões de brasileiros), 75% do atendimento deste grupo é feito na Atenção Primária por serviços ligados ao SUS, o que determina a necessidade de investimentos financeiros constantes para o desenvolvimento das ações de saúde ligadas à promoção, prevenção e tratamento, mas, principalmente, na recuperação dos acometidos por complicações dessa doença decorrente do mau controle pressórico no decorrer da vida (BRASIL, 2009b).

Estima-se que no continente americano a hipertensão arterial atinja 140 milhões de pessoas (BRASIL, 2009b). No Brasil, inquéritos populacionais realizados em várias cidades indicam prevalência de 22,3% a 43,9%, para hipertensão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg, a Hipertensão Estágio 1 (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSAO, DE NEFROLOGIA, 2006; LUNA, 2009).

A classificação da pressão arterial baseada na medida casual realizada em ambulatórios, sendo que 25% da população brasileira adulta apresentam hipertensão arterial e outros 25% tem níveis tensionais considerados limítrofes (LUNA, 2009a) pode ser visualizada na Figura 1.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)		
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Figura 1 – Classificação da Pressão Arterial

Fonte: Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão, de Nefrologia (2006)

Esses percentuais variam ao analisarmos os dados por região brasileira. Estudos de prevalência realizados entre 1970 e início da década de 1990 revelam prevalência no Nordeste em torno de 7,2 a 40,3%; na região Sul de 1,28 a 27,1%; no Sudeste de 5,04 a 37,9% e na região Centro-Oeste de 6,3 a 16,75% (LESSA, 1993). Já nas estimativas de prevalência em bases populacionais, realizadas desde 1990, os resultados apontam em 13 estudos prevalência de 20%, sem distinção de sexo, mas com forte associação com aumento da idade. Ressalta-se que os estudos de estimativa sobre prevalência são restritos às regiões Sul e Sudeste (PASSOS *et al*, 2006).

As principais complicações da hipertensão arterial são a doença cerebrovascular, a arterial coronariana, insuficiência cardíaca, renal crônica e doença vascular de extremidades. Estas determinam que o hipertenso não tratado adequadamente apresente alta frequência de internações hospitalares, sendo a insuficiência cardíaca associada à HAS a principal causa de hospitalização por doenças cardiovasculares. Somente em 2005 ocorreram 1.180.184 internamentos, com gasto para o SUS de R\$ 1.323.775.008,28 (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006).

Em relação às hospitalizações por doenças cardiovasculares, a HAS ocupa lugar de destaque na morbidade nacional, conforme exposto na Figura 2:

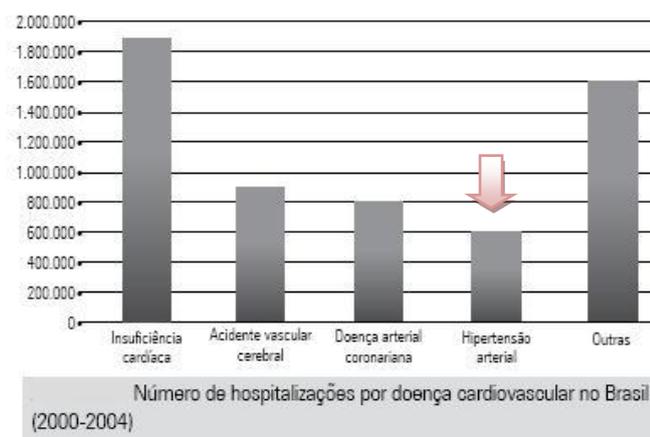


Figura 2 – Número de Hospitalizações por doença cardiovascular no Brasil (2000-2004)
 Fonte: Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão, de Nefrologia (2006)

Em relação à etiologia, a hipertensão arterial é multifatorial, não existindo um único determinante para esta doença. O que se tem como causa são a existência combinada ou não de fatores de risco ligados à idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, ingestão diária de sal, etilismo, tabagismo, hábitos alimentares geradores de obesidade, sedentarismo e estresse. Tais condições associadas à predisposição genética, fatores ambientais e culturais, presentes em grupos familiares ou comunidades com estilos de vida pouco saudáveis aumentam as possibilidades de acometimento dos indivíduos pela hipertensão no decorrer do seu envelhecimento (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006).

Os fatores de risco para a hipertensão arterial são: (a) idade (com o envelhecimento a prevalência tende a aumentar); (b) sexo e etnia (mulheres e afrodescendentes são mais susceptíveis); (c) fatores socioeconômicos (populações das classes sociais menos favorecidas tendem a apresentar maior combinação de risco); (d) ingestão de sal na dieta alimentar; (d) obesidade; (e) consumo de álcool e (f) sedentarismo. Outros fatores combinados podem ser citados: predisposição genética, fatores ambientais agregadores de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável e estresse (LUNA, 2009a). Verifica-se, na Figura 3, como a associação desses fatores determina a Estratificação de Risco individual da hipertensão no indivíduo.

Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular

Fatores de risco	Pressão arterial				
	Normal	Limitrofe	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1 a 2 fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo ou diabetes melito	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Metas de valores da pressão arterial a serem obtidas com o tratamento

Categorias	Meta (no mínimo)*
•Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
•Hipertensos e limitrofes com risco cardiovascular alto	< 130/85 mmHg
•Hipertensos e limitrofes com risco cardiovascular muito alto	< 130/80 mmHg
•Hipertensos nefropatas com proteinúria > 1,0 g/l	< 125/75 mmHg

* Se o paciente tolerar, recomenda-se atingir com o tratamento valores de pressão arterial menores que os indicados como metas mínimas, alcançando, se possível, os níveis da pressão arterial considerada ótima (\leq 120/80 mmHg).

Figura 3 – Estratificação do Risco cardiovascular, lesões de órgãos e doença cardiovascular individual do paciente hipertenso e Metas de valores pressóricos a serem obtidos no tratamento nessas situações de risco

Fonte: Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão, de Nefrologia (2006)

Considerar a estratificação de risco é o primeiro passo para o diagnóstico e tratamento apropriado da HAS. A Organização Pan-Americana de Saúde (2007b) aponta que a resposta integrada de cuidado às doenças crônicas não infecciosas é influenciada pela combinação de estratégias junto à coletividade - desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, de campanhas de comunicação; uso de *marketing* social; reorientação dos serviços de saúde, da estratégia individual voltada ao manejo dos fatores de risco e das doenças crônicas não infecciosas e implantação de um sistema de vigilância à saúde.

Como determinante do agravamento dos problemas referidos na população adulta, tem-se a ineficácia e iniquidade dos serviços de saúde ofertados nos espaços locais de construção das políticas de gestão e de cuidado. Tal fato representa um dos pontos de estrangulamento para a efetivação das ações de acompanhamento e tratamento da hipertensão nos serviços primários de saúde, associado à má adesão terapêutica do usuário e a práticas profissionais fragmentadas e baseadas no paradigma biomédico (que reduzem o homem a um corpo biológico que necessita de cura mediante intervenções focadas na clínica tradicional) (CAMPOS, 2003; COHN *et al*, 2006). Tal condição

pode e deve ser modificada com a adoção de práticas multiprofissionais, pois o controle da hipertensão arterial foge do alcance apenas do setor saúde ou de uma única categoria profissional de saúde, portanto, requer intervenções interdisciplinares e intersetoriais.

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Com as discussões sobre o conceito de saúde nos fins da década de 1970 e primórdios da década de 1980, com especial destaque para a Conferência de Alma Ata em 1978, que trouxe para o foco da agenda da saúde a relevância da promoção à saúde como contraponto aos cuidados à saúde baseados apenas na prevenção das doenças, desencadeou-se intenso debate mundial sobre os novos rumos a serem tomados pelas práticas de saúde desenvolvidas no acompanhamento e controle da hipertensão arterial com o desenvolvimento de estratégias de reorganização do sistema de saúde (ALMEIDA, 2009).

Em resposta aos novos discursos, em 1983 o Ministério da Saúde publicou o Guia para controle da hipertensão arterial, a primeira iniciativa de trabalhar a hipertensão nas unidades de saúde por meio de um programa de saúde pública direcionado à detecção da doença na população brasileira, pois, por sua assintomaticidade, a doença hipertensiva necessitaria de aferições da pressão arterial em ambulatório para seu diagnóstico precoce e tratamento adequado (BRASIL, 1983).

Para que este rastreamento pudesse alcançar o maior número de pessoas, seria imprescindível o acesso da população aos serviços ambulatoriais do sistema para a realização da verificação da pressão arterial e realização das consultas clínicas. Assim, os serviços precisariam estar preparados para receber a demanda, assegurando o atendimento conforme suas queixas, sintomas e sinais clínicos evidenciados (BRASIL, 1983; BRASIL, 1998).

À época, o centro das ações de saúde relacionadas ao tratamento da hipertensão arterial consistia na realização de consultas médicas, verificação da pressão arterial para firmar o diagnóstico, instituição do tratamento

medicamentoso nos que fosse confirmada a doença, como forma de assegurar o controle pressórico em níveis seguros e orientação de medidas higienodietéticas como aspecto importante para diminuição de complicações decorrentes do mau controle pressórico (BRASIL, 1983).

Buscando fornecer suporte ao trabalho da educação em saúde junto aos portadores de hipertensão arterial, ainda em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Educação e Controle de Hipertensão Arterial (PNECHE). No entanto, por mudança de governo, tal proposta nunca foi adiante, o que criou uma lacuna no acompanhamento da hipertensão arterial nas unidades de saúde, pois um novo desenho de como trabalhar a educação em saúde se esboçava no cotidiano dos serviços, com o advento do SUS (LUNA; 2009b).

Para melhorar a situação epidemiológica e clínica da hipertensão arterial no país, em 1998 o Ministério da Saúde revisa as orientações assistenciais do Guia para o Controle da Hipertensão Arterial e introduz a adoção de estilos de vida saudáveis pelos usuários como ação essencial a ser assumida nas rotinas dos serviços de saúde (BRASIL, 1998).

A partir disso, nas Unidades Básicas, aos médicos caberia a tarefa de realizar as consultas clínicas e aos enfermeiros a organização do serviço de saúde, a orientação às pessoas com hipertensão arterial sobre a ingestão diária dos medicamentos prescritos e a necessidade de mudanças no estilo de vida, por meio de palestras educativas na unidade e na comunidade (BRASIL, 1998).

Esta prática disciplinar e individualizada requereu, por conta da própria filosofia do Sistema Único de Saúde, reorientação das condutas vigentes, redirecionando-as para o trabalho em equipe, na perspectiva interdisciplinar, com ênfase na prevenção de doenças e adoção de medidas direcionadas às mudanças no estilo de vida. Medidas estas que seria a primazia do cuidado em saúde, em oposição a uma prática tradicionalmente centrada no modelo biomédico, sem participação ativa do usuário no cuidado de saúde. Além dos avanços tecnológicos no campo do tratamento da doença, em especial, o aparecimento de novas drogas anti-hipertensivas definiriam a década de 1990 como um importante momento no campo da discussão sobre o tratamento da hipertensão arterial (LUNA, 2009b).

Congressos, reuniões e simpósios científicos nacionais e internacionais realizados nesse período determinaram a inclusão de conceitos importantes sobre o manejo das pessoas com HAS pelos profissionais de saúde, a saber: estratificação dos grupos hipertensivos segundo classificação de risco, correlação da existência dos fatores de risco e comprometimento dos órgãos alvos, e, principalmente, a decisão terapêutica da equipe multiprofissional, pois o tratamento da hipertensão requer abordagem multidisciplinar (LUNA, 2009b).

Em resposta às novas demandas advindas dos estudos e debates científicos nas décadas de 1980 e 1990, em 2001, o Ministério da Saúde lança a publicação técnica do Programa de Reorganização da Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, que tinha por finalidade sistematizar as ações de controle da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus* no Brasil, com apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde, procurando organizar as ações aos portadores de hipertensão arterial na atenção básica (AB).

A idéia do Ministério da Saúde, ao lançar essa publicação, em consonância com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial discutidas pelas Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, foi garantir a assistência integral e multidisciplinar aos usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2004; ALMEIDA 2009).

Tal iniciativa ocorreu devido à hipertensão arterial ser considerada, a partir de então, uma doença multidisciplinar, interessando aos vários saberes das ciências da saúde. Para dar conta dessa complexidade, que é o cuidado de pessoas com HAS na APS, em 2003, o Plano Nacional de Acompanhamento da Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* é reformulado e novas estratégias de atenção integral são incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde. Nesse período ocorreu a fusão deste plano às ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2004).

Com a incorporação das ações de acompanhamento à pessoa com hipertensão arterial no cotidiano do trabalho da ESF e PACS, o Ministério da Saúde esperava que ações conjuntas desenvolvidas pelos profissionais da equipe saúde da família pudessem avançar e garantir a integralidade do cuidado no primeiro nível da assistência. Tal situação ocorreria a partir da instituição da

referência e contrareferência dos casos que necessitassem de atendimento de maior complexidade, incorporação das práticas educativas junto à comunidade, realização das visitas domiciliares e atividades interdisciplinares entre a equipe e outros profissionais de saúde, o que se configurariam como estratégias oportunas de promover a saúde comunitária e trabalhar a vulnerabilidade do adoecimento ligado aos fatores de risco da HAS nos seus territórios (BRASIL, 2004, 2009c).

Com o intuito de melhorar o acesso às informações sobre o acompanhamento da população hipertensa no âmbito da atenção primária, em 2002, pela Portaria Conjunta N.º 112, de 19 de junho de 2002, criou-se o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com a Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Esse instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* possibilitaria aos municípios e profissionais de saúde cadastrar os usuários com essas doenças, auxiliando na adoção de estratégias de saúde condizentes à realidade. Estar cadastrado no HIPERDIA garantiria aos usuários o fornecimento contínuo e gratuito dos medicamentos. A adesão ao novo sistema permitiria que ações prescritivas e de acompanhamento seguissem a padronização do Ministério da Saúde, para melhor utilização dos recursos financeiros. Com o HIPERDIA atualizado, os gestores tinham as informações sobre a população assistida na atenção primária, de forma que os processos avaliativos e de planejamento fossem conforme as realidades locais de cada município (BRASIL, 2002b).

As informações sobre o estado de saúde desses usuários seriam um dado a ser utilizado no planejamento e avaliação das ações de saúde local, sendo sua disponibilização pelo DATASUS. Com o sistema HIPERDIA atualizado, as equipes teriam em mãos dados clínicos dos usuários cadastrados, existência de fatores de risco e doenças concomitantes, presença de complicações e o tipo de tratamento adotado e realizado.

As variáveis atualmente trabalhadas na Base de Dados de Tabulação do sistema de cadastramento e acompanhamento são (BRASIL, 2009d): Dados de identificação; mês e ano da data da realização da consulta junto à equipe de saúde nas unidades básicas; sexo e faixa etária do cadastrado; presença de hipertensão arterial, de diabetes tipo 1 ou tipo 2 apenas, ou no caso da associação dessas doenças pela pessoa cadastrada; informação do município de localização da UBS na qual foi realizado o cadastro do hipertenso ou diabético; tabagismo e frequência (o fator de risco é identificado, quando lançado no sistema o uso de um ou mais cigarros por dia pelo cadastrado); sedentarismo (é considerada sedentária a pessoa que realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, três vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Exemplo: faxina, lavagem manual de roupas, carregar carga pesada, movimentar britadeira, dentre outros); sobrepeso ou obesidade (os parâmetros estabelecidos para tal definição consideram o Índice de Massa Corpórea (IMC) individuais, a classificação do IMC serve de informação para estratificação de risco de co-morbidade). Essa classificação pode ser visualizada no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Classificação do Risco de Comorbidade segundo classificação de Sobrepeso ou Obesidade segundo IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)

Sobrepeso ou Obesidade			
Classificação	IMC	(peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de Comorbidade
Normal		18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso		25,0-29,9	Pouco Aumentado
Obeso Classe I		30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II		35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III		≥40,0	Muito Grave

Fonte: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (2009).

Além das variáveis já citadas, acrescenta-se a presença de complicações clínicas, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e outras coronariopatias, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e doença renal. No caso do diabético, a ocorrência do 'pé diabético' e/ou amputação de membros inferiores

ou superiores; identificação do Risco Cardiovascular junto ao usuário com hipertensão, segundo os critérios da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006).

Para incentivar o município a aderir e a retroalimentar o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, o Ministério da Saúde, pela Portaria Conjunta n.º 112, de 19 de junho de 2002, decide que o fluxo de alimentação da base nacional do HIPERDIA é obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2002c).

2.3 O TRABALHO EM EQUIPE NO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O acompanhamento e controle da hipertensão arterial se configuram numa área estratégica para atuação da ESF em todo o território nacional e cabe às equipes de saúde planejar e avaliar suas ações de acordo com as necessidades deste usuário e de suas famílias. O Caderno de Atenção Básica nº 15, que trata da Hipertensão Arterial, destaca que ações coletivas são necessárias para o adequado acompanhamento e tratamento dos portadores dessa doença pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2006), assim temos, como atividades diretamente ligadas ao tratamento a ser desenvolvido pelas equipes saúde da família: Aferição da pressão arterial; seguimento dos critérios de diagnóstico de classificação, buscando sua precoce detecção; avaliação clínica inicial segundo protocolos estabelecidos, mas respeitando as individualidades de cada situação clínica; considerações sobre a hipertensão arterial secundária; estratificação do Risco Cardiovascular, com o propósito de guiar a equipe sobre as complicações a serem prevenidas junto aos portadores de HAS; orientações sobre o processo decisório da terapêutica da hipertensão pela equipe multiprofissional; tratamento não farmacológico como primeira escolha nas situações sem a presença de fatores de risco e nas demais situações como forma de manutenção da saúde (controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono de tabagismo, prática de atividade física regular, redução de

uso de bebidas alcoólicas); o tratamento farmacológico, sua garantia e disponibilidade; a Hipertensão e sua repercussão em populações especiais (afrodescendentes e miscigenados, idosos, gestantes, crianças e adolescentes, mulheres em uso de anticoncepcionais ou terapia hormonal por estrógenos, obesidade, associação com *Diabetes Mellitus*, dislipidemia, entre outras); as emergências e urgências hipertensivas; atribuições dos membros da equipe mínima de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde); e critérios de encaminhamento para referência e contrarreferência.

Sobre a aferição da pressão arterial, é importante salientar para o uso de manguito adequado e de aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, além da execução da técnica de aferição adequada, por sua vez, realizada por profissional treinado (BRASIL, 2006).

Seguem-se as orientações para os procedimentos técnicos da aferição da pressão arterial a ser realizada nos serviços de saúde para fins de diagnóstico e acompanhamento da HAS na Figura 4.

Procedimento de medida da pressão arterial

1. Medir a circunferência do braço do paciente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente
15. Anotar os valores e o membro



PARA VERIFICAR A PRESSÃO
O procedimento para se verificar a pressão arterial é simples e rápido. Pode ser feito em qualquer posto de saúde do SUS de sua cidade.

Tira de compressão inflável
Estetoscópio

● Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos (D)

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 - 15	6	12
Infantil	16 - 22	9	18
Adulto pequeno	20 - 26	10	17
Adulto	27 - 34	12	23
Adulto grande	35 - 45	16	32

Figura 4 – Procedimentos para verificação adequada da Pressão Arterial

Fonte: Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão, de Nefrologia (2006)

A definição da terapêutica a ser utilizada no tratamento de pessoas com HAS deve ser uma decisão da equipe multiprofissional, pois é a forma de trabalho que dará suporte para assistir à pessoa com hipertensão arterial em suas múltiplas dimensões, não apenas no aspecto biológico.

A seguir apresento o fluxograma sugerido por Brasil (2006) para orientar as consultas médicas e de enfermagem durante o acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial na ESF (Figura 5).

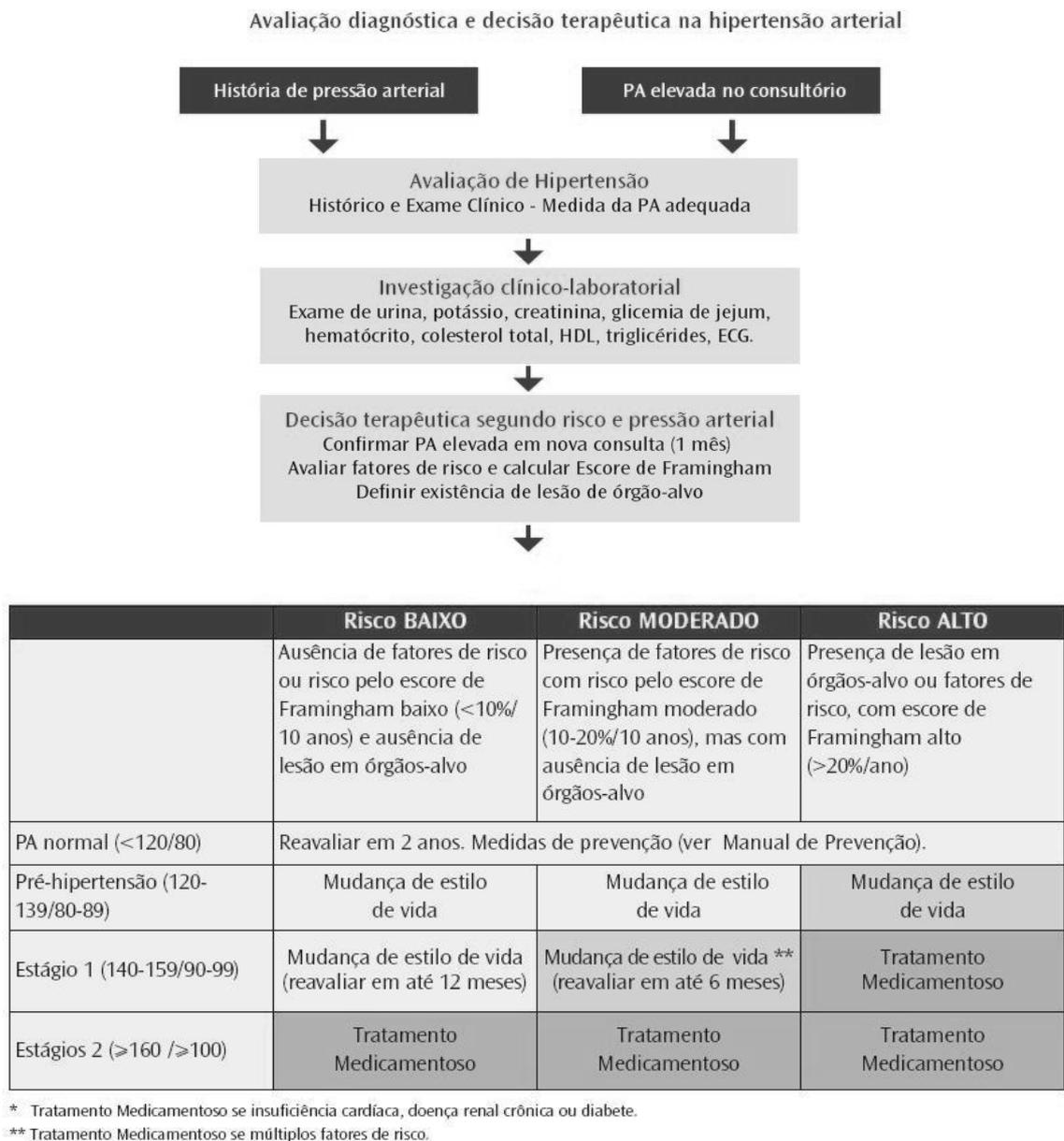


Figura 5 – Avaliação diagnóstica e tomada de decisão terapêutica na Hipertensão Arterial
Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (2006)

Sobre o tratamento farmacológico, o SUS garante a disponibilidade de fármacos anti-hipertensivos a toda a rede de serviços primários de saúde. Esses medicamentos de primeira escolha devem estar disponíveis para a prescrição e uso nas unidades saúde da família e sua escolha terapêutica segue o fluxograma apresentado na Figura 6 (BRASIL, 2002d; BRASIL, 2006).

Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS.

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Riscos de emprego mais importantes
<u>Diuréticos</u> Tiazídicos <i>Hidroclorotiazida</i>	12,5 - 50	24	Hipocalemia, hiperuricemia
De alça <i>Furosemina</i>	20 - 320	12 - 24	Hipovolemia, hipocalemia
<u>Antagonistas adrenérgicos</u> Bloqueadores beta <i>Propranolol</i>	80 - 320	6 - 12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias
<u>Antagonistas do SRA</u> Inibidores da ECA <i>Captopril</i> <i>Enalapril</i>	80 - 320 12,5 - 150 5 - 40	6 - 12 12 - 24	Tosse, hipercalemia



Figura 6 – Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS e seu uso no Tratamento da Hipertensão Arterial

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (2006)

Essas ações desenvolvidas em conjunto pela equipe de saúde necessitam ser planejadas e avaliadas de forma que o acompanhamento, controle e tratamento das pessoas com hipertensão arterial alcance as metas traçadas, incluindo o diagnóstico precoce da doença; a prevenção de novos casos entre a população adulta; a adoção de estilos de vida saudáveis como ação de promoção da saúde na coletividade; a adesão ao tratamento, de forma que haja redução dos agravos e complicações decorrentes do adoecimento crônico (BRASIL, 2006; ALMEIDA, 2009).

2.4 AS AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS PELO ENFERMEIRO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao cuidar da saúde das populações com HAS, o enfermeiro deve pautar suas ações em consonância com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Este cuidado, por sua vez, deve ser voltado para o reconhecimento das necessidades de saúde do homem e da mulher, ou seja, estas “aparecem como aquilo que se precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que este *ser* continue sendo um *ser*” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 19).

Em se tratando das ações de saúde, são atribuições do enfermeiro, segundo as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia (2006), e Brasil (2006): Verificação da pressão arterial; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientação sobre a doença e uso regular de medicamentos prescritos; orientações sobre estilo de vida pessoal e familiar; acompanhamento do tratamento dos pacientes hipertensos; encaminhamento ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver controlada ou na presença de outras intercorrências; administração do serviço; e delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

Ao analisarmos a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007) se espera deste profissional uma atuação mais abrangente, no que concerne à promoção, proteção, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção do processo saúde-doença dos indivíduos e da comunidade.

Portanto, são atribuições do enfermeiro na APS: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Bucal (THB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Como posto por Matumoto *et al.* (2001), o desafio ao enfermeiro nesse campo de atuação da saúde é construir um projeto de intervenção que siga na direção da produção de ações sociais e coletivas, que possibilitem a transformação da realidade de vida e saúde da população brasileira.

2.5 O DIÁLOGO TERAPÊUTICO COMO POSSIBILIDADE DO CUIDADO NO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As ações da atenção primária à saúde são desenvolvidas nos cenários de atuação da ESF por uma equipe multiprofissional responsável pelos residentes de territórios delimitados, conforme critérios epidemiológicos e demográficos. Cada equipe é responsável, no máximo, por 4000 pessoas, sendo recomendadas, em média, 3000 pessoas residentes na área adscrita (BRASIL, 2006).

A jornada de trabalho de todos os integrantes da equipe de saúde (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene bucal) é de 40 horas semanais. Também fazem parte da equipe de quatro a seis agentes comunitários de saúde, obedecendo aos quantitativos populacionais e indicadores epidemiológicos, geográficos e sociodemográficos de cada área (BRASIL, 2006).

Considerando um percentual de 49% da população brasileira

constituído por indivíduos adultos, população esta estimada em 180 milhões de pessoas, tem que, para cada equipe da ESF, responsável por 4000 pessoas em média, existirá aproximadamente 1960 habitantes na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade. Para estimar um quantitativo de adultos com hipertensão arterial, utilizando a prevalência de 20%, teremos cerca de 392 pessoas com a doença residentes em cada área de atuação da ESF (IBGE, 2009a; BRASIL, 2006).

Ao desenvolver seu conjunto de ações, a Atenção Primária considera o usuário em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural como forma de compreender o seu processo saúde-doença e atuar junto às necessidades e problemas apresentados. Dessa forma, a Saúde da Família funciona como estratégia prioritária para o planejamento da assistência junto aos usuários com HAS, que considera o *Pacto Pela Vida* (BRASIL, 2007).

Para assistir pessoas acometidas de HAS, o cuidado integral desenvolvido por equipe multiprofissional é a melhor indicação para os serviços, por ser tratar de uma doença multifatorial e de abordagem multidisciplinar. Esta condição implica em contar com profissionais capacitados para atuarem interdisciplinarmente, fornecendo orientações voltadas para as várias dimensões da saúde na vida do indivíduo, tornando o tratamento mais eficaz e apropriado.

A equipe de saúde deve apoiar a pessoa com hipertensão arterial nas questões que ele coloca como suas necessidades de saúde. Este apoio deve ser centrado na abertura ao diálogo, no qual o acolhimento e a escuta terapêutica sejam trabalhados constantemente, a fim de estabelecer vínculos terapêuticos entre profissionais e usuários, num processual trabalho coletivo em saúde. De certa forma, é nesse encontro dialógico que se instaura uma dinâmica de contradições, conflitos e interesses para se processar a identificação do real problema referido pelo usuário e o que pode ser definida como uma intervenção em saúde coletiva impactante (MATUMOTO *et al.*, 2000; CAPRARA, 2007)

Escutar não significa apenas ouvir o outro para obtenção de dados sobre o histórico da doença referida para uma anamnese perfeita, mas estabelecer um canal de comunicação com o 'outro' e seu mundo de vida, até o momento, desconhecido para o profissional de saúde. Pois é na singularidade do vivenciar a situação da enfermidade que está a base da ação cuidadora. Essa

compreensão da vida/saúde do outro, mediante processo dialógico, deve ultrapassar a simples via da tradução da informação fornecida ou tomada, ou seja, o processo de ouvir atento está imbricado no transitar pelos diversos discursos proferidos pelos interlocutores, ou seja, nos discursos dos sujeitos sociais envolvidos – o usuário e os profissionais de saúde (CAPRARA, 2007).

Assim compreendido, o trabalho coletivo nasce dos diálogos comunicativos entre os sujeitos sociais, isto é, entre o trabalhador de saúde e a clientela assistida. Este diálogo será possível respeitando cada pessoa humana no seu mundo de vida e em cada saber disciplinar de formação e construção sociocultural. O que se busca no diálogo é o consenso da linguagem entre os diferentes discursos proferidos sobre o problema ou necessidade de saúde apontada, sobre a experiência do vivenciar determinada doença ou agravo.

Ser pessoa com hipertensão arterial é uma situação de vida ímpar e individualizada, que pode se mostrar aos olhos do profissional de saúde, em determinados momentos, como uma perturbação do equilíbrio da saúde de homens e mulheres que convivem com esta doença. A hipertensão arterial não deveria ser tomada pelos terapeutas como algo a ser tratado apenas sob o olhar reducionista da cura, mas no viver a saúde (GADAMER, 2006).

Portanto, o verdadeiro desencadear da interdisciplinaridade em saúde, requer uma ação coletiva construída a partir do conhecimento da realidade concreta da clientela, com vistas à adoção de resoluções criativas para os problemas comuns de saúde dos indivíduos e coletivos humanos (ARAÚJO *et al.*, 2009). Problemas e necessidades que estão a todo o momento sendo apresentados cotidianamente nas unidades de saúde e que desafiam os profissionais a construir ações coletivas que possam ajudar aos usuários na convivência com problemas crônicos, como a hipertensão arterial.

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL FILOSÓFICO

As pesquisas hermenêuticas trabalham o processo interpretativo da realidade. Ayres (1994) discorre que a palavra 'hermenêutica', etimologicamente, deriva de *Hermes*, que na mitologia grega seria o deus que decodificava os enigmas, dando significado às mensagens enviadas do Olimpo para os mortais. Na linguagem científica, as palavras abrangem diversos níveis de reflexão: primeiro, o aceno semântico; seguindo, os elementos históricos da sua origem e acenando para suas diversas 'hermenêuticas', resultantes da compreensão nos mais variados campos (CALMON, 2008). Assim, a hermenêutica pode ser caracterizada por três momentos:

(a) a **Teoria Hermenêutica** ou **Hermenêutica Clássica**, ligada à escola renascentista e da reforma, que tratava da interpretação dos textos sagrados e dos grandes clássicos. E, posteriormente, no século XIX, a escola historicista alemã que buscava delinear “uma teoria hermenêutica com o intuito de validar um conhecimento próprio às ciências humanas, ou ‘ciências do espírito’, em contraste com o empirismo das ‘ciências naturais’” (AYRES, 1994, p. 316).

(b) as **Hermenêuticas Filosóficas**, desenvolvidas através da filosofia de Heidegger, que tem na figura de Hans-Georg Gadamer seu maior idealizador. Esta busca uma “reflexão metadiscursiva que funda a compreensão de realidades e obras humanas na sua linguisticidade” (AYRES, 1994, p. 316); para isso, se utiliza de uma série de procedimentos analíticos e de conceitos da teoria hermenêutica, havendo rupturas com sua aspiração objetivista.

(c) a **Hermenêutica Crítica** ou **Crítica-dialética**, que “designa proposições que atribuem à hermenêutica uma tarefa compreensiva fundamental, mas que enxergam limite na dimensão linguística para fundamentar uma

interpretação efetivamente crítica e emancipadora dos fatos humanos” (AYRES, 1994, p. 316).

Neste estudo, utilizei os pressupostos da filosofia hermenêutica de Hans-Georg Gadamer como eixo de análise dos discursos.

3.1 A FILOSOFIA HERMENÊUTICA DE HANS-GEORG GADAMER

A hermenêutica ou “arte da interpretação” representa, para o século XX, uma importante corrente do pensamento filosófico e das ciências humanas e sociais. Esta se apresenta como uma possibilidade metodológica potencializadora da mobilidade (movimentação) e da atitude epistemológica na pesquisa em saúde e enfermagem. Assim, a arte da compreensão não trata apenas da interpretação de textos como tradicionalmente são pensados os estudos hermenêuticos. Ao contrário, o processo de entendimento está presente em todo processo da experiência de vida em que a linguagem escrita, falada ou simbólica, demonstra aspectos da realidade humana (MINAYO, 2008a)

[De fato] A hermenêutica começa a vida como um procedimento ou técnica para a interpretação de textos sagrados e clássicos. A interpretação envolve mais que uma investigação filosófica das origens históricas e significados das palavras, ela pode ser vista como um elemento no processo, no ato ou evento do entendimento em si. (...) todo entendimento é interpretação, demonstra que as hermenêuticas estão envolvidas em todos os atos de entendimento (...) são universais: aquilo que acontece quando interpretamos um texto é o que acontece quando procuramos entender qualquer coisa em nosso mundo sociocultural, seja o significado da vida ou uma interpretação mais comum dos objetos diários, das ideias e situações (LAWN, 2006, p.21-22).

Na contemporaneidade os estudos hermenêuticos alcançaram expressividade e reconhecimento devido às contribuições do filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Seus estudos sobre as ciências do espírito foram influenciados pelos encontros filosóficos e diálogos constantes no decorrer de sua vida acadêmica com as obras de Platão, Aristóteles, Hegel, Husserl, Heidegger, Nietzsche, entre outros pensadores (GACKI, 2006; MINAYO, 2008a).

Na proposição da sua hermenêutica filosófica, Gadamer mostra-se interessado pelo ético e humano, colocando que é na ruptura com o espírito instrumental, fortemente presente na modernidade, e na necessidade de elaboração de metodologias mais apropriadas aos diferentes objetos, mediante o autêntico diálogo, que está o centro da sua discussão sobre 'Verdade e Método' (GACKI, 2006).

Gadamer é considerado um intelectual de pensamentos amplos, a ideia central dos seus escritos é que todo entendimento ou ato de compreensão se processa essencialmente a partir do diálogo. E que, é mediante ao estudo aprofundado sobre a realidade que adquirimos conhecimento, sendo que sua aplicabilidade prática, a práxis, ocorre por processo histórico experiencial (CAPRARA, 2003; LAWN, 2006)

O filósofo não se preocupa em questionar quais são as condições de possibilidade do conhecimento, ele não está preocupado em determinar qual o método que se vai seguir para se chegar ao conhecimento. Importa, para ele, perguntar 'o que acontece quando se compreende algo', pois este acontecimento do ato de compreender já se coloca como um evento de determinação da verdade (GADAMER, 2008a).

Gadamer iniciou sua carreira em 1928, lecionando filosofia no período da II Guerra Mundial, em Manburgo e Leipzig, época do encontro com Martin Heidegger. Após a guerra, atuou como professor em Frankfurt e Heidelberg. Em 1968, aposentou-se de suas funções na Alemanha, continuando a docência e a filosofia nos Estados Unidos da América e na Itália. Morreu em 14 de março de 2002, aos 102 anos de idade. "A proposta filosófica Gadameriana não se constituiu na destruição da validade do método científico, mas em justificar que, ao filosofar, é mais própria a arte de dialogar que a técnica de dissecar temas e problemas" (ROHDEN, 2006, p. 5).

Data do ano de 1960 a publicação de sua obra-prima *Verdade e Método - Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*, na qual consolida sua crítica à experiência da procura da verdade e da determinação do método como critério científico. Suas ideias estão apresentadas em três momentos: (1) a **experiência da arte** como o caminho e o modo de ser da hermenêutica; (2) a

compreensão como categoria basilar das discussões das ciências históricas do espírito. Nesse momento, Gadamer analisa a hermenêutica sob a ótica de Schleiermacher, que a conceitua como disciplina auxiliar subordinada à dialética; do historicismo e consciência histórica de Dilthey e da fenomenologia de Husserl e Heidegger, os quais introduzem a diretriz da “hermenêutica da facticidade”; e (3) o desenvolvimento da **filosofia da linguagem como experiência humana** no trilhar dos caminhos da construção do pensamento (GADAMER, 2008a).

Assim, para Gadamer (2007a, p. 96-97), a hermenêutica

[...] encontra-se diante do desafio do incompreensível, e, por meio daí, ela é trazida para o caminho do questionamento e obrigada a compreender. Nisso não reside de maneira alguma um assenhoreamento previamente estabelecido sobre tudo aquilo que é dotado de sentido. Ao contrário, têm-se aí muito mais uma resposta ao desafio, que sempre se renova, de não poder compreender algo que se mostra como algo espantosamente outro, alheio, obscuro – e talvez profundo – que se precisaríamos compreender.

O esforço da hermenêutica procura “explicitar o que queremos dizer quando falamos uns com os outros e o que gostaríamos de mostrar ao outro – a fim de aprender por nós mesmos quando falamos uns com os outros” (GADAMER, 2007a, p. 43). Consiste, portanto, no desvelamento do sentido da palavra dita, na fala ou no texto escrito, mas que, de modo singular, se processa no diálogo e na construção da linguagem.

A ação do filosofar é um ato existencial que acontece no mundo e o diálogo autêntico traz as possibilidades como fio condutor do entendimento como ato compreensivo e interpretativo das relações humanas (GACKI, 2006).

É, portanto, desvelar, deixar claro o que está implícito nos processos interativos da linguagem e das experiências humanas, que está a tarefa hermenêutica, pois a vida é nevoa. E algo obscuro somente é clarificado se compreendermos o vivenciar das pessoas seguindo os moldes da tradição e da linguagem. “Não se trata apenas do fato de sempre se realizar ao mesmo tempo uma repressão na consciência. (...) algo consciente é iluminado e outra coisa é

com isso impedida de vir à tona”, ou seja, o nebuloso, o que não está claro para nós, ou seja, a verdade (GADAMER, 2007a, p. 106).

Do encontro de Gadamer com a filosofia heideggeriana, evidencia-se o interesse mútuo na filosofia Aristotélica. Para Heidegger, Aristóteles antecede a discussão sobre o ‘Ser’ e antever o discurso proferido pela fenomenologia de Husserl. Nesse sentido, “(...) não se trata tanto de um retorno à filosofia de Aristóteles, mas antes de uma travessia por ele”. O ser, portanto, é o “que se acha diante de nós. É na essência do ser, que não é um ente, que a verdade se desvela e se clarifica” (GADAMER, 2007a, p. 30).

O ser é compreendido ou concebido, ou pensado. (...) Ele é falado, ou seja, é assim que se fala sobre isso. (...) Tudo isso designa a linguagem e aquilo que a linguagem diz. (...) A lógica da tradição, [que] se transforma na vitalidade de uma realidade ligada ao mundo de vida. Essa lógica vem ao nosso encontro como linguagem (GADAMER, 2007a, p. 35).

Mas o que seria linguagem nesse sentido? Porque é imprescindível que vivamos em constante diálogo uns com os outros com o objetivo do entendimento de si mesmo e de si com o mundo? Como resposta, Gadamer (2007a, p. 41) nos fala que:

A linguagem da filosofia e sua conceptualidade pertencem, por toda parte, à conexão vital da língua respectivamente falada. Assim, essa língua toma parte no papel que a linguagem em geral desempenha enquanto acesso ao mundo. (...) A linguagem enquanto linguagem é velada porque ela sempre tem em vista *algo* a cada vez. A linguagem só é verdade onde há diálogo, ou seja, na convivência, e é de fato misterioso como é que ela está em obra aí. A convivência é a nossa situação vital e entrar em acordo na convivência é a tarefa que é colocada para cada um de nós.

Portanto, o ato interpretativo do fenômeno ocorre quando o ser humano busca, no seu cotidiano, entender a si mesmo, e também nas relações que estabelecem com o outro num movimento de construção da subjetividade e da intersubjetividade. Sobre esse entendimento do *eu* consigo mesmo e do *eu* com o

outro, Gadamer aponta que “mesmo no outro e no diverso pode-se realizar uma espécie de encontro consigo mesmo. Mais urgente do que nunca, porém, se tornou a tarefa de aprender a reconhecer no outro e na alteridade o comum” (GADAMER, 2007c, p. 25). Dessa forma,

[...] não buscamos o diálogo apenas para compreender melhor os outros. Ao contrário, nós mesmos é que somos muito mais ameaçados pelo enrijecimento de nossos conceitos ao quisermos dizer alguma coisa e ao buscarmos o acolhimento do outro. (...) O problema não está em não compreendermos o outro, mas em não nos compreendermos. Precisamos quando buscamos compreender o outro, fazermos a experiência hermenêutica de que precisamos romper uma resistência em nós, se quisermos ouvir o outro enquanto o outro. Essa é, então, realmente uma radical determinação fundamental de toda existência humana e ela domina até mesmo a nossa assim chamada autocompreensão (GADAMER, 2007a, p. 106-107).

A noção de *compreender* é o centro da elaboração do pensamento hermenêutico, sendo que tal atitude epistemológica não se reduz ao comportamento de objetivação frente ao objeto. *Compreender* consiste num movimento de pertencimento do sujeito ao ser daquilo que é compreendido (GADAMER, 2008a). Na construção da compreensão da realidade vivida, nos deparamos com informações, que sob as bases da ciência moderna assumem a definição de *dado*, que contém informações sobre o fenômeno estudado. Na filosofia hermenêutica, o *dado* assume outra definição. Ao ser questionado sobre o que é o *dado*, Gadamer afirma que “somente quem não responde àquilo que se pode medir e se abre para essa pergunta saberá o que é a filosofia hermenêutica” (GADAMER, 2007b, p. 184).

Na perspectiva hermenêutica ler é interpretação, olhar é interpretação, pensar é interpretação, tocar é interpretação, sentir é interpretação, ouvir é interpretar, portanto são aspectos do entendimento humano sobre o mundo, a ciência e a filosofia – sobre nossa vida existencial e social. Nesse ponto, a linguagem assume o papel de dar significação fundamental para o conjunto da história interior do pensamento. Na sua essência reside o enigmático da denominação e do significado do nome. Nesse aspecto, palavra e coisa parece, à

primeira vista, unidas uma a outra de maneira indissolúvel, mas não o são (GADAMER, 2007a).

A *palavra* pode ser muito mais que uma palavra dita a alguém. No diálogo sempre buscamos a '*verdade da palavra*', esperamos que no enunciado proferido, nas palavras ditas, se processe o caminho do pensamento para o entendimento, ou seja, para a compreensão do que realmente somos e do que queremos saber sobre si e sobre o outro. As palavras surgem para elucidar e explicar o que queremos dizer uns aos outros. Mesmo não sendo a palavra mais apropriada, ela assume a posição de '*palavra melhor escolhida*' para ser dita naquele momento (GADAMER, 2007a).

A melhor palavra escolhida tem a função de desencadear o discurso, que, por sua vez, tem por finalidade possibilitar o caminho para o diálogo, ou seja, o entendimento. Elas, as palavras, possuem familiaridade e obviedade próprias. Elas evocam algo como nome, que designa um 'chamar'. *Nome* é aquilo ao que alguém responde ao ser chamado, a nomeação dada a algo, que, posteriormente, define esse algo, em forma, em sentido e em conteúdo (GADAMER, 2007a).

[...] para desempenhar a sua significação, uma palavra precisa poder ser compreendida; e quando ela vem ao nosso encontro no contexto do discurso, serve a um acordo quanto àquilo que não é apenas uma palavra que diz. (...) A verdade do dito não é aquilo ao que a palavra visava, mas o desvelamento daquilo que se encontra no discurso. (...) O que há de propriamente misterioso na linguagem é o fato dela deixar ver, de modo que algo que se apresenta. [algo aproximado] daquilo que denominei a "verdade da palavra" (GADAMER, 2007a, p.121-123).

Nesse sentido, as hermenêuticas filosóficas são os processos interpretativos dos entendimentos possíveis sobre a experiência humana, contida na palavra, na linguagem, na tradição e no cotidiano. Este 'entender' ocorre no interior do diálogo entre os homens, do *eu* consigo mesmo (subjetividade) e do *eu* com o *outro* (intersubjetividade), ou seja, no crescimento conjunto pré-ordenado das relações socioculturais entre os homens em convivência linguística (diálogo). É no diálogo que o "*eu*" se confronta constantemente com o "*outro*", o diverso, o estrangeiro, o novo. Esse confronto comunicativo ocorre precisamente

[...] Porque nós mesmos não somos pessoas quaisquer que estão em qualquer lugar, mas somos nós mesmos quem nós somos, isso nos torna, pela primeira vez, efetivamente conscientes de quem nós somos e do que pode vir acontecer com nós todos (GADAMER, 2007c, p.34).

É no encontro entre o passado e o futuro, ou entre o conhecido e a diversidade dentro de um cotidiano atual com suas expressões da tradição, que se marca o tempo vivido. É nesse encontro subjetivo e intersubjetivo, mediado pela linguagem, que o diálogo entre os homens sobre o mundo se modela, criando as possibilidades dos entendimentos humanos num processo de aprendizagem geracional (MINAYO, 2008a).

Gadamer sobre a hermenêutica diz que ela não é uma metodologia exclusiva das ciências humanas, mas uma tentativa de compreender o que são verdadeiramente as ciências humanas para além de sua autoconsciência metodológica, ou seja, o que as liga à totalidade de nossa experiência humana (GADAMER, 2008a). Para melhor esclarecimento sobre o conceito da hermenêutica esta...

(...) é a arte do entendimento. Parece especialmente difícil entender-se sobre os problemas da hermenêutica, pelo menos enquanto conceitos não claros de ciência, de crítica e de reflexão dominarem a discussão. E isso porque vivemos numa era em que a ciência exerce um domínio cada vez maior sobre a natureza e rege a administração da convivência humana, e esse orgulho de nossa civilização, que corrige incansavelmente as fastas do êxito e produz constantemente novas tarefas de investigação científica, onde se fundamentam o progresso, o planejamento e a remoção de danos, desenvolve o poder de uma verdadeira cegueira. No enrijecimento desse caminho rumo a uma configuração progressiva do mundo pela ciência perpetua-se um sistema no qual a consciência prática do indivíduo se submete resignada e cegamente ou então se rebela revoltosa, e isto significa, não menos cega (GADAMER, 2008b, p.292)

Para Gadamer (2008a), a hermenêutica não é ametódica ou antimetódica. Ela trabalha em outra perspectiva metodológica, diferente da metodologia científica. A base do pensamento de Gadamer reside na crítica ao espírito instrumental da modernidade. Gadamer não é contrário ao conhecimento

das ciências naturais e exatas, isto é uma falsa interpretação do seu pensamento, ele respeita a ciência moderna, o que se tem de fato, é que há limites da própria pesquisa científica. Pois, “o método não é cânone único e universal, nem do conhecimento, nem da verdade” (GACKI, 2006, p. 8).

3.2 CONCEITOS DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA

Gadamer (2008a; 2008b) chama atenção em sua reflexão, que não devemos estar presos aos nossos pontos de vista, mas que devemos nos colocar abertos diante das possibilidades de compreender a experiência do outro, que, a princípio, também faz parte da nossa experiência, caracterizando a hermenêutica como caminho para compreender os fenômenos da vida humana, sem cair nas perspectivas reducionistas. Não podemos esquecer que sempre somos parte daquilo que queremos entender e, que não existe um único caminho para a verdade, o que se tem são verdades, aspectos diferenciados da mesma realidade, construída na autoridade, com base no preconceito e na tradição.

Para condução teórica deste trabalho, utilizei os conceitos advindos da filosofia de Gadamer (2006; 2008a; 2008b) acerca da: Compreensão e entendimento; Lógica da pergunta e da resposta (vista num processo de interação); Restabelecimento da tradição, da autoridade e do preconceito (sobre os envoltivos pré-reflexivos acerca dos fenômenos humanos); Consciência histórica efetiva (ou histórica efetual); Temporalidade (problemas de entendimento ocorrem na compreensão do passado a partir do presente, pois o tempo não é cronológico, mas vivido); Fusão de horizontes (no sentido de unir dialogicamente perspectivas ou visões de mundo); e do conceito de saúde, doença, cuidado e tratamento, discutidos nos textos sob o título da obra “*O caráter oculto da saúde*”.

A **compreensão**, em princípio, é **entendimento**, significa uns se entenderem com os outros. Na perspectiva hermenêutica os seres humanos, na maioria das vezes, entendem-se ou fazem um movimento (mobilidade) interior e relacional com o outro, em busca de atos de entendimentos ou acordos consensuais. “Não só o compreender e o interpretar, mas, também, o aplicar,

[pois], o compreender a si mesmo, forma parte do proceder hermenêutico” (GACKI, 2006, p.16).

Gadamer (2008a) nos diz que para compreender se faz necessário um estranhamento, ou seja, o entendimento ocorre a partir do aparecimento de um transtorno, este concretizado numa pergunta colocada, que pressupõe abertura, mas também delimitação. Assim, o caminho para compreender começa no exercício da negação, do estranhamento (de quem quer conhecer), pois as palavras e os discursos dizem muito mais do que está na aparência do dito. Quem interpreta precisa levar em conta as individualidades contextualizadas das manifestações linguísticas, ou seja, o enigma que se esconde na construção do pensamento e que se materializa através da linguagem e do diálogo.

O primado da hermenêutica está na experiência do perguntar, pois se quisermos clarificar nossa compreensão, é na essência da pergunta que encontraremos as trilhas para o saber. “Para perguntar, é preciso querer saber, isto é, saber que não se sabe” (GADAMER, 2008a, p. 474). Dessa forma, a pergunta toma a dianteira, se constrói no pensar, na inquietude de querer entender, a arte de perguntar se mostra aberta ao diálogo, ao encontro com o outro, na busca do comum a todos nós, o entendimento.

Acerca da **lógica da pergunta e da resposta**, o filósofo enfatiza a experiência do perguntar no ato interpretativo. O conceito de *pergunta* é a chave das filosofias hermenêuticas, a pergunta deve ter sentido, ser pertinente. Sentido que se refere à orientação aos pressupostos das possíveis respostas. “O sentido [direção] de perguntar consiste em colocar em aberto àquilo sobre o que se pergunta em sua questionabilidade. Ele [o sentido] tem que ser colocado em suspenso, de maneira que se equilibrem o pró e o contra” (GADAMER, 2008a, p. 474).

Ainda nesse caminho do entendimento do pensar humano (a subjetividade e a intersubjetividade), o filósofo alemão retoma, na sua obra, as questões em que propõe **o restabelecimento da tradição, da autoridade e do preconceito**. Sob esses conceitos Gadamer (2008a) constrói sua crítica ao pensamento moderno e desmistifica interpretações pejorativas sobre o que sejam tais proposições.

Assim, a *autoridade* pode ser vista oposta à razão e à liberdade. Esta não tem relação com a cega obediência aos comandos, mas ao conhecimento e reconhecimento desses comandos, mediados pelo processo pedagógico. Ter autoridade sobre algo é ter conhecimento, e esse conhecer é alcançado e reconhecido na tradição.

Já o *preconceito*, esse assume importante papel nessa tríade, devido a sua aproximação com o *pré-conceito* e o *pré-julgamento*. Ele, o preconceito, nos diz muito sobre os procedimentos e os compromissos filosóficos com o desvelamento da verdade.

E Gadamer (2008a) nos chama atenção para esta situação: de que os pré-julgamentos são possíveis, não por razões neutras ou abstratas, mas pelo conjunto de envolvimentos pré-reflexivos. O que não se pode esquecer é que sempre somos parte daquilo que queremos entender e, que não existe um único caminho para a verdade, a tradição hermenêutica rejeita o mundo unitário do conhecimento, o que se tem são verdades, aspectos diferenciados da mesma realidade, construída na autoridade e na tradição.

A palavra *tradição* deriva do latim *traditio*, cujo verbo *tradere* significa ceder ou dar alguma coisa. Tradição, portanto, se refere ao processo de passar adiante alguma coisa, algum ensinamento num movimento geracional. A tradição vai além do fundamento racional e, em grande parte, determina nossas instituições e atitudes. Sua reabilitação se justifica por esta ser uma importante noção da teoria social e cultural. A ela cabe a atividade de transmitir o conhecimento, a tradição, portanto, é uma força vital inserida na cultura dos homens e a transmissão do conhecimento de geração a geração é uma ação reflexiva. Pois a tradição é linguagem e nunca podemos escapar dela, pois sempre nela nos encontramos.

Fornari (2001, p. 12), discorrendo sobre os conceitos *tradição*, *preconceito* e *autoridade*, nos esclarece, sob a ótica de Gadamer, que:

Tradición y autoridad son dos categorías inherentes a la conciencia da la experiencia humana en cuanto ella es sorprendida por la razón en su dinamismo completo, encarnado e histórico. La descalificación sumaria de ambas as categorías

prevalece allí donde un afán metódico *apriorístico* se instaura como un cualificador del análisis de la experiencia humana. La a-historicidad y el espíritu de ruptura de la filosofía del *Cogito* epistemológico halla su ocasión en factores contextuales no siempre examinados en cuanto tales, pero se determina desde o presupuesto de constituir el sistema completo y autónomo del saber. Se busca una clave de seguridad analítica, no tanto para comprender las cosas mismas, sino para descartar los significados que impiden un control del conjunto de la experiencia, bajo el axioma de que sólo se conoce lo que se produce. (...) Gadamer coloca su empeño teórico en las experiencias antropológicas básicas que preforman ulteriores aproximaciones epistemológicas y regulaciones de la vida práctica, sin prescindir del estatuto “previo e fundamenta” de la cuestión del ser que cualifica a todo intento filosófico (...) La *pré-compréncion* práctica do *Dasein*, en lugar de ser recolectada en su integridad y llevada a su instancia auto-consciente, más bien si encierra sobre alguna de sus posibilidades derivadas, circunstancialmente más plausible: p.e., como *subjetividad, vitalidad, psiquismo asociativo, emotividad*.

Nisso consiste, à base da crítica de Gadamer, a razão instrumental humana, pois a superação de todos os prejuízos ou preconceitos da vida moderna se manifesta, ela mesma, num prejuízo ou preconceito da experiência, cuja revisão abrirá caminho para uma compreensão apropriada na essência do nosso ser, ou seja, da nossa consciência histórica diante da realidade vivida, sobre o solo da tradição (FORNARI, 2001).

Ao propor a existência da **consciência histórica efetual** ou **histórico efetivo**, Gadamer (2008a) defende que o entendimento é essencialmente histórico, este sempre ocorre contra um pano de fundo de entendimentos e envolvimentos históricos prévios. Para Gadamer (2008a) os atos de entendimentos são considerados “efetivos ou efetuais”, pois têm efeito sobre a própria consciência. Esses termos são usados para demonstrar que a consciência histórica sempre existe como efeito do passado no presente, refletindo o futuro. Sobre o presente Gadamer (2007c, p. 48) nos diz que: “esse ‘agora’ não representa apenas uma posição pontual do contínuo dos agoras que se seguem uns aos outros. Ao contrário, ele é um agora que contém em si o seu passado e o seu futuro”.

Por meio da hermenêutica é possível dar conta das possibilidades da compreensão da finitude humana a partir das ciências do espírito, tendo a

responsabilidade de encerrá-la no *locus* do contexto existencial da comunicação para buscar seu entendimento (BRITO, 2005). Assim, a consciência histórica está presente em um processo interpretativo sobre algo experienciado na vida humana, o que nos leva a compreender que sempre existirá uma verdade desvelada, com efeito do passado no presente, e reflexo no futuro, a temporalidade do viver e do existir.

Sobre o tema da **temporalidade**, Gadamer aponta que tal conceito não nos remete a pensar as mudanças da vida humana como algo cronologicamente determinado, mas como modificações que se processam no tempo vivido, relacional e interativo das experiências humanas, numa união de perspectivas ou horizontes de vida (GADAMER, 2008a).

Em relação à **fusão dos horizontes** e os problemas do entendimento do passado a partir do presente, temos como resultado, à medida que adquirimos a capacidade de utilizar a linguagem, mediados pelo processo de aculturação, do aprendizado geracional, o mesmo horizonte. O termo “horizonte”, usado por Nietzsche e Husserl reflete uma visão panorâmica a qual denominamos perspectiva. Assim, o conceito de horizonte sugere a amplitude superior de visão que a pessoa tende a emitir no processo de entendimento (GADAMER, 2008a).

O horizonte não é fixo, quando aplicamos isso à mente, podemos falar das limitações de horizontes, da provável expansão de horizontes, da abertura de novos horizontes. A fusão de horizontes é mais que a soma de elementos de visão, pressupõe o encontro de modos diferentes de ver o mundo, resultante do processo de aculturação mediado pelo uso da linguagem e da tradição. Gadamer sugere que a perspectiva de horizonte nos leva a ampliar nosso olhar sobre o mundo e sobre as coisas do mundo (GADAMER, 2008a).

Ter um horizonte é ter uma perspectiva de visão sobre o mundo vivido. Esse olhar remete o uso da linguagem, portanto, um horizonte pode ser colocado em encontro com outro horizonte, num processo de fusão, ou seja, de acordos linguísticos. Assim, todo entendimento do presente acontece a partir de um horizonte interconectado com o passado, vislumbrando um futuro. Este é o caráter da tradição em si: os diversos modos de olhar o mundo são feitos do passado, presente e futuro.

3.3 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE NUMA ABORDAGEM HERMENÊUTICA

Em seu trabalho intitulado “O Caráter Oculto da Saúde”, Gadamer (2006) discute como o pensamento hermenêutico traz contribuições importantes para o campo da produção do conhecimento nas ciências da saúde. Essa discussão é uma das preocupações no mundo atual, no qual a ciência moderna e seus avanços biotecnológicos se apresentam em dupla face: uma face de positividade, percebida pelo salto na produção e nas descobertas científicas no campo dos problemas e do cuidado em saúde; e outra face, da negatividade, que reduz o conhecimento em saúde a simples variáveis mensuráveis e o cuidado à pessoa humana a seus aspectos fisiopatológicos (GADAMER, 2006). Para ele “(...) importa alcançar o equilíbrio entre a capacidade de fazer e o querer e fazer responsável que consiste o cuidado em saúde” (GADAMER, 2006, p. 8).

Assim, acerca do entendimento conceitual sobre a saúde, Gadamer (2006) nos faz pensar sobre as práticas de cuidado dos profissionais de saúde e, particularmente, nas práticas de enfermagem. Relacionando tal discussão filosófica ao objeto desta pesquisa, estamos nos referindo, especificamente, sobre as práticas realizadas no cotidiano dos serviços básicos de saúde na convivência entre os enfermeiros e usuários com HAS. Essas pessoas somos nós, enfermeiros e clientes, que nos encontramos em constante diálogo, cujo objetivo é o cuidado terapêutico que favoreça a melhor condição de saúde aos usuários que estão cotidianamente sob nossos cuidados. Nesse sentido, “o diálogo apenas faz com que o outro, sem que se volte a se desorientar, vislumbre a possibilidade de despertar a sua própria atividade interna, a qual chama de ‘colaboração’” (GADAMER, 2006, p. 142).

Para o filósofo, o ato de cuidar envolve “a capacidade de fazer, o querer e fazer responsável” (GADAMER, 2006, p. 8). Nestas três circunstâncias residem as possibilidades e limites das nossas tomadas de decisões acerca do planejamento, da execução e da avaliação do cuidado integral à saúde. Para melhor entendimento do que seja a saúde, Gadamer diz que ela está associada a um estado de equilíbrio. Assim, o equilíbrio é como a ausência de gravidade, já que os pesos se compensam. A perturbação do equilíbrio somente pode ser afastada por meio de um contrapeso. Mas, a cada tentativa de compensar uma

perturbação com um contrapeso, já acontece a ameaça de uma nova perda inversa de equilíbrio. Portanto, a manutenção do equilíbrio é um modelo bem instrutivo, que mostra que há perigo de toda intervenção. Sempre há ameaça de se fazer demais. Saúde é o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar (GADAMER, 2006).

A saúde depende de muitos fatores. Ao final da busca pelo restabelecimento do equilíbrio e da harmonia, encontra-se não somente a saúde. Há reintrodução do usuário na sua antiga posição na vida cotidiana. Isto é o que buscamos ao desenvolver o tratamento mais apropriado, mediado pelo diálogo terapêutico, que é a “recuperação plena”, mas que, seu alcance, com certeza, não é apenas da competência dos profissionais de saúde, há a necessidade da colaboração da pessoa que se encontra em estado de desequilíbrio (doença), de agir também para sua recuperação (GADAMER, 2006).

A doença, a partir deste conceito, seria a expressão da perturbação a este estado de equilíbrio, que impulsiona o homem a buscar medidas para a sua correção como, por exemplo, buscar no serviço de saúde a ajuda do médico ou enfermeiro. “A perturbação da saúde é o que torna necessário o tratamento médico” (GADAMER, 2006, p. 118).

O discurso das práticas do cuidar sob o viés Gadameriano aponta que a saúde do homem reflete momentos de equilíbrio e desequilíbrio. “Tornar-se sadio é, então, como um retorno às vias vitais que levam em si o restabelecimento” (GADAMER, 2006, p. 103). Porém, quando há perturbação deste equilíbrio, há a manifestação do sofrimento sob a marca da doença ou agravo no corpo biológico, social e existencial. Para o filósofo, nem sempre estamos completamente sadios ou doentes. O mecanismo da existência favorece um ou outro estado, que vão determinar a nossa vitalidade diante da vida.

Para Gadamer (2006) a saúde, entendida como estado de equilíbrio é algo vivenciado a partir da experiência do ‘ser’ diante do mundo de vida que é o seu cotidiano, construído a partir dos elementos trazidos pela cultura, intersubjetividade e linguagem. Este modo de estar no mundo traz, para os profissionais do cuidado em saúde, a possibilidade de abrir-se a novos horizontes

conceituais sobre saúde e cuidado, com vistas para compreensão deste homem diante das manifestações complexas do seu processo saúde-doença.

É esta abertura a um novo entendimento conceitual sobre o desequilíbrio da saúde e a doença, que possibilitará a construção do cuidar diferente do saber da biomedicina, pois esta abertura se dá ao outro, a partir de um espaço comum, que é o cotidiano assistencial. Assim, os conceitos como equilíbrio, harmonia, diálogo, globalidade serão valorizados para compreender a saúde e construir projetos de cuidados terapêuticos mais condizentes com as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos humanos (GADAMER, 2006).

Portanto, o cuidado é algo presente na realidade operacional dos serviços de saúde, visto que pode ser assumido nos seus diferentes aspectos, ou seja, na promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde individual e coletiva, esta por sua vez, se processa no ritmo da vida.

O cuidado indica, primeiramente, a necessidade de convergir à diagnose, o tratamento mais apropriado, o diálogo e a colaboração do usuário nesse momento existencial, que é a experiência da doença. Nisto consiste o diálogo terapêutico, que não se trata aqui apenas de um diálogo centrado na intersubjetividade humana, com finalidade do encontro linguístico para entenderem-se uns com os outros (GADAMER, 2006).

O diálogo terapêutico vai além, por suas especificidades de ter um fim a ser alcançado e por ocorrer entre o “eu e o outro”, mas que possuem papéis a cumprir, que são os profissionais de saúde e o ser humano vivenciando a situação de ser-estar doente. O diálogo terapêutico assume a finalidade primária, que é a vigilância da saúde com vistas à efetivação do cuidado em saúde, neste encontro dialógico o que se busca é o restabelecer do equilíbrio perdido da saúde do ser humano. Ser que vivencia o momento de perturbação no seu mundo de vida (GADAMER, 2006).

O diálogo terapêutico possibilita a decisão compartilhada pelo tratamento mais apropriado à situação vivenciada e, nesse momento, a situação que requer intervenção é a pessoa que experiencia a desarmonia da saúde, expressa como perturbação, no caso, como doença. O cuidado em saúde

centrado no diálogo terapêutico considera o vivenciar existencial do doente diante de sua condição. Nesse encontro dialógico entre profissional e usuário, o conhecimento do terapeuta orientará a decisão apropriada ao ritmo do viver saúde do ser humano, no sentido de promover o retorno da harmonia - saúde - e sua reintrodução à realização de suas tarefas cotidianas (GADAMER, 2006).

Gadamer (2006), ao afirmar que a saúde não pode ser mensurada, coloca em discussão os preceitos da ciência moderna, que vê a doença como centro dos cuidados biomédicos. Ao contrário, a saúde está ligada ao ser do indivíduo, numa perspectiva existencial e subjetiva da experiência humana diante do mundo de vida que a doença, que se manifesta como perturbação. Tal situação de vivenciar a doença é individualizada e única, sendo que a “arte” da cura vai além da dimensão biológica do ato de cuidar instrumental.

Dessa forma, o cuidado em saúde aos portadores da HAS requer atitudes de corresponsabilidade entre os diversos atores envolvidos com a problemática (gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares, comunidade). Todo tratamento começa com a mão, com o tocar, com o encontro do eu com o outro. É no toque e na atitude curiosa em conhecer aquela experiência de viver a doença, ao examinar o corpo que é desconhecido, que o distanciamento entre o profissional e o usuário será abolido.

O agir consciente, cúmplice, o verdadeiro encontro terapêutico ocorrerá, e, assim, será possível dialogar. Como elementos do diálogo terapêutico são necessários o ouvir e escutar atencioso; o buscar o entendimento; o conhecimento do outro, mediado pela linguagem, pois é no que o usuário nos tem a falar sobre a experiência do viver a doença que encontraremos as ‘pistas’ para a decisão do tratamento mais humano e apropriado.

CAPÍTULO 4

REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com aproximação à hermenêutica de Hans-Georg Gadamer.

Na pesquisa qualitativa, a teoria e a metodologia caminham vinculadas, utilizando-se um conjunto de métodos e técnicas que subsidiou a realização desta investigação científica. A metodologia, por sua vez, constitui o “caminho do pensamento” e incluiu: (a) as concepções teóricas que fundamentam a análise; (b) as técnicas ou conjunto de técnicas utilizadas para compreender a realidade; e (c) o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2008b, TRIVIÑOS, 2008).

Os objetivos deste estudo justificam o uso da abordagem qualitativa, pois compreender os sentidos do cuidado em saúde relacionado à hipertensão junto aos nossos depoentes remete a compreender a subjetividade do objeto.

Devido a situações peculiares do campo de investigação, os dados disponíveis no sistema de informação de saúde SISHIPERDIA², do município *locus* do estudo, com relação aos últimos cinco anos, encontram-se incompletos, na base de dados do DATASUS, o que reforça buscar por meio da pesquisa, informações mais acuradas em termos da população-alvo do programa.

A opção em captar os dados acerca do objeto de estudo a partir da subjetividade, das relações de vida, das crenças, das percepções e das opiniões dos sujeitos que vivenciam o fenômeno, é fundamental para apreensão dos elementos que tragam respostas aos nossos questionamentos enquanto

² SISHIPERDIA é um sistema nacional informatizado de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou *Diabetes Mellitus*, disponível eletronicamente. Este sistema faz parte do Plano Nacional de Reorientação da Atenção à hipertensão arterial e/ou *Diabetes Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Esta ferramenta tecnológica é útil aos gestores, profissionais e pesquisadores em saúde por se configurar num banco de dados com informações diversas sobre o panorama clínico e epidemiológico dessas patologias (BRASIL, 2009d).

investigador de uma realidade social na qual a saúde é elemento de capital importância (MINAYO, 2008b).

Segundo Minayo, as pesquisas qualitativas se adequam mais a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais [das relações do cuidado em saúde] sob a ótica dos atores para análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2008b, p. 57). Portanto, dão possibilidade do confronto da fala e da prática social para a compreensão da realidade objetiva (MINAYO e SANCHES, 1993).

A pesquisa hermenêutica prima pelo diálogo em busca da compreensão da realidade-objeto. A interpretação é base do entendimento e ocorre a partir do contexto mais íntimo da experiência do ser no viver o cotidiano. Em termos metodológicos, a hermenêutica surge no campo da saúde como uma possibilidade da análise interpretativa da realidade social, um modo de compreender o objeto, que é a saúde e o cuidado (MINAYO, 2008a).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Configurou-se como espaço da pesquisa o município de Pau dos Ferros/RN. Situado na mesorregião do Alto Oeste Potiguar. Possui uma população recenseada e estimada de 26.728 habitantes. Em extensão territorial apresenta área de 259,96 km², com densidade demográfica de 102,8 hab./km² (IBGE, 2009b).

Seu PIB *per capita* é de R\$ 4.556,00. Em relação ao desenvolvimento humano, ocupa a posição nº. 2526 no ranking Brasil e o 7º lugar no estado com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,725, o IDH-Longevidade de 0,752; o IDH-M-Educação de 0,792 e o IDH-M-Renda de 0,631, pelos dados de 2000. O valor do seu Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é de R\$ 9.108.187,56 (PNUD, 2009; IBGE, 2009b).

Seu caráter sociodemográfico é urbano e, aproximadamente, 90% da população residem na zona urbana. Tal aspecto justifica-se pelo processo de construção histórica e social do seu povo, cuja economia concentra-se nas atividades comerciais e de prestação de serviços (educação, saúde, bancos,

construção civil, comércio de alimentos, confecções, entre outros), agropecuária e potencial para desenvolvimento do turismo, que se configuram razões da manutenção da cidade se constituir como pólo da vida social e econômica da região serrana (PAU DOS FERROS, 2005).

Distante a 420 km da capital Natal e a 152 km da cidade de Mossoró, a dinâmica social de Pau dos Ferros não se diferencia das cidades de pequeno porte do sertão nordestino brasileiro. Entretanto, o fato de ser pólo regional, coloca a cidade em situação privilegiada quanto à existência de instituições públicas federais e estaduais representativas dos vários órgãos governamentais e dos diferentes setores da sociedade civil (PAU DOS FERROS, 2005).

Represento a localização geográfica deste município na Figura 7.

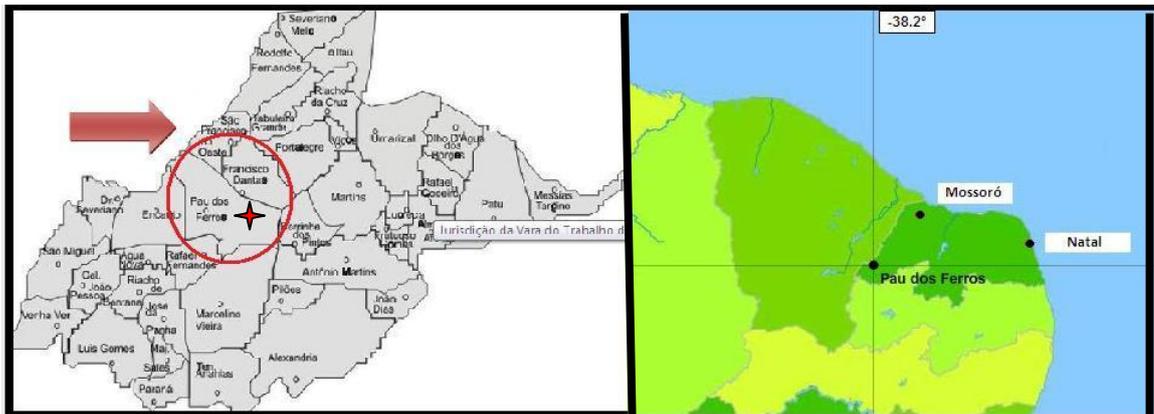


Figura 7 – Localização geográfica do município de Pau dos Ferros e da Região do Alto Oeste Potiguar.

Fonte: IBGE (2009a).

No campo da saúde, Pau dos Ferros habilitou-se no ano de 2003, na modalidade da Gestão Plena em Saúde, respeitando os princípios da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que dispõe sobre as determinações normativas, dos pactos e das estratégias que o tornarão apto na Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal (BRASIL, 2002e; PAU DOS FERROS, 2005).

Consensualmente ao Plano Diretor de Regionalização (PDR/RN), o município em questão assume, a partir de 2003, a posição de Sede de Módulo Assistencial da microrregião do Alto Oeste Potiguar, referência para 21 (vinte e um) municípios e pólo da macrorregião do Alto Oeste Potiguar, referência para 37

(trinta e sete) municípios, totalizando uma demanda populacional de serviços de saúde de 217.622 habitantes. Atualmente, a capacidade instalada de estabelecimentos de saúde é 27 (vinte e sete) (PAU DOS FERROS, 2001; 2005; IBGE, 2009b).

Em relação aos serviços de assistência hospitalar, existem três instituições com disponibilidade de 147 leitos para internações. O Hospital Regional “Dr. Cleodon Carlos de Andrade” sob a responsabilidade do governo estadual destina seu atendimento à emergência pediátrica, clínica, cirurgia, obstetrícia, traumatologia ortopedia e outros; internações em emergências, clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e Unidade de Terapia Intensiva; encaminhamento para outros hospitais da rede estadual hospitalar seguindo sistema de referência, sua capacidade é de 50 leitos para internações. Os outros estabelecimentos, a Maternidade Santa Luiza de Marilac e o Hospital Dr. Nelson Maia são instituições sem fins lucrativos conveniadas ao SUS, juntas disponibilizam 97 leitos (PAU DOS FERROS, 2001; 2005; IBGE, 2009b).

No setor privado, encontramos uma gama de estabelecimentos de apoio diagnóstico pertencentes à iniciativa privada ou conveniados ao SUS (laboratórios de bioquímica e patologia, clínicas de especialidades médicas, clínica de hemodiálise, de diagnóstico por imagem). Além destes a rede estadual e municipal de saúde dispõe de Laboratório Central, Banco de Sangue, Farmácia Popular, Centro de Apoio Psicossocial e Central de Regulação. Em se tratando da assistência primária, conta com 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que funcionam como Unidades Saúde da Família, o que representa uma cobertura total da população adscrita no Sistema Local de Saúde (PAU DOS FERROS, 2001; 2005; IBGE, 2009b).

Para caráter ilustrativo, no Quadro 2 apresento as respectivas unidades de saúde da família e o número de domicílios atendidos. Essas unidades compõem a porta de entrada da atenção básica, sendo as USF numeradas com n= 1, n= 2 e n =3, situadas na zona rural e as demais na zona urbana. Entretanto, as unidades de saúde numeradas com n=4, n=5 e n=6, se configuram, do ponto de vista do território de abrangência, como unidades mistas, pois atendem tanto às famílias residentes na zona urbana, quanto às residentes na zona rural do

município. As USF n=7, n=8, n=9, n=10 e n=11 são unidades de saúde de referência para domicílios da zona urbana (PAU DOS FERROS, 2005).

Quadro 2 – Unidades Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN e o número de famílias cadastradas e de pessoas de 20 a 59 anos

Unidade Saúde da Família	Número de Famílias Cadastradas	Número de pessoas de 20 a 59 anos
USF Maria Fiel de Sousa (n=1)	161	292
USF Daniel Gama da Silva (n=2)	259	527
USF Antônia Bernadete Cosmiro (n=3)	187	416
USF João XIII (n=4)	845	1721
USF Dr. Cleodon Carlos de Andrade (n=5)	1259	1452
USF Mãe Cristina (n=6)	601	1136
USF Ver. João Queiroz de Souza (n=7)	816	1684
USF São Judas Tadeu (n=8)	1395	2778
USF Caetano Bezerra do Nascimento (n=9)	823	1513
USF Dr. Pedro Diógenes Júnior (n=10)	736	2517
USF Princesinha do Oeste (n=11)	1053	2218
TOTAL	7528	15019

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de Pau dos Ferros/RN. Outubro (2009)

As imagens das Unidades Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN podem ser visualizadas na Figura 8.

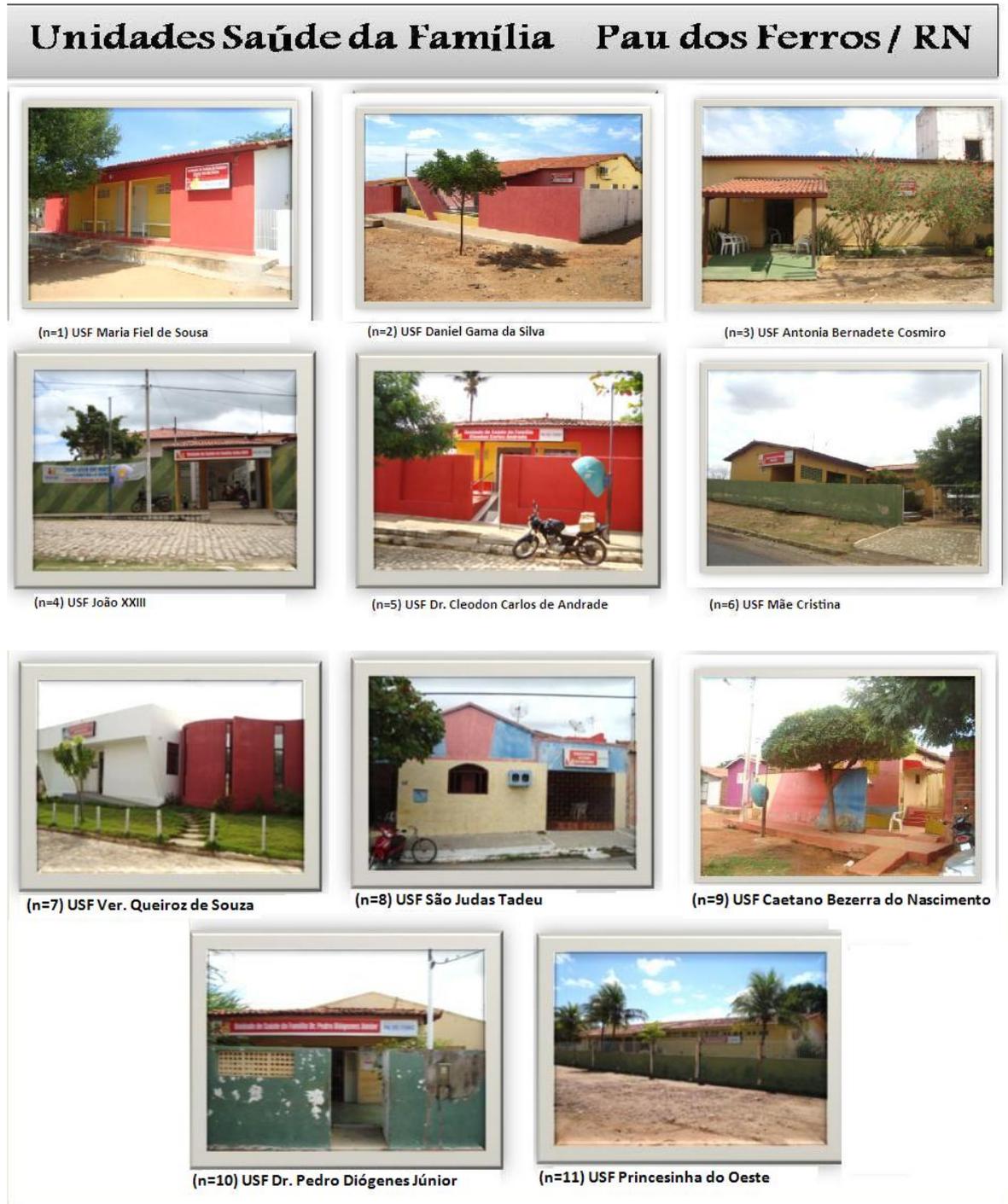


Figura 8 – Unidades Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2009)

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram distribuídos em dois grupos assim representados: Grupo I (composto por enfermeiros das 11 equipes da Estratégia Saúde da Família) e Grupo II (composto por 23 usuários adultos com HAS atendidos pelos profissionais na ESF).

Como critério de inclusão para o Grupo I definiu-se: (1) existência do programa de acompanhamento às pessoas com HAS na UBS onde o profissional atua. Como critérios de exclusão para o referido grupo definiu-se: (1) no período da coleta dos discursos, o enfermeiro encontrar-se de férias ou gozando de licença de qualquer natureza (afastamento, licença médica, licença maternidade entre outras) e (2) o profissional estar atuando junto a ESF como substituto.

No caso do Grupo II – Usuário estabeleceu como critérios de inclusão: (1) ser cadastrado pela equipe da saúde da família na sua área de residência; (2) ser usuário dos serviços ofertados pela equipe de saúde na UBS; (3) ter idade entre 20 anos e 59 anos, 11 meses e 29 dias no dia da entrevista.

Justifico a delimitação da idade dos usuários, devido o adulto ser o grupo populacional de maior expressividade numérica (mais de 15.000 pessoas) entre os residentes nas áreas de abrangência de atuação da ESF em Pau dos Ferros/RN, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/2008). Como também, por observar a ausência de ações específicas para esta faixa etária, pois há no município grupos de idosos de caráter social que trabalham a educação e a saúde da população na terceira idade acometida por HAS.

Como critérios de exclusão têm-se para o referido grupo: (1) ser portador de *Diabetes Mellitus*; (2) apresentar debilidades físicas, cognitivas e clínicas que o impossibilitasse de se expressar verbalmente e compreender as perguntas dirigidas a ele durante a entrevista; (3) ser usuário exclusivo de seguro de saúde ou do setor privado de saúde.

Quanto aos usuários, a amostragem foi do tipo intencional, retirada entre os residentes de áreas das nove unidades de saúde da família situadas na zona urbana do município. Solicitou-se aos Agentes Comunitários de Saúde a indicação dos usuários acompanhados, cadastrados no HIPERDIA e residentes

nas microáreas de sua responsabilidade. Foram realizadas 23 entrevistas junto aos usuários, obedecidos aos critérios de inclusão e exclusão.

4.4 COLETA DAS ENTREVISTAS

A técnica de coleta dos discursos utilizada foi a entrevista, aplicada aos participantes dos grupos I e II e realizadas nos meses de junho e julho de 2009.

Optou-se pelo instrumento de entrevista semi-estruturada, pois o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre suas experiências a partir do foco central proposto pelo pesquisador; ao mesmo tempo em que permite que suas respostas sejam livres e espontâneas, valorizando, assim, a atuação do entrevistador, que, por sua vez, dispõe de liberdade técnica para fazer adaptações, caso necessário, já que não há obediência a princípios rígidos em relação ao teor dos questionamentos, pois estes podem ser aprofundados no sentido do desvelamento do tema objeto da conversa (LUDKÉ e ANDRÉ, 1986; TRIVIÑOS, 2008).

Nesse tipo de entrevista o depoente pode percorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Dessa forma, na entrevista privilegia-se a obtenção de informações por meio da fala individual, o que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmitem, por um porta-voz, representações sobre o cotidiano de determinados grupos (MINAYO, 2008b).

Para a realização das entrevistas utilizei roteiro de questões, que guiou a busca por compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família ao cuidado e as ações de cuidar que estes realizam junto aos usuários cadastrados no Programa de Acompanhamento da Hipertensão Arterial (Apêndice 01). Quanto aos usuários, as questões das entrevistas guiaram a busca por compreender como eles realizam os cuidados orientados nos serviços e sua percepção sobre a hipertensão e seu tratamento (Apêndice 02).

Como se tratou de pesquisa qualitativa, no momento da saturação dos discursos, as entrevistas foram encerradas (TURATO, 2003; MINAYO, 2008b).

As entrevistas foram agendadas e realizadas no local de trabalho dos enfermeiros que atuam nas USF da zona urbana. Os discursos dos profissionais que atuam em unidades de saúde localizadas na zona rural foram coletados em suas residências, conforme agendamento prévio. É importante ressaltar que não houve dificuldade na marcação dos encontros com os profissionais, que se mostraram disponíveis e interessados em participar do estudo.

As perguntas aos enfermeiros foram direcionadas para os seguintes pontos: (a) as práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro na USF para os portadores de HAS, (b) a compreensão do profissional sobre a Integralidade em saúde, (c) as atividades em grupo na UBS junto à clientela de hipertensos, (d) os entraves e sugestões apontadas para o cuidado em saúde direcionado a esta clientela.

A título de ilustração, elaborei quadro representativo da caracterização do Grupo I – Enfermeiros, com informações sobre ano de graduação, titulação, forma de contratação e tempo de serviço na USF (Apêndice 3).

As entrevistas com os usuários foram realizadas em seus domicílios. Utilizamos como estratégia de aproximação aos mesmos, acompanhar a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde da microárea de residência do usuário. Não evidenciei problemas de acesso junto aos nossos depoentes, que também se mostraram disponíveis a conversar.

As perguntas aos usuários foram direcionadas para: (a) o cuidado para controle da hipertensão arterial que o usuário recebe na unidade pela equipe de saúde, (b) se ele já fez consulta para pressão alta na Unidade de Saúde da Família (USF), (c) como o usuário se sente em relação ao tratamento recebido e (d) sua participação em atividades de grupo realizadas pela equipe de saúde.

Para ilustrar a caracterização do Grupo II – Usuários, elaborei quadro representativo com informações sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação referida, renda familiar e tempo de diagnóstico da HAS (Apêndice 4).

O início das entrevistas com os grupos ocorreu somente após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, a forma de participação dos depoentes, como o material coletado seria utilizado, a divulgação dos resultados

em veículos e eventos científicos da área de saúde. Apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação em Pesquisas com Seres Humanos aos sujeitos e, após leitura e concordância com o teor do documento, expressa pela aceitação voluntária comprovada pela assinatura do profissional e/ou do usuário, iniciei a entrevista individual (Apêndice 05).

Todas as entrevistas foram gravadas com minigravador digital e, posteriormente, os documentos em formato *Mp3*® foram transcritos com o auxílio do Software *Digital Voice Editor 3*® e editor de textos *Microsoft Office 2007*®.

4.5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise do material das entrevistas consistiu na hermenêutica dos discursos dos sujeitos participantes, os enfermeiros das USF e dos usuários cadastrados no HIPERDIA. A análise de discursos possui três dimensões de caráter complementar: insere-se no contexto de descoberta a que a pesquisa se destina; momento de contrapor os achados aos pressupostos levantados e os objetivos da pesquisa; e amplia a compreensão contextualizada da realidade social, ou seja, do nosso objeto de estudo (MINAYO, 2008b).

Na fase de análise utilizamos os pressupostos de Gadamer segundo as obras *Verdade e Método I e II* e *O Caráter Oculto da Saúde*. A *primeira fase* consistiu em organizar os trechos transcritos literalmente. A *segunda fase* foi o momento em que se buscou apreender nas falas dos depoentes, as similaridades de conteúdo sobre os questionamentos. A *terceira fase*, após a apreensão dos significados, foi identificar o sentido mais comum, mais imediato para a compreensão do que foi questionado pela pesquisadora. Na *quarta fase* as Unidades de Significados foram discutidas a partir do referencial teórico do estudo, para explicitar o sentido oculto nos significados atribuídos à prática de cuidar dos enfermeiros da ESF às pessoas com hipertensão arterial e do cuidar da saúde pelos usuários no cenário da pesquisa.

Represento na Figura 9, de forma esquemática, o caminho do processo hermenêutico, desde a fase da coleta dos discursos (em vermelho) até o final do processo de interpretação das falas dos entrevistados (em verde).

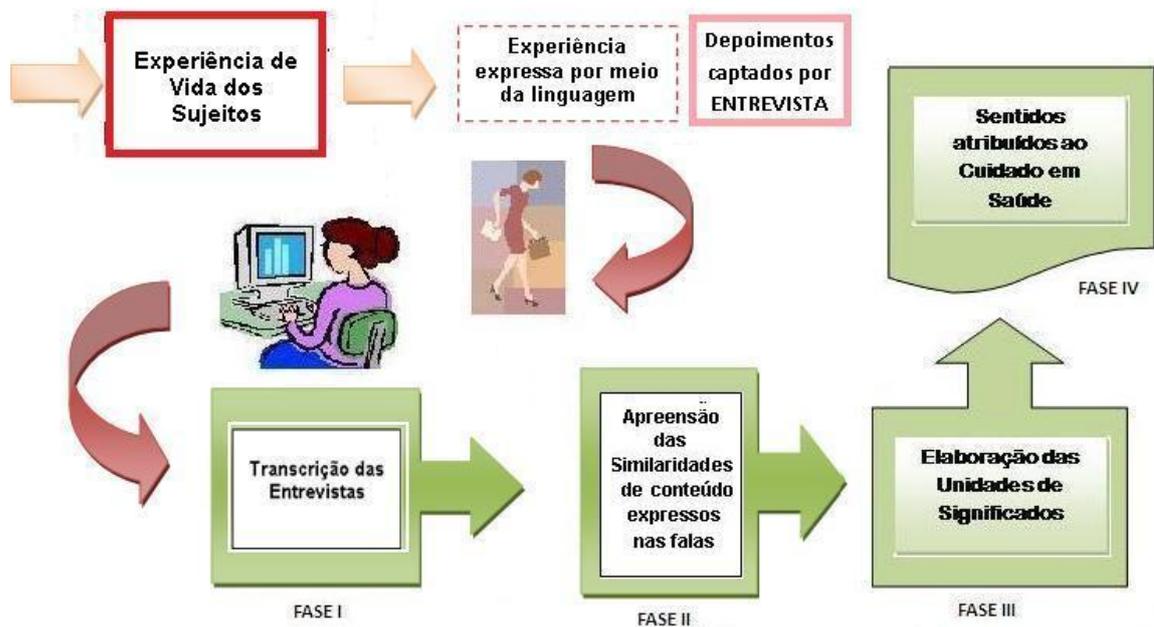


Figura 9 – As fases metódicas da pesquisa

Para a análise das falas dos sujeitos buscou-se uma aproximação com a filosofia hermenêutica. Adotou-se também o pressuposto do círculo hermenêutico que estabelece que todo entendimento é parcial de uma porção do texto, que sempre modifica o todo e o todo modifica as partes. As partes e o todo estão em constante processo de modificação. Assim, a interpretação é algo interminável, não existindo saturação da compreensão do texto. Portanto,

[...] a regra hermenêutica segundo a qual devemos compreender o todo a partir do singular e o singular a partir do todo, provém da retórica antiga e foi transferido, pela hermenêutica moderna, da arte de falar para a arte de compreender. Em ambos os casos estamos às voltas com uma relação circular prévia. A antecipação de sentido, que comporta o todo, ganha uma compreensão explícita através do fato de as partes, determinadas pelo todo, determinarem por seu lado esse mesmo todo. (...) O próprio processo de construção, no entanto, já está dirigido por uma expectativa de sentido que provém do conteúdo anterior. É claro que essa expectativa deve ser corrigida quando o texto o exige. Isso significa que a expectativa sofre outra determinação e que o texto se conjuga na unidade de um pensamento, a partir de outra expectativa de sentido (...) (GADAMER, 2008b, p.72).

Para compreender o expresso por meio da linguagem foi requerida uma preocupação central da pesquisadora sobre o pensar e o conhecer a realidade vivida. Tal conhecimento apreendido refletiu elementos importantes para compreender a vida prática. Neste processo interpretativo, as experiências de vida das pessoas foram consideradas em constante interação dialógica, uma vez que a hermenêutica defende não haver um único caminho metódico válido para produzir conhecimentos, havendo outras formas de se conhecer a realidade social (HERMANN, 2003).

O movimento da compreensão transcorre sempre do todo para a parte e, desta, de volta para o todo. A tarefa é ampliar, em círculos concêntricos, a unidade do sentido compreendido. O critério que cada vez se há de empregar para constatar a justeza da compreensão é a concordância de todas as partes singulares com o todo. A falta dessa concordância significa o fracasso da compreensão (GADAMER, 2008b, p.72)

Para o entendimento do texto gravado foi desenvolvido um processo de juntar a *parte* e o *todo*, de forma que sempre houvesse a incompletude textual. Gadamer chama a isto de círculo hermenêutico, ou seja, a lógica interna da compreensão hermenêutica. Para ele, é fundamental que se compreenda o todo de um texto. Esta compreensão só se fez quando compreendemos este todo a partir de suas partes e estas a partir do todo. Nesta interpretação, não partimos do ponto zero, como se nada conhecêssemos. Ao contrário, já tínhamos uma pré-compreensão daquilo que nos propúnhamos interpretar, pois a compreensão apenas se tornou explícita quando as partes que se definiram este todo foram compreendidas e constituiu o todo do texto (CEIA 2009).

Represento esquematicamente o círculo hermenêutico e sua relação com o processo compreensivo e interpretativo da realidade-objeto na Figura 10.

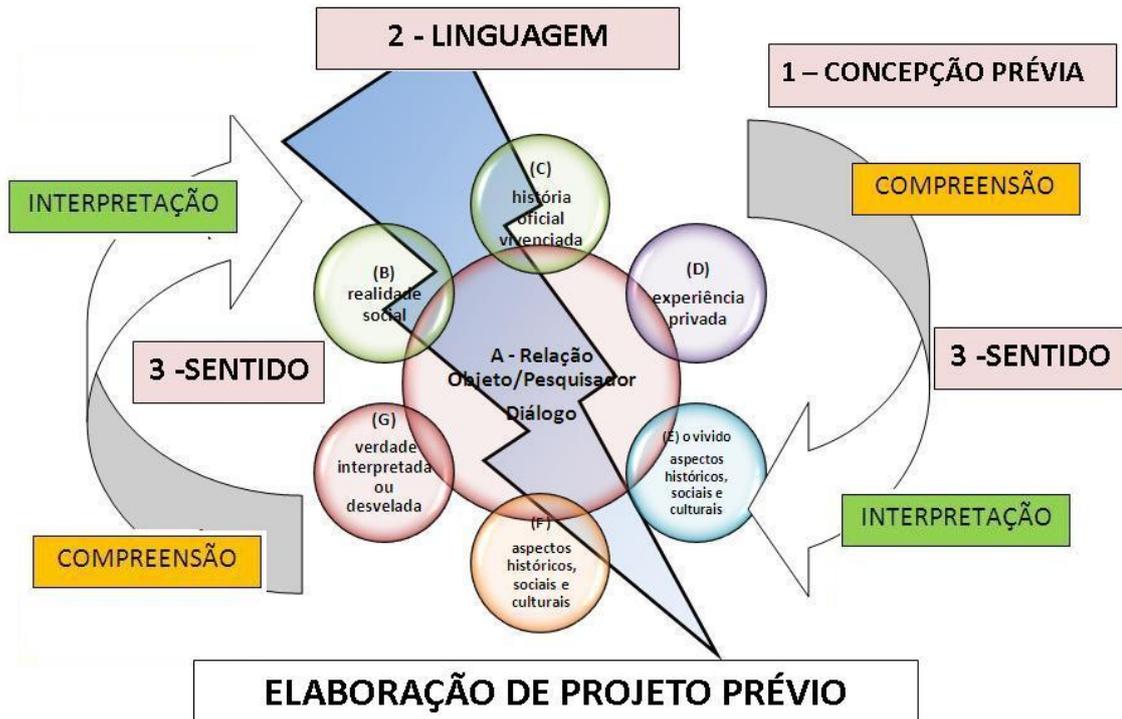


Figura 10 – O Círculo Hermenêutico

Seguindo a orientação de Gadamer (2008b) adota-se (A) como o momento da relação de diálogo/encontro entre o pesquisador e o objeto de estudo. Essa relação dialógica ocorreu numa realidade de cuidado a pessoas com hipertensão no caso (B). Na realidade em estudo, localizam-se os elementos constitutivos do cotidiano humano, ou seja, a história oficial vivenciada pelos sujeitos sobre o cuidado realizado e recebido (C). Desse modo, no que é reconhecido oficialmente deste cuidado, está envolta a experiência privada do sujeito diante da história vivida (D). O vivido, nessa situação, apresenta aspectos históricos da construção do cuidado (E), como também os pré-conceitos advindos da tradição, em um processo de aculturação (F). Assim sendo, a “verdade interpretada” representa a experiência ou história vivida na totalidade e nas partes que a compõem (G).

Neste sentido esquemático, a **concepção prévia da completez (1)** se referiu às construções teórico-filosóficas que guia todo ato de compreensão, cada vez mais determinadas por um conteúdo. O sentido fundamental do círculo entre o todo e a parte foi a base da compreensão. Dessa forma, tal concepção

prévia do todo, nos guiou na formulação de uma pressuposição para compreendê-lo. “Significa que só é compreensível aquilo que realmente apresenta uma unidade de sentido completa” (GADAMER, 2008b, p. 77), pois a consciência prévia sobre o objeto

[...] não está pressuposta apenas uma unidade de sentido imanente, que direciona o leitor, também o entendimento do leitor está sendo constantemente guiado por expectativa de sentido transcendentais que brotam da relação com a verdade do que se tem em mente. Quem recebe uma carta compreende suas notícias, vendo imediatamente as coisas como as viu o remetente, ou seja, considera verdadeiro o que o outro escreveu, sem procurar, por exemplo, compreender a opinião do remetente sobre o assunto. Assim também nós compreendemos os textos transmitidos a partir das expectativas de sentido, extraídas de nossa relação com a coisa. (...) Compreender significa primeiramente entender-se na coisa e, só em segundo lugar, apartar e compreender a opinião do outro como tal. A primeira de todas as condições hermenêuticas permanece sendo, assim, a compreensão da coisa, o ter de se haver-se com a mesma coisa. A partir disto, determina-se o que pode realizar como sentido unitário e com isso o emprego da concepção prévia da completude. Assim completa-se o sentido da pertença, isto é, o momento da tradição no comportamento histórico-hermenêutico pela comunhão de preconceitos fundamentais e sustentadores (GADAMER, 2008b, p. 78).

A **linguagem (2)** está presente em todos os momentos da compreensão e da interpretação do texto ou da fala, ela penetra no círculo hermenêutico como fio condutor do entendimento total sobre o objeto, pois, “quem quer compreender [deve partir do fato de que] está ligado à coisa que vem à fala na tradição, mantendo ou adquirindo vínculo com a tradição a partir de onde fala o texto transmitido”, ou seja, do cotidiano das relações humanas (GADAMER, 2008b, p. 79).

A **direção da compreensão até a interpretação (3)** ocorre do interior para o exterior dos círculos e vice-versa, mediante a elaboração de um projeto prévio sobre o objeto. O primeiro elemento fundamental no processo de compreender algo é a suspensão dos próprios preconceitos, logicamente estruturados numa situação de pergunta (GADAMER, 2008b).

A essência da pergunta é colocar possibilidades e mantê-las em aberto. Mas, frente ao que diz outra pessoa ou um texto, se for preciso questionar algum preconceito, isto não significa que ele simplesmente seja colocado de lado e que o outro ou a outra pessoa se imponha imediatamente e ocupe seu lugar. (...) Na verdade, o preconceito próprio só entra realmente em jogo quando ele está em jogo, ou seja, quando está em questão. É só na medida em que esse preconceito se exerce que ele entrará em jogo com o outro, e isto é de tal forma que também este pode se exercer (GADAMER, 2008b, p. 81).

Portanto, a compreensão daquilo que está no texto consiste na elaboração desse projeto prévio, que sofre constante revisão à medida que aprofunda e amplia o sentido do texto (GADAMER, 2008b). Uma hermenêutica adequada e correta teria de demonstrar, na compreensão, essa realidade própria da história.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Pau dos Ferros/RN. Após anuência do Secretário Municipal de Saúde e assinatura da Folha de Rosto (FR), sob a numeração FR-240684, este foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE) para avaliação, sendo aprovado sob o protocolo nº 08622973-7, emitido em 20 de março de 2009 (Anexo 01).

A identidade dos depoentes foi resguardada mediante a codificação das entrevistas realizadas. Para os participantes do **Grupo I – Enfermeiros**, utilizei a identificação das falas com o prefixo **ENF** seguido de letras do alfabeto em língua portuguesa. Assim, o código para a entrevista número 1 foi **ENF-A**. Seguiram-se as demais entrevistas identificadas com as letras subsequentes.

Para os participantes do **Grupo II – Usuários**, a lógica de identificação e codificação seguiu a mesma orientação, porém, modificou-se a prefixação. Nesse caso, utilizei o prefixo **USUÁRIO**. Por exemplo, o código para a entrevista número 1 junto ao grupo II foi **USUÁRIO-A**. Seguiram-se as demais entrevistas identificadas com as letras subsequentes do alfabeto em língua portuguesa.

CAPÍTULO 5

SIGNIFICADOS E SENTIDOS DO CUIDADO DE SAÚDE: ANÁLISE HERMENÊUTICA

Após a organização das entrevistas foram construídas cinco unidades de significados (US) para os Enfermeiros (grupo I) e três unidades de significados para os Usuários (grupo II). O conjunto dessas Unidades de Significados representa a compreensão imediata sobre os significados atribuídos por nossos depoentes (enfermeiros e usuários) em relação ao cuidado de saúde que oferecem como ações de acompanhamento e controle da hipertensão arterial nas Unidades de Saúde da Família e o cuidado de saúde que vivenciam no cotidiano existencial de “ser hipertenso”.

Minayo (2009b) defende que há vários caminhos possíveis para realizar a análise de dados em pesquisas qualitativas e que esta fase da pesquisa se mostra em três momentos: a análise é momento em que o pesquisador se insere no contexto de descoberta que se destinou a realizar (o desvelar dos sentidos atribuídos ao cuidado do enfermeiro no acompanhamento e controle da HAS e dos sentidos atribuídos ao cuidado recebido/realizado pelo usuário portador de HAS). É também o momento da “administração de provas” e da contraposição dos achados com as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa. E, finalmente, é o momento em que os sentidos desvelados ampliam a compreensão contextualizada do objeto de estudo (o discutir as interfaces de ambos os sentidos desvelados no *locus* do estudo na perspectiva da construção do *diálogo terapêutico* como possibilidade do cuidado em saúde ao portador de hipertensão arterial na ESF) (GADAMER, 2006).

Para visualização das Unidades de Significados emergidas das falas dos integrantes do grupo I, apresento o esquema representativo Figura 11.

UNIDADES DE SIGNIFICADOS GRUPO I ENFERMEIROS

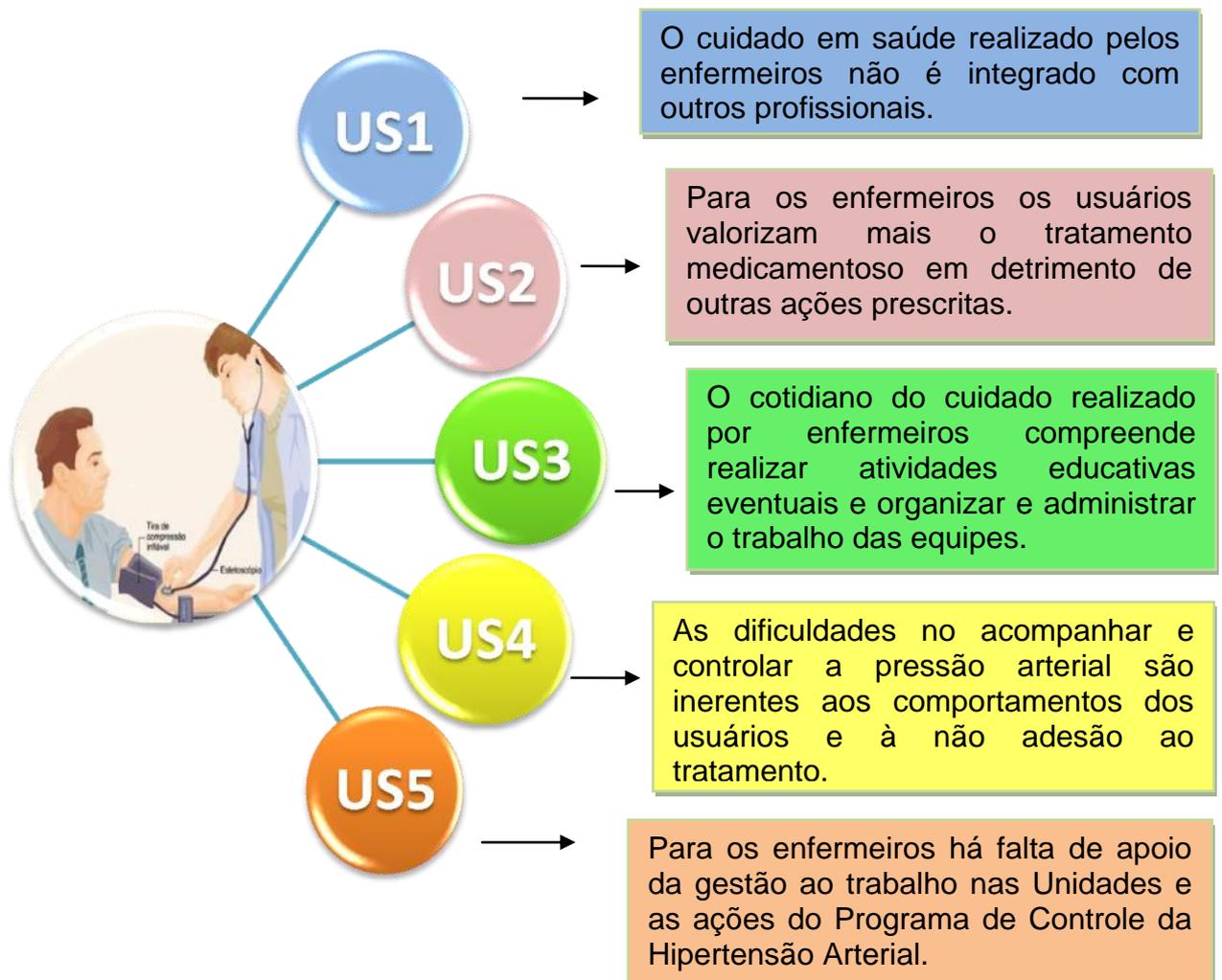


Figura 11 – Unidades de Significados/ Grupo I – Enfermeiros

As Unidades de Significados que emergem dos discursos dos integrantes do Grupo I – Enfermeiros e sua análise interpretativa significam que o cuidado de saúde apresenta os seguintes elementos:

→ **US-1: O cuidado em saúde realizado pelos enfermeiros não é integrado com outros profissionais.**

“(...) é fundamental a interação dos profissionais. A gente tem os profissionais... vai tentando aos poucos. A gente agora vai trabalhar com a nutricionista com eles, tá certo? Aí não sei a parte do educador, (...) se tem no município disponível. (...) já me disseram que tem um pessoal que faz caminhada na praça de eventos. Parece que tem um educador lá, não tem? Disse-me isso um dos pacientes. Não sei se é verdade. Na secretaria de saúde não sei se tem profissional de educação física...” **(ENF-B)**

“Deveria haver um contato profissional/profissional mais apurado. A gente registra tudo no prontuário, mas e aí? Será que só saber que você prescreveu Captopril® é importante?” **(ENF-C)**

“Porque eu já conversei, eu sempre passo para a secretaria que nós temos que trabalhar em conjunto...” **(ENF-D)**

“Os profissionais que tem aqui são, especificamente, os enfermeiros e médicos. Então, para conseguir a integração de outro profissional você tem que agendar com muita antecedência, para saber se a outra pessoa tem disponibilidade”. **(ENF-F)**

“(...) o acompanhamento médico, para variar, é aquele acompanhamento solto... Ele não é integral, não é? (...) E é assim: Aí eu fico conversando com o médico, o senhor vai atender ele?! Aí ele fica falando, respondendo, que vai e que não vai. Aí você se sente só. Porque se tiver algum problema, uma coisa que seja mais grave (...). Eu me preocupo muito. E eu vejo que me preocupo só (...). **Você** fica sozinho naquela luta. Se acontecer qualquer coisa, você tem que correr atrás...” **(ENF-G)**

“A equipe precisa interagir melhor, porque fica muito a desejar a questão disso aí, devido à falta de tempo do médico. Porque eles têm muitas responsabilidades. Fica muito limitado o tempo deles no PSF para gente ter que trabalhar em conjunto”. **(ENF-H)**

“Porque não se reúne. Não tem aquela ligação um com o outro. Não tem realmente um trabalho em grupo, de equipe”. **(ENF-I)**

“Essas equipes todas estão com profissionais recém-chegados. Então precisa que as equipes fiquem mais coesas. Falar na mesma linguagem”. **(ENF-J)**

“No PSF a gente trabalha assim: toma a frente de tudo que organiza, se quiser que a equipe funcione, se quiser resultado. É sempre o enfermeiro na frente. Às vezes o médico trabalha muito isolado (...). E assim, a gente fica levando a coisa sozinho e precisava da ajuda de outros profissionais”. **(ENF-K)**

Na Unidade de Significado (US-1), os enfermeiros indicam que as ações de cuidado para o acompanhamento da hipertensão arterial na ESF de Pau dos Ferros não se dão de forma integrada entre aqueles profissionais que assistem as pessoas com HAS nos serviços básicos. Os discursos revelaram que o processo de trabalho das equipes na realidade em estudo se mostra fragmentado e que o profissional de saúde age de forma individualizada, cumprindo atividades rotineiras. Por vezes, estas ocorrem sem planejamento e avaliação da equipe e as ações são direcionadas a atender a demanda espontânea.

Os enfermeiros sentem-se sozinhos no trabalho com a população por não conseguirem estabelecer ações conjuntas com os médicos. Referem estar sobrecarregados com as outras atribuições do cuidado que prestam à população adscrita e com a organização dos serviços das USF. Eles colocam que têm dificuldades para dialogar com os demais membros da equipe no dia-a-dia da unidade de saúde.

Trabalhar de modo não integrado não favorece ao enfermeiro condições para modificar sua atuação que se encontra focada na organização das ações individuais, repetindo um modelo que, ao invés de aproximá-lo dos princípios do trabalho em equipe, que considera os problemas e as necessidades de saúde dos usuários, afasta-o da população e do próprio movimento de integração entre as ações que a USF é capaz de oferecer.

→ US-2: Para os enfermeiros os usuários valorizam mais o tratamento medicamentoso em detrimento de outras ações prescritas.

“... Só que aqui, na unidade, ele chega com sua carteirinha de hipertenso, pega o medicamento e vai embora... A maior dificuldade que vejo é em relação à população, aos hipertensos. Porque eles estão acostumados a chegar e pegar o medicamento. (...) Eles hoje vêm só para pegar medicamento”. **(ENF-A)**

“... eles [usuários] só querem que venha para o serviço, que é a maior facilidade de conversar com o enfermeiro. Essas coisas, pra receber sua receitinha. E não! A gente está tentando ver se tira isso. Para passar pelo menos de seis em seis meses pela avaliação médica (...). Era mais fácil chegar aqui, pegar a receita,

pedia ao Agente de Saúde que levasse a receitinha daquela medicaçãozinha dele e pronto! Ali era mais fácil. Ele não sair de casa. (...) A primeira coisa que eu fiz: mandei ter que vir aqui tirar o prontuário. Olhar. Tem que fazer isso. É comodidade mesmo. Aqui tem médico para atender. Porque eles não querem vir, não querem tirar uma ficha? Então porque não querem vir perder uma tarde? Porque todo mundo tem direito de tirar uma tarde, faltar ao trabalho, certo? Ainda mais pra cuidar da saúde¹. **(ENF-B)**.

“... eles [usuários] estavam acostumados a ser atendidos a qualquer dia que chegasse à unidade. “Eu quero uma receita!” E o profissional dava a receita. (...) Eles encaram o tratamento da hipertensão como sendo apenas tomar o medicamento. (...) Ainda há, na minha visão, na cabeça deles o entendimento de que a hipertensão só controla tomando medicamento. Aqui, pelo que me foi repassado, em Pau dos Ferros, a consulta ao hipertenso fica restrita à transcrição do medicamento que ele usa e a entrega da receita para ele pegar na farmácia. Então eu acho que fica uma coisa muito mecânica. Fica como se, na verdade, o paciente só quisesse de nós o carimbo para pegar o medicamento. (...) A visão do profissional sobre o que é uma consulta de hipertensão, levou o paciente a ter essa visão também. (...) Ficou mais aquela coisa mecânica: ‘Ah, doutor, me dê a minha receita!’. E aí ele dá a receita e se sente satisfeito com isso...” **(ENF-C)**.

“O HIPERDIA aqui não acontece. É apenas o despacho da medicação. Quando não tem a medicação, ele [usuário] não aparece... Só vem quando tem algum interesse, no caso, a medicação (...). Porque não tem aquela adesão do profissional médico, não existe. Em contrapartida, os gestores não cobram isso desses profissionais.”. **(ENF-E)**

“Na mente deles, medicações para hipertensão e diabetes, se equiparam à medicação psicotrópica, controlada com receita específica. Mas eles têm esse estigma de serem dependentes de medicação. Então, simplesmente, querem tomar medicação somente quando a pressão está alta. Quando a pressão está controlada eles acham que não precisam tomar medicamento e a gente sempre enfatiza que a pressão só controla com o uso da medicação, da dieta, da atividade física, que é um complexo, na é? E não apenas a tomada isolada do medicamento no dia que a pressão está alta”. **(ENF-F)**

“A gente vê... como eu estava dizendo a você, que... Quando o hipertenso busca a unidade de saúde, vem só atrás do medicamento. Já vem assim: com a ficha, com o cartão da farmácia, já pedindo a receita. (...) Gente que não tinha prontuário que chegava assim: ‘Ei! Me dê meu remédio!’. Não é assim não! Vamos fazer o programa direitinho”. **(ENF-K)**

A unidade (US-2) mostrou que os cuidados aos usuários com HAS, na realidade em estudo, estão focalizados na ida dos usuários à USF para buscar os medicamentos, que são a base do controle dos elevados níveis tensionais. Este comportamento do usuário, na visão dos enfermeiros, limita a adesão a outro tipo de cuidado ou até mesmo a possibilidade deste usuário buscar outro profissional, que não o médico, para ajudá-lo no tratamento.

Para os enfermeiros, a dinâmica do atendimento nas USF é direcionada ao medicamento, porque na assistência tradicional o usuário era orientado a buscar os serviços de saúde para consultar-se com o médico e, a partir de sua avaliação, receber sua receita com a prescrição do tratamento medicamentoso.

Os enfermeiros da Saúde da Família sabem que é possível avançar em busca de um cuidado mais resolutivo e amplo, mas necessitam vencer a resistência natural dos usuários, de apenas buscarem a unidade de saúde quando não dispuserem do medicamento ou, quando a pressão arterial está apresentando problemas para sua saúde.

Para os enfermeiros essa não é a melhor forma de acompanhar esse grupo, pois somente ir à USF para pegar remédio não oportuniza a possibilidade do diálogo com os usuários, de orientá-los sobre a manutenção da sua saúde, de discutir sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, pois, tal modo de cuidar da saúde das pessoas com HAS apenas reforça e comprova a desarticulação do trabalho da equipe.

➔ US-3: O cotidiano do cuidado realizado por enfermeiros compreende realizar atividades educativas eventuais e organizar e administrar o trabalho das equipes.

“Existe um fator aqui, que eu acho um ponto negativo. Que às vezes, o que é que se faz: despacha o medicamento e depois vem com o nome de todos os pacientes que pegaram medicamento para que eu fizesse a transcrição para levar à farmácia, apenas para questão de prestar conta de quanto medicamento veio e quanto foi despachado. Quer dizer, eu vou fazer a transcrição de uma coisa, de uma pessoa que não sei se está realmente fazendo

o uso correto desse medicamento. A gente não tem como ter um acompanhamento”. (ENF-A)

“As práticas [de cuidado] começam, principalmente, na parte de como tomar a medicação, está certo? Por que a maioria estava tomando errado. Não tinha horário para tomar. A parte da alimentação, principalmente dos hipertensos, eu orientava, mas quando eu via que era necessário eu encaminhava ao nutricionista, certo? Outra coisa é que aqui, a maioria só vinha pegar uma receitinha. Queria que eu fizesse uma receitinha para eles irem embora. Não! Mando tirar o prontuário, pesar, olhar a pressão. Orientar. Ver os exames de sangue, a última vez que ele fez, se estiver anotado no prontuário, certo? Se fizer muito tempo, aí solicito. Mando trazer pra mim. Se tivesse alguma alteração, encaminhava para o médico, que não vou dar receitinha pra você levar. Isso é muito sério! Eu tenho que ver. O paciente tem que vir aqui. Eu tenho que conhecer. Tem que ver se a medicação está fazendo efeito, se não está controlando, para poder encaminhar de acordo com as necessidades ou para o cardiologista ou para o médico daqui da unidade de saúde”. (ENF-B)

“(…) A gente solicita os exames de rotina, para ver como é que estão as taxas, Se tiverem alteradas, eu já peço para ele ir procurar o médico. (...) A gente está encaminhando para o médico aqui. Antes que não tinha, a gente tava orientando procure um hospital ou outro posto de saúde para apresentar. Então, se deram alterados [os exames], estou encaminhando para ver uma orientação, principalmente sobre a alimentação. (...) Que a alteração mais básica é sobre alimentação”. (ENF-D)

“A hipertensão, nesta Unidade de Saúde, com relação à parte da enfermagem, é feita única e exclusivamente pela dispensação da medicação. Eles não têm nenhum tipo de cuidado a mais. Ele [o usuário] vem com a carteirinha. Por isso, digo que é um despacho, por que a gente não faz nem essa avaliação. Ele vem com essa carteirinha e diz: “*minha medicação acabou*”. E aí a gente olha qual foi a medicação do mês anterior e transcreve a medicação, somente isto. (...) E o que eu posso fazer? Muitas vezes é o que acontece. São alguns poucos esclarecimentos sobre alimentação, atividade física, quando vêm receber essa medicação. Mas eu não concebo isso como acompanhamento. Eu não concebo! Acho bastante falho”. (ENF-E)

“Aqui na unidade de saúde que eu trabalho são desenvolvidas ações com os hipertensos que vão desde as consultas individuais, nas quais a gente verifica as mensurações do paciente. Sobre a pressão arterial, falamos sobre orientações da dieta, a tomada de medicações, cuidados de higiene e alimentação, vestuário. É... Realizamos também as reuniões mensais com o grupo de hipertensos. Nessas reuniões são escolhidos temas de interesse para essa clientela específica. E fazemos uma roda de conversa para que exponham suas dúvidas, e também, as visitas domiciliares para os hipertensos que têm aquela hipertensão severa e que não têm uma boa resposta medicamentosa.

Basicamente são essas as nossas atividades com relação aos hipertensos. As consultas são quinzenais. (...) o calendário de atividades educativas praticamente inexistente nas unidades de saúde. Nós não trabalhamos, por exemplo, com atividades educativas agendadas”. **(ENF-F)**

“Eu, antes de fazer o atendimento, agendo. Aí no dia que vou atendê-los faço uma roda de conversa, na salinha de espera. Falo de determinado assunto, a importância de vir na unidade, verificar a pressão, sabe? De explicar para eles as obrigações deles enquanto hipertensos. Que eles acham que só tomar o remédio é o suficiente. Falo da alimentação. A gente conversa, não é uma palestra, só mais uma conversa de orientação. Aí depois, eles verificam pressão, a gente faz até o atendimento do HIPERDIA, que é pesar, medir, e assim vê a questão da orientação dos exames e de como está, se já fez, se está perto de fazer de novo. E aí depois eu passo para o atendimento individual, que é onde eu vou prescrever a medicação, perguntar se está tudo bem, perguntar se tem alguma queixa se está sentindo alguma coisa. Converso individualmente com cada um”. **(ENF-G)**.

“(…) Eles, primeiramente, são passados pelo auxiliar de enfermagem, verificado a pressão, ela pesa, mede a cintura e me encaminha. Quando ele entra na sala, vou conversando, v vendo a medicação que toma, vou verificando a pressão, se está alta. Se vejo que alguém está descontrolado, encaminho para o médico. Na verdade, ele está sendo atendido só por mim”. **(ENF-H)**.

“Eu trabalho com ações educativas e atendimento é... Demanda livre com os hipertensos. A atividade educativa é mensal ou de dois em dois meses, com a gente da unidade. Aí é orientação da medicação, sobre a conduta médica, não é? Muitas vezes eles ficam com dúvida. Às vezes, querem mudar, quando não estão se sentindo bem. Aí a gente encaminha novamente para procurar o médico. É orientação alimentar. É encaminhamento que a gente pode fazer para nutricionista. Na necessidade... E solicitação de exames também, que a gente pode fazer e encaminhar para o médico na unidade”. **(ENF-I)**.

“Saí um pouco daquela prática, de todas aquelas fichinhas do HIPERDIA...” **(ENF-J)**

Nesta unidade (US-3) os enfermeiros mostram como realizam suas atividades no cotidiano das USF. Eles estão envolvidos na realização de tarefas que englobam atividades educativas eventuais, atendimentos individuais ao usuário com HAS e a execução de ações administrativas do processo de trabalho das equipes de saúde.

As atividades individuais e coletivas desenvolvidas nas unidades são relacionadas à orientação para mudanças no estilo de vida, esclarecimentos

sobre como tomar a medicação corretamente (incluindo a transcrição da receita mensal), sobre a importância da incorporação de uma alimentação saudável e encaminhamentos aos demais profissionais que dão apoio à ESF. No entanto, os enfermeiros percebem que suas ações são limitadas em relação às suas atribuições definidas pelo Plano de Reorientação do Acompanhamento e Controle da HAS. Essa avaliação ocorre porque suas atividades não se dão de forma sistemática e sua ocorrência depende diretamente do interesse do usuário em participar das ações coletivas de educação em saúde ou ida à USF para consultas individuais com os enfermeiros.

→ US-4: As dificuldades no acompanhar e controlar a pressão arterial são inerentes aos comportamentos dos usuários e à não adesão ao tratamento.

“Os hipertensos, eles não vêm. Por que para eles vir para aqui, eles precisam pegar o prontuário. Tem que verificar pressão. Tem que fazer tudo. Então eles acham mais conveniente ir direto para a farmácia e levar o medicamento para casa, do que passar por todos esses passos, entendeu? Então um dos entraves é a questão mesmo da aceitação da população. Da clientela de hipertensos para vir para essa assistência. Você pode ter certeza, que não se atrai uma pessoa pra vir para a unidade só pra conversação. Eles não vêm. Eles acham chato. Eles já sabem e tal e tal. Então a partir do momento que você tentasse implementar, criar, eles achariam interessante”. **(ENF-A)**.

“Por que alguns deles não estão vindo? Por que não estavam?... *Porque eu vou ter que ir agora num dia específico, se eu era atendido todo dia?* Por que na cabeça deles ainda a consulta de hipertenso é meramente pegar uma receita?”. **(ENF-C)**.

“Que eles [usuários] não têm cuidado de, realmente, se alimentar, comer como deveria, com pouco sal (...). Fica difícil você trabalhar com um pessoal que nem tem nem entendimento. Que eles não aceitam o que você passa! Você não tem condições de trabalhar. (...) Primeiro você tem que mudar o pensamento desse pessoal. Principalmente, dos homens, quando você fala em relação à bebida, que não pode tomar a medicação e a gente sabe que eles não aceitam isso, eles querem o quê? Continuar fazendo o tratamento e fazendo uso de bebida alcoólica e a gente sabe que isso acontece. Então, se eu tento trabalhar... primeiro trabalhar a pessoa, a conscientização deles! O que é melhor pra eles? Como eles devem tomar a medicação? Como deve ser a questão da

alimentação? Em relação a fazer uma caminhada, uma prática que a gente pode ajudar. Eles não aceitam de maneira alguma. E, principalmente, no adulto. (...) Você trabalhar em relação a isso e poder melhorar e quando você faz uma palestra, eles não querem vir! Eles já sabem. Porque fulano faz isso e eu faço isso. Quer dizer, se deu certo com ele, vai dar certo comigo”. (ENF-D)

“A gente encaminha para o nutricionista. Eles [usuários] já acham difícil ir ao outro bairro para encontrar o profissional, sempre botam dificuldade. Eu encontrei em visita domiciliar usuários que falaram que não vinham pegar medicamento na unidade porque achavam difícil. Achavam melhor mandar comprar na farmácia. Quer dizer, tá com o pé na unidade, onde poderia ter acesso a essa medicação, mas acha difícil. Não sei o porquê dessa dificuldade, se a gente está aqui para atender”. (ENF-J)

“Assim, tem desses pacientes bem resistentes, e a gente fica sempre protelando a conversa. Teimam até! Tem uns que não estão nem aí! Que é muito difícil, principalmente a dieta, é muito difícil trabalhar a dieta, a gente não consegue. Quase todos os hipertensos que a gente tem, têm excesso de peso. Eles não aceitam que vá ter esse controle na dieta, de ter o peso normal, dentro do padrão, porque não conseguem. É um vício alimentar, não conseguem mudar o comportamento. Eu acho que é a coisa mais difícil”. (ENF-K)

Na unidade (US-4) os enfermeiros evidenciam que atuar no programa de acompanhamento e controle da HAS é difícil, pois não conseguem vencer a resistência e as dificuldades dos usuários para adesão das recomendações e orientações que integram o tratamento global da doença. Referem que é complicado falar para pessoas com HAS, que por vezes não entendem a necessidade de mudança nos seus estilos de vida. Os usuários não se sentem motivados a realizarem transformações permanentes para o controle da pressão arterial, pois a dinâmica social de vida dessas pessoas interfere com o seguimento constante das orientações de educação em saúde.

Parece que as orientações e informações fornecidas pelos enfermeiros nas USF, no sentido de dar suporte ao tratamento global da HAS, a participação das atividades educativas coletivas, no sentido de sensibilizar a população para incorporar cuidados que previnem as complicações da HAS e a necessidade de corresponsabilização pessoal do portador de HAS com sua saúde, não fazem parte da realidade dos cuidados que os usuários poderiam adotar em suas vidas.

Mesmo percebendo que seu trabalho parece não ter resposta junto a esta população, os enfermeiros não deixam de aproveitar as oportunidades de encontro com o usuário para reforçar a necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso, de mudança nos hábitos de vida que podem interferir na saúde, principalmente, a necessidade da redução do peso corporal mediante dieta adequada e caminhada. Os enfermeiros sabem que somente com a medicação diária o tratamento não será eficaz.

➔ **US-5: Para os enfermeiros há falta de apoio da gestão ao trabalho nas Unidades e as ações do Programa de Controle da Hipertensão Arterial.**

“... nós estamos numa unidade, como você vê que não tem estrutura física adequada para uma unidade de saúde. A gente não tem sala de espera, não tem sala de reunião. Você já imaginou eu ter que organizar alguma coisa aqui? Eu não tenho como! Fico de mãos atadas. (...) Sugestões para melhoria da assistência a gente tem muitas, mas muitas vezes não tem como colocá-las em prática. Infelizmente, pela falta de tempo e pela estrutura da unidade. (...) Sempre vêm as coisas para gente fazer de hoje para amanhã. Então, sempre existem coisas que vão atropelando, que a gente deixa de fazer. Então, a gente tem vários programas para dar conta. Tem várias coisas para dar conta, vários papéis para preencher, várias produções para fazer. E aí, muitas vezes não sobra tempo, nessas 20 horas, para desenvolver uma atividade mais de impacto. Não dá!” **(ENF-A)**

“... Os sistemas de referência e contrarreferência também são muito falhos. A gente encontra muita dificuldade para encaminhar os pacientes. Não há contrarreferência dos pacientes encaminhados e às vezes os pacientes voltam do cardiologista. E você quer saber o que é que foi feito. (...) Nós, profissionais... Não que a gente não deva dar importância aos demais programas, mas eu acho que é programa demais para um único profissional atender. É violência doméstica, é violência contra o adolescente e a criança. São muitas fichas de notificação. É muita coisa. E essa coisa do hipertenso acaba ficando meio para depois”. **(ENF-C)**

“O posto, você dá pra ver, você pode perceber que não tem espaço! Não tem como a gente fazer uma ação educativa aqui para um grupo de hipertensos. Fica difícil você trabalhar com um grupo se você não tem nem espaço adequado. Porque aqui na unidade não tem. Você pode perceber que é muito pequena a unidade, não tem espaço nenhum. Então, aqui se você colocar vinte pessoas já lota. Você não tem condições de trabalhar com vinte pessoas”. **(ENF-D)**

“A grande parte das Unidades do Programa Saúde da Família, na verdade, possuem estrutura física voltada apenas para atendimentos ambulatoriais. Não são voltadas para que você possa fazer reuniões ou desenvolver algum outro tipo de atividade. (...) A questão de recursos técnico-visuais, por exemplo, ou áudios-visuais, nós praticamente não temos. A não ser alguns cartazes que chegam”. **(ENF-F)**

“Ter recursos materiais para poder trabalhar...” **(ENF-H)**

“Eu acredito assim, que tem que ser desprendidos mais recursos para trabalhar mais ações educativas. Não tem como fazer educação sem investimentos financeiros”. **(ENF-J)**

“Que dê apoio à formação de grupos, de fazer atividade física... Um envolvimento de material educativo, mais investimento nessa parte, sabe? A gente não tem muito esse apoio. A gente trabalha, trabalha muito... Assim, pela boa vontade do profissional de querer”. **(ENF-K)**

A unidade (US-5) mostra que os enfermeiros se sentem desassistidos pela gestão local de saúde para realizarem o seu trabalho junto aos usuários com HAS. Apontam a falta estrutura física em algumas unidades de saúde como uma dificuldade, falta material educativo para o trabalho coletivo, que há sobrecarga de responsabilidades e atribuições destinadas aos enfermeiros que inviabilizam que estes se dediquem ao cuidado das pessoas com HAS. O trabalho das equipes de saúde, teoricamente, permitiria uma abordagem multidisciplinar com vistas à resolução dos problemas e necessidades de saúde apresentados pelos usuários, garantindo, assim, o cuidado integral ao indivíduo, mas isto não ocorre na visão dos enfermeiros.

A questão dos poucos recursos disponibilizados para a execução do trabalho de educação em saúde parece ser marcante para o grupo de entrevistados, pois tal situação limita a difusão das informações sobre a saúde e o cuidado na hipertensão arterial, tanto para o grupo de pessoas com esta doença, quanto para a comunidade. Não se trata apenas da restrição de recursos financeiros para apoiar tais atividades que eles gostariam de realizar, e sim do fornecimento de apoio logístico, como a disponibilidade de material educativo para distribuição nas comunidades, de dotar as unidades saúde da família de

infraestrutura física adequada que favoreça o acolhimento dos usuários e o trabalho coletivo de reestruturação do modelo assistencial.

Finalizada a apresentação dos *Significados* expressos pelos enfermeiros acerca do cuidado de saúde que desenvolvem no cotidiano para o controle da hipertensão arterial, prosseguimos com a análise hermenêutica que busca identificar o sentido oculto nos significados. Trata-se de apreender o modo de vivenciar a 'experiência do cuidado de saúde' por quem o realiza no cotidiano das USF.

É importante considerar que a hermenêutica ou a análise compreensiva não está limitada apenas ao que se apresenta no texto escrito, a partir das transcrições advindas das entrevistas obtidas. A hermenêutica procura responder as questões relativas ao 'ser de cada um de nós e a sua facticidade'. O sentido que as unidades de significados velam pode se dá pela compreensão do mundo em que se encontram os usuários e profissionais de saúde (enfermeiros), mundo este que é permeado de ocupações, tarefas individuais/coletivas e preocupações que são próprias das situações imediatas (mundo ôntico), que prendem as pessoas a determinados comportamentos passíveis ou não de serem compreendidos e aceitos por seus pares.

O sentido do cuidar da saúde de pessoas com HAS pelos enfermeiros

A análise hermenêutica mostrou que os enfermeiros atuam com dificuldades para realizar o que consideram ser importante para o cuidado ao grupo de usuários cadastrados no HIPERDIA. Tais dificuldades estão relacionadas à forma como o trabalho nas Unidades de Saúde da Família está organizado, no sentido deste cuidado ser mais resolutivo no que se refere ao conceito do cuidado integral. O cuidado nesta realidade privilegia as ações curativas e o trabalho individual dos profissionais de saúde.

Este modo de organização da dinâmica local dos serviços não possibilita oportunidades aos enfermeiros de colocarem em ação *modos de cuidar* particularizados e interativos, que atendam às necessidades de saúde daqueles usuários que procuram as USF, ainda que seja para receber os medicamentos de

uso contínuo para o controle da pressão arterial. O tratamento medicamentoso da HAS é parte do integrante deste cuidado coletivo nesta problemática, entretanto, não é a única possibilidade de atendimento.

O cotidiano assistencial do tratamento a este grupo em Pau dos Ferros/RN tem como eixos centrais do cuidado: a consulta médica e a dispensação dos medicamentos. Este modo de cuidar tem sua base no modelo biomédico tradicional, que com sua visão reducionista privilegia curar doenças, separando *corpo, mente e ambiente*, dificultando, dessa forma, a integralidade do cuidado da saúde do ser humano.

Na tradição dos serviços de saúde, o cuidado necessita estar organizado de modo que o trabalho dos profissionais siga um *continuum*, onde cada usuário saiba o que precisa ser feito, desde o momento que este chega à Unidade de Saúde até o momento do seu retorno para determinado procedimento ou atendimento profissional.

Na verdade, esta forma de organização integra um conjunto de protocolos normatizados pelo Programa Nacional de Acompanhamento e Controle da HAS, no qual cada município, aderindo à proposta, coloca em prática modos de cuidar de acordo com suas experiências, perfil epidemiológicos da população, capacidade instalada de serviços de saúde e disponibilidade de atendimento dos seus profissionais. Parte deste programa é a adesão pelas secretarias municipais de saúde ao SISHIPERDIA (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009d).

No estudo, a adesão ao sistema de cadastro dos usuários se mostra como uma atividade gerencial, que objetiva organizar o sistema a partir do cadastramento das pessoas com diagnóstico de HAS. Em Pau dos Ferros há preocupação dos enfermeiros com a alimentação do Sistema HIPERDIA, atitude positiva, mas que não pode ser confundida com o cuidado a este grupo pela ESF, pois o HIPERDIA se constitui somente no Sistema de Informação e Cadastramento dos Usuários, portanto, uma estratégia organizativa e logística de formação do banco de discursos sobre a saúde clínica e epidemiológica da clientela cadastrada nas áreas de atuação da ESF (BRASIL, 2009d).

Esta preocupação e, conseqüente, dedicação à simples tarefa da alimentação das variáveis que compõem o HIPERDIA reduz as chances destes profissionais se aproximarem da sua clientela, pois o sistema serve tão somente para informar sobre as pessoas cadastradas, mas não fala 'quem' são estas pessoas, objeto do cuidar dos enfermeiros (BRASIL, 2009d).

Outro ponto que se destacou neste estudo, é que as demandas e necessidades expostas pelos usuários não são entendidas pelos profissionais como elementos que devem ser considerados no planejamento e execução do cuidado (PINHEIRO *et al.*, 2007). Esse sentido do cuidado de saúde evidenciado em Pau dos Ferros, assemelha-se às conclusões encontrados em Sousa *et al.* (2006), que revelam o distanciamento da organização do cuidado de saúde segundo a lógica da Vigilância Sanitária. De fato, foi referida ausência de planejamento e avaliação das ações, expressando despreparo das equipes na utilização dos sistemas de informações que dão suporte ao reconhecimento da demanda e de suas necessidades para realização de um trabalho em equipe.

Ao não compreenderem o ser deste usuário diante da experiência de ter uma doença crônica, o cuidado coletivo, que precisa ser construído na relação do 'eu com o outro' (usuário-equipe; profissional-profissional; usuário-profissional), se dilui na execução das tarefas administrativas e assistenciais pontuais, ações centradas nesta aparente 'doença', que se manifesta como uma queixa referida ou uma medida alterada da PA.

Novamente, este comportamento ou modo de cuidar evidencia que um dos princípios fundamentais do trabalho na Estratégia de Saúde da Família, que é o da integralidade do cuidado, realizado por uma equipe multidisciplinar, não consegue se efetivar nas USF neste município. O trabalho das equipes se mostra inautêntico com a proposta da ESF, que preconiza as ações coletivas de saúde realizadas em equipe (SAITO, 2008).

O atendimento em saúde na atenção primária não deve se limitar ao tratamento das doenças/agravos, e sim considerar todos os aspectos que podem se relacionar com a saúde do indivíduo. Quando não são consideradas as complexidades do usuário e sua experiência diante do desequilíbrio da sua saúde, há dificuldade de se obter resultados positivos com a decisão terapêutica.

Esse modo de cuidar centrado na doença e não na pessoa humana sobressai no discurso dos enfermeiros que atuam na realidade em estudo: “Na mente deles, medicações para hipertensão e diabetes se equiparam à medicação psicotrópica, controlada com receita específica. Mas eles têm esse estigma de serem dependentes de medicação. Então eles, simplesmente, querem tomar medicação somente quando a pressão está alta”. (**ENF-F**).

Esta visão medicalizante da saúde, expressa na fala de **ENF-F** não é uma característica exclusiva do cuidado de saúde oferecido na ESF de Pau dos Ferros. Estudos sobre o adoecimento crônico revelam que há a valorização da medicação no tratamento das doenças crônicas e que profissionais de saúde e usuários apontam que a adoção de um estilo de vida saudável é necessária para o tratamento apropriado, entretanto, é de difícil adesão no cotidiano do cuidar da saúde (LIMA *et al*, 2004; ALMEIDA, 2009).

Neste sentido, é importante considerar que o modo de cuidar baseado apenas no ato de controlar a pressão arterial com uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos, sem considerar o contexto e o existencial da pessoa com hipertensão, não aproxima o(s) profissional(is) do sentido de equilíbrio que é a saúde do homem. O usuário deve ser visto como um ser complexo e único, que vive sua saúde e doença a partir do cotidiano existencial.

No pensamento de Gadamer (2006), o ato de cuidar na contemporaneidade não é direcionado à manutenção da saúde, mas ao controle da doença. É na capacidade terapêutica dos profissionais de saúde em dominar a doença que se constroem ‘modos de cuidar’ impessoais, que não cuidam das pessoas, mas de suas perturbações. Dessa forma, vemos que, no cotidiano atual do cuidado: A saúde não chama atenção por si mesma, pois é a doença que toma a dianteira no encontro terapêutico (GADAMER, 2006).

Pensar a saúde a partir do olhar objetivante da ciência é desconsiderar que “(...) o corpo é vida, é o vivo; alma é o que anima, de modo que, no fundo, ambos já estão refletidos um no outro (...)” (GADAMER, 2006, p. 103). Considerar corpo e alma como algo dicotômico é atitude errada. No cuidado da saúde, objeto é o homem, é o corpo biologicamente acometido por doença, todavia, é alma com sua experiência íntima diante do adoecimento.

Gadamer (2006) chama atenção que a ciência moderna evoluiu de tal maneira que pode, decerto, estabelecer valores padrões para ‘medir’ o quanto temos saúde. Os avanços da biotecnologia são de grande valor para a humanidade, pois suas descobertas e contribuições no campo da saúde possibilitaram modos de sobrevivência do homem, neste mundo, anteriormente inimagináveis. Mas pretender ‘impor’ ao indivíduo saudável esses valores padronizados, só conseguiria adoecê-lo.

É parte essencial do equilíbrio da saúde manter-se a si mesma na sua medida própria, ou seja, a medida individual da saúde é, ao mesmo tempo, considerar o que é apropriado para o indivíduo numa determinada situação de adoecimento. “(...) Trata-se da moderação e da mensurabilidade interna do todo que se comporta como vivo” (GADAMER, 2006, p. 105). Ao pensar o cuidado e saúde aos grupos populacionais e aos indivíduos que os constituem, aos profissionais cabe:

(...) Não permitir que imponham (...) [ao ‘Ser’] valores padronizados com base em medidas obtidas [a partir] de diferentes experiências. Tal imposição seria inadequada para o caso individual. (...) Se a saúde não pode medir-se, é, na realidade, porque se trata de um estado de convivência interna e de concordância consigo mesmo, que não pode submeter-se a outro tipo de controle. Por isso, tem sentido perguntar ao paciente se sente doente. Tem-se a impressão que na capacidade do grande (...) [profissional de saúde] intervêm fatores de sua mais íntima experiência de vida. Não é apenas o progresso científico da (...) clínica ou a introdução de métodos químicos na biologia dos fatores que faz o grande (...) [profissional de saúde] (GADAMER, 2006, p. 105).

Esta investigação também evidenciou que as ações de educação em saúde, reconhecidamente necessárias ao tratamento apropriado na HAS, são prestigiadas pelos enfermeiros a despeito delas, os depoentes a consideram essenciais. No entanto, as falas remetem ao fato de que os enfermeiros sentem-se desmotivados na realização de tais ações, devido a pouca adesão dos usuários em participar destas atividades, conseqüentemente, de assumir mudanças nos estilos de vida como: melhorar a dieta, não fumar e não fazer uso de bebida alcoólica.

Lima *et al* (2004, p.1086) referem que mudar estilos de vida não é algo fácil. Nos seus achados há a revelação das razões que movem os comportamentos e atitudes dos indivíduos com HAS, estas ligadas a emoções, questões sociais e econômicas, e situação de pobreza vivenciada, interferem diretamente no impacto do tratamento para manutenção da pressão arterial em níveis seguros. .

Dessa forma, a educação em saúde deve ser incorporada nos serviços de saúde como ação permanente, pois a ação pedagógica pelos profissionais das equipes deve ocorrer no sentido de buscar a conscientização do sujeito sobre sua condição de adoecimento crônico e, conseqüentemente, sobre modos de cuidar da saúde mais autênticos e resolutivos (PINHEIRO *et al*, 2007).

Gadamer (2006), quando fala da saúde, refere que os profissionais atuam movidos na tradição de uma autoridade sanitária. Segundo o filósofo “quem apela à autoridade e à tradição não tem autoridade nenhuma” (GADAMER, 2008a, p. 416) porque está preso a conceitos que reproduz ao longo do tempo, e, muitas vezes, não é capaz de questionar ou refletir criticamente sobre o que transmite.

Os enfermeiros têm seus *pré*-conceitos sobre o usuário. Suas *pré*-concepções os condicionam a definir este grupo, de modo geral, como pessoas com pouca instrução e conhecimento sobre sua doença e sobre os cuidados que estes devem ter para o controle da PA. Para os enfermeiros, eles não entendem as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, recomendações estas essenciais no tratamento da PA e que deveriam ser cumpridas permanentemente para diminuir ou controlar os níveis tensionais.

Esta compreensão determina que o cuidado, nesta realidade, seja norteado por abordagens de saúde que não valorizam o contexto cultural e existencial do ser, o que privilegia a verticalização das relações terapêuticas estabelecidas entre usuários e profissionais. Esse modo de cuidar não possibilita a corresponsabilização dos sujeitos (enfermeiros e usuários) com as questões de vida e adoecimento humano. É necessário, portanto, que seja incorporada nas ações cotidianas do trabalho em equipe a interação pautada no diálogo, o que permitirá que se compreenda o cuidado de saúde como ação capaz de doar

sentidos, tanto para quem realiza o cuidado (enfermeiros), quanto para quem o recebe (pessoas com HAS).

Uma ação integral com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito do ser e não como um nível de atenção do sistema ou como um procedimento simplificado. Essa ação integral deverá resultar de uma nova forma de relação das pessoas e os efeitos e repercussões das interações positivas entre os usuários, os profissionais e as instituições, e podem ser traduzidas em atitudes como tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado também se traduz na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde. (...) (SILVA JR et al, 2008, p. 1490).

Outra questão importante que emergiu no estudo refere-se à sensação de desamparo dos enfermeiros diante das demandas e necessidades colocadas pelos usuários e pela gestão municipal da rede de saúde local. O profissional se sente impotente diante da falta de recursos de infraestrutura das unidades de saúde da família, do apoio para efetivação da referência e contrarreferência, que permitam melhor acompanhar a saúde dos usuários, da escassez de material para capacitação profissional para se atualizarem, enfim, para que se sintam capacitados para vencerem os desafios postos pela lógica do atendimento centrado na medicalização e na atenção curativa individualizada, um modo de cuidar presente na realidade em estudo e que vai contra a filosofia do trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

As **Unidades de Significados** emergentes dos discursos do **Grupo II – Usuários** são apresentados na Figura 12.

UNIDADES DE SIGNIFICADOS GRUPO II USUÁRIOS

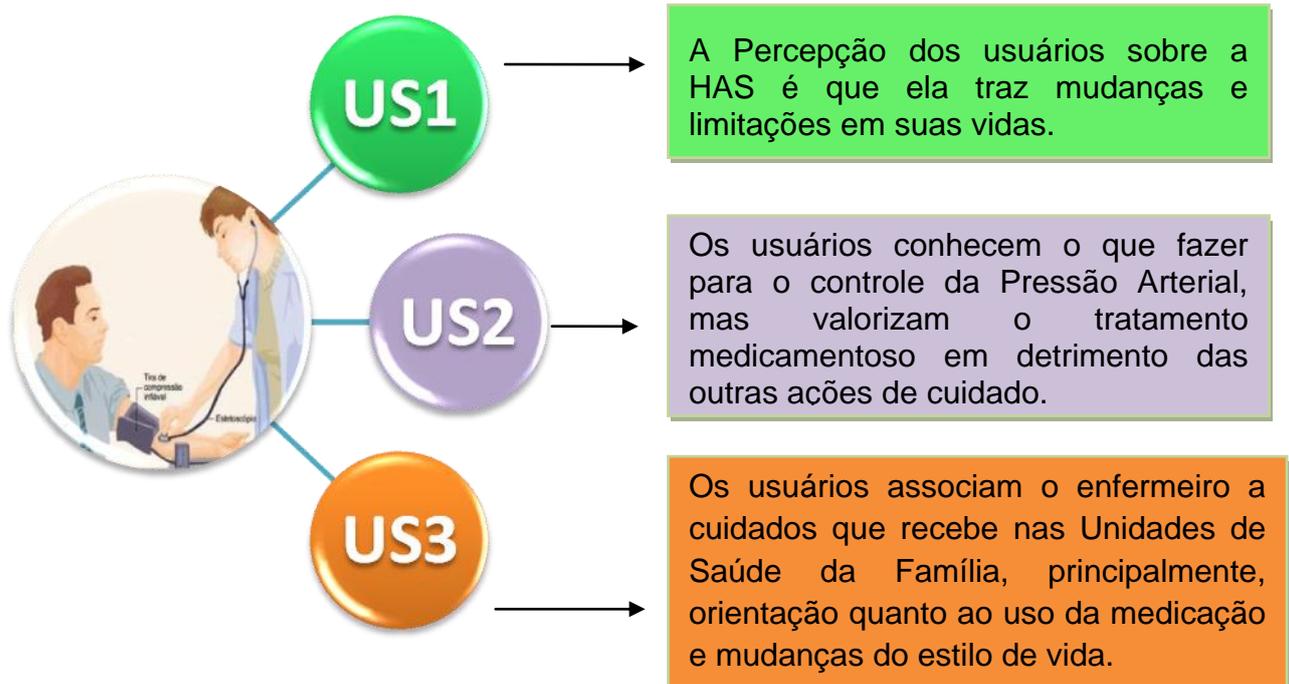


Figura 12 – Unidades de Significados Grupo II – Usuários

➔ **US-1: A Percepção dos usuários sobre a HAS é que ela traz mudanças e limitações em suas vidas.**

“Assim, quando eu sinto que ela tá alta, aí me dá uma tontura, sabe? Eu fico meio tonto, aí quando eu tô normal, eu sinto tontura nenhuma, eu vejo que ela tá mais normal... Tenho que mudar muita coisa, mudar outras coisas, e só o tratamento, pro exemplo, só o remédio não dá certo”. **(USUÁRIO-D)**

“É uma coisa assim, que eu não posso ter muita raiva, num sabe?! Se eu tiver muita raiva essas coisas aí, a pressão sobe muito...” **(USUÁRIO-J)**

“... É difícil dizer. Mas não é normal. É um tipo de doença, que dá muita dor, eu fico cansada, eu já fico passando mal, não é muito bom”. **(USUÁRIO-L)**

“Ser hipertenso não atrapalha em nada, a gente pode passear, pode andar, pode conversar (...). O que entendo é isso aí, eu não tenho estudo, mas ser hipertenso é porque sobe a pressão”. **(USUÁRIO-O)**

“É muito triste tá com a pressão alta. Ave Maria é muito ruim! Tem dias que eu estou só o resto... É horrível! (...) Têm dias eu não consigo falar. Se eu tiver qualquer aperreio, eu não consigo falar. É assim... Tenho que me conformar”. **(USUÁRIO-Q)**

“... a gente fica bem derrubada mesmo”. **(USUÁRIO-R)**

“Eu sinto assim, não tomando o remédio: me dá tontura quando eu não tomo o remédio. Me dá *avechame*... É ruim ter pressão alta”. **(USUÁRIO-S)**

“Amanheço o dia às vezes com um cansaço. Porque tem um cansaço que já acordo com ele. Não sei explicar o porquê. Mas é um cansaço como se eu tivesse feito muita coisa!... Qualquer coisa me emociona, eu não chorava por qualquer coisa, hoje eu choro... Eu sou uma pessoa que tenho esse problema e não quero ter. Não quero aceitar. (...) Essa pessoa direto desse jeito é muito triste... Eu já não tenho essa saúde. Se meu problema de saúde é hipertensão. Se a pessoa for prestar atenção é um problema de saúde sério, né? Que você pode tá bem sem tá sentindo nada, mas, de repente, pode não tá bem, já não tá com saúde! Uma pessoa dessa não é totalmente sadia. Eu era antes, que não tinha esse problema... Muda tudo!” **(USUÁRIO-T)**

“Pressão alta direto não é saúde”. **(USUÁRIO-U)**

“Eu nunca fui assim de ter os cuidados com alimentação, com o exercício físico. Eu acredito que sim. Tudo isso é causado por isso. A gente leva uma vida assim... Eu acho que aconteceu comigo foi sim devido à pressão, mas outras coisas também. A pressão e o ritmo de vida. (...) Vou ter que mudar muita coisa, o modo de vida... Eu tava ciente das coisas que podia acontecer”. **(USUÁRIO-W)**

Nesta unidade (US-1) os usuários significam a hipertensão arterial como um problema em suas vidas. Tal situação no seu mundo existencial impõe a necessidade de mudar comportamentos tradicionais e a adoção de novos estilos de vida. Ao vivenciar as oscilações da pressão arterial e os sintomas advindos do mau controle pressórico, nossos depoentes relatam sentimentos difíceis de serem

descritos clinicamente segundo critérios científicos e mensuráveis, como a tristeza, o medo, a dor e a ansiedade.

Para os depoentes, ser pessoa com HAS os leva a uma condição que não é normal. A doença traz sintomas como fadiga, tontura, indisposição e limitações para o viver cotidiano, portanto, não é algo natural a uma pessoa saudável. Para os usuários é ruim ter HAS, pois estes convivem com uma doença sem cura, cujo tratamento requer modificações nos modos de viver das pessoas e de suas famílias.

Nos discursos, a hipertensão arterial é vista como doença grave. E quando não há o tratamento/cuidado adequado, existe possibilidade de sequelas irreversíveis. Em suas vidas, a HAS constitui-se uma preocupação real, podendo acarretar, inclusive, sua morte. Ser pessoa com hipertensão arterial assume dessa forma uma conotação de “ser um doente permanente”.

➔ US-2: Os usuários conhecem o que fazer para o controle da Pressão Arterial, mas valorizam o tratamento medicamentoso em detrimento das outras ações de cuidado.

“Faço *[consulta]*. Assim, não são todos os meses que eu vou, porque às vezes pego pra dois meses o comprimido. Aí eu vou, compro pra não ir”. **(USUÁRIO A)**

“Faz três anos que tomo essa medicação... Porque pra você ter ela sempre controlada, você sempre tem que tá verificando, tomando a medicação direitinho. Não beber, não comer comida salgada... A medicação às vezes falta, mas às vezes tem, é? (..)a gente é pra sempre tá no posto verificando, né? E eu sou muito descuidado (...) Evitar muitas coisas que você faz que seja coisa de doença, porque doença você sempre adquire pela boca, carne vermelha, você comer tudo. (...) Logo eu bebo, né? Eu bebo e aí complica né? Não beber, não comer comida salgada... Vixe, eu faço tudo isso (risos). **(USUÁRIO C)**

“Ultimamente ela tá controlada, a base dos remédios, um pela manhã e um à noite. (...) Primeira coisa teria que emagrecer. [Emagrecer com] 170 quilos é difícil...” **(USUARIO D)**

“Aí eu fui, comecei a me aconselhar, tá bom de você fazer uns exames, aí comecei a pensar, vou fazer, vou começar pelo eletro e vou fazer os exames de sangue. Aí fiz, aí deu a taxa muito alta,

principalmente essa que se chama o quê? Que é de massa, que se chama o quê? TRIGLIRERÍDEO. Que é essa mesmo. Aí já fiz esse exame, já apresentei ao médico. (...) Tô começando, né?! Tô começando a me cuidar, como diz a estória. Aí eu fui pro médico, aí ele passou um remédio pra hipertensão, um pela manhã e um pela noite”. **(USUÁRIO F)**

“É assim, os cuidados que eu recebo é o medicamento... Eu tomo os medicamentos na hora certa, só tomo aqueles medicamentos que vejo que necessita tomar, não gosto de misturar. Quando vou me consultar, digo logo que eu sou hipertensa. Porque tem remédio que complica um com o outro. (...) Os agentes sempre tá passando, tá perguntando, como é que tá, se tá faltando o medicamento”. **(USUÁRIO G)**

“Sei que tomo a medicação, tenho consciência do que devo fazer e do que eu não posso fazer. Vem sendo controlada pela medicação e até hoje tomo remédio controlado. (...) A gente passa pelo médico, quando vai pegar a medicação na farmácia não tem. (...) tenho que fazer dieta alimentar, isso aí eu não sigo a risca. É um defeito grande. Tenho que perder peso, mas não preocupo muito com isso. Também sou um pouco sedentária. Tenho preguiça, por exemplo, de fazer caminhada”. **(USUÁRIO H)**

“Aí a pressão ficava alta. Aí eu tomo o remédio. Tanto eu tenho cuidado como a mulher tem. Ontem pra amanhecer. Ontem eu quase não dormia à noite. De manhãzinha, quando fui verificar a pressão tava 13 por 9. Quer dizer, quase todo dia é 12 por 8. Se passar um dia sem tomar, qualquer coisa que eu passe, a pressão desmantela” **(USUÁRIO K)**

“... eu chego lá o médico verifica a minha pressão. Pergunta como estou. Ele (médico do posto) verifica a pressão, ela tava 22, minha pressão. Ele mudou meus remédios todinhos. Passou mais dois. Eu tomava dois tipos de remédio, eu tomava Captopril® e Hidroclorotizida®. Ele passou mais dois, não lembro os nomes, mas agora estou tomando três tipos de remédio. Ele tirou um que não tava servindo mais e passou mais dois que eu estou tomando”. **(USUÁRIO L)**

“Tomando meu remédio certinho. Graças a Deus. Eu tomo certinho, mas tem vezes que eu me esqueço. Tem vezes que eu esqueço. (...) Toda vida eu fui assim gorda. Eu estou com 95 quilos. (...) Eu era gorda, mas não assim, quando parei de fumar fiquei assim. (...) Se perco 3 quilos, ganho 10 assim bem fácil. Da última vez que fui ao posto a pressão tava 14 por 10. Acho que o que me prejudicava mais era o cigarro, faz 15 anos que deixei de fumar. Eu fumava duas carteiras de cigarro por dia durante 15 anos, comecei a fumar com oito anos, parei de fumar com 23 anos. Aí pronto, depois que deixei de fumar comecei a engordar, cheguei a pesar 110 quilos. A pressão começou a subir, foi assim: tá com uns 15 anos”. **(USUÁRIO M)**

“Sempre a pressão vive controlada, porque sempre eu tomo o remédio direto. Ave Maria! Sempre tomo meu remédio de pressão. Eu sempre melhora da pressão”. **(USUÁRIO N)**

“A caminhada eu ia começar a fazer, mas desde que a menina (neta) nasceu eu parei. (...) Eu não tenho tempo de ir (caminhar). (...) Não tem quem fique em casa. Não tem”. **(USUÁRIO O)**

“É bem controlada a pressão, só tem descontrola se eu esquecer. Se acontecer de eu falhar com o remédio, eu já sinto diferença, já sinto que algum problema eu tenho, já dá pra perceber. O tratamento é só a base de medicamento. (...) Sou fumante. (...) Fumo, mas não percebo que quando a pressão alteia um pouquinho não é do fumo não. Quando ela alteia é por causa das preocupações. O cigarrinho eu gosto. Foi a pior coisa da minha vida. Se pudesse voltar àquele tempinho, que eu tinha 14 anos. Achava bonita aquela fumaça subindo. Hoje tô decepcionada com o cigarro. (...) A gente tá se sentindo bem derrubada. Você não vale nada quando tá com o cigarro. As pessoas têm nojo da gente. Porque hoje tá tudo proibido com o cigarro. (...) Está sendo a coisa mais péssima da minha vida. Eu não consigo. (...). Ah o cigarro! Quem sabe se eu não fumasse? Mais tem que ter o controle. Eu fumo uns 12 por dia, 14, mais de meia carteira, até 20 cigarros por dia. É tão difícil parar. Sabe que é o pior vício! Até o alcoólatra mesmo (...) tem mais facilidade de deixar o álcool, do que o fumante deixar o cigarro. Mas o cigarrinho eu gosto dele, ah meu Deus! (risos). É horrível fumar”. **(USUÁRIO R)**

“É, realmente não dá pra eu deixar de tomar esse remédio. Eu recebo 60 comprimidos. Tomo dois propranolol ao dia. Era pra tomar um hidroclorotiazida ao dia. Era para ser 90 comprimidos, mas não tomo. Meu tratamento é só propranolol, somente que eu tomo e mais nada. Faço exercício não. Caminho assim, às vezes eu vou passar o dia lá na minha mãe, que é lá no outro bairro, lá para minha irmã que é longe, mas não faço caminhada. Como de tudo. Tudo que for comida, eu tô comendo. Agora sim, o sal eu tenho muito cuidado. Porque se você quiser ver eu morrer na sua frente eu prove alguma coisa salgada. Olhe, é assim rapidinho, dá logo um mal-estar, fico me acabando. Aí do sal eu tenho medo”. **(USUÁRIO T)**

“O tratamento é só medicação. (...) Dieta eu nunca fiz não! Nem caminhada. Eu não tenho tempo de caminhada. (...) Fumar, eu era assim, eu fumei, comecei a fumar com 13 anos de idade, mas nunca assim eu ficasse fumante de fumar muito. Mas aí, com os meus 24 anos mais ou menos, 25, eu parei de fumar. Passei sete anos sem fumar... Depois de sete anos que voltei a fumar novamente, mas eu não fumava muito não! Uma carteira de cigarros sempre dava pra semana. De manhã eu não fumava. Eu fumava mais à noite. Ou se eu saísse pra beber alguma coisa. Tava com três meses que eu não fumava mais, e eu não vou fumar mais não, não faz bem à saúde. Tomei a consciência que não se deve fumar, e também com o meu problema eu não vou mais fumar”. **(USUÁRIO W)**

A Unidade (US-2) mostra que os usuários valorizam a ingestão de medicamentos como um aspecto importante do seu tratamento. A ida à USF está condicionada à necessidade de buscar o remédio na farmácia, à realização da consulta médica, por não estar se sentindo bem ou para resolver problemas em relação ao ajuste da dose terapêutica. Em algumas situações, sua ida é justificada para pedir a receita mensal com o enfermeiro, aferirem a PA, solicitar exames de rotina e pegar encaminhamentos para nutricionista ou cardiologista.

Os usuários reconhecem que mesmo confiando no poder da medicação para controlar a PA, muitas vezes se esquecem de tomar a dose diária recomendada, e alteram por conta própria a prescrição. Outros param de tomar o medicamento por acreditarem ingenuamente que estão “curados”, devido à PA ter caído a níveis tensionais satisfatórios.

A confiança e a realização tão somente no tratamento medicamentoso não significa, para os usuários, o desconhecer a importância dos outros cuidados para o controle da HAS como, seguir dieta hipossódica e hipocalórica, praticarem atividade física regular, abolir vícios como fumar e ingerir bebidas alcoólicas em excesso. Ao contrário, sabem o que é a Hipertensão Arterial, seus riscos e complicações, que a pressão não fica controlada adequadamente somente com medicamento. Mas, assumir todas estas mudanças implica abrir mão de forma radical de atitudes e comportamentos que dão prazer. Isto é possível de ser assumido eventualmente, mas difícil de realizar permanentemente.

Os usuários relatam que recebem as orientações/recomendações dos profissionais de saúde sobre a importância de assumir estilos de vida mais saudáveis, sobre a tomada correta da medicação e o tratamento apropriado do controle da HAS. No entanto, os depoentes relatam que sozinhos não conseguem mudar seus comportamentos e que precisam de ajuda, nesse sentido, para se sentirem capazes e motivados a mudar o que consideram necessário para viver com saúde.

➔ **US-3: Os usuários associam o enfermeiro a cuidados que recebe nas Unidades de Saúde da Família, principalmente orientação quanto ao uso da medicação e mudanças do estilo de vida.**

“... Como é o nome das enfermeiras? Pergunta ao meu marido. Ele sabe o nome delas, eu num sei por nome não. Agora que eu tô indo lá, aí eu tenho que aprender o nome das pessoas, nem a menina que colheu o sangue, eu num sei, só sei que colheu aqui no posto...” **(USUÁRIO F)**

“Durante o período de um ano que eu estou aqui nesse endereço que passou aqui o agente de saúde, juntamente com o enfermeiro, para fazer a avaliação sobre o hipertenso. Aí verificou a pressão, perguntou os hábitos alimentares como é que tava e orientando sobre o que tinha que fazer os hipertensos. Depois disso só quem passa aqui é o agente de saúde, ele procura saber como é que tá. Se tá tomando a medicação”. **(USUÁRIO H)**

“Nunca falei com enfermeiro não... Nunca fui com atendimento com enfermeiro, eu procurei a outra que saiu. Mas foi pra outro serviço, foi pra prevenção. O negócio da pressão, não”. **(USUÁRIO I)**

“Sim, eu já fui para o enfermeiro, foi ele que mandou fazer caminhada, sabe? E fazer a dieta. Para eu ir à nutricionista, sabe? Para eu não pegar tanto peso, né? Eu já tô subindo meu peso. (...) Eu já fui para o enfermeiro e ele já passou de novo, para eu fazer os exames. Para eu acompanhar se a anemia melhorou e as taxas. Eu fiz um monte de exame. Eu fiz tanto exame! Graças a Deus, deu tudo normal, só a anemia e a pressão. Né?! Que deu um probleminha”. **(USUÁRIO J)**

“Os enfermeiros de lá são muito bom. Quando a gente chega lá, cuida da gente muito bem, eles tratam a gente muito bem, principalmente a gente que tem pressão alta”. **(USUÁRIO L)**

“O enfermeiro também, a gente lá ele atende, ele passa o remédio. Se você pedir o remédio, ele passa o remédio. Para você comprar o remédio. O remédio eu comprava.” **(USUÁRIO P)**

“Teve até uma enfermeira que entrou lá agora, que eu fui bem atendida por ela. Eu só pude receber a medicação quando a enfermeira me viu primeiro, conversou comigo e tudo. (...) Aí ela disse: não minha filha, pois não pode não. Eu disse: pois eu ia parar de tomar, porque ela tá boa, três dias e eu não tô sentindo nada. Aí ela disse: mas é aí onde mora o perigo da hipertensão. Aí foi me explicar, que a hipertensão ela vem bem silenciosa. É muito perigosa. A pessoa não pode, porque ali numa agitação, numa emoção forte, já de repente ela sobe. Aí foi quando eu atendi o conselho dela”. **(USUÁRIO T)**

“A consulta quem fez foi a menina lá (enfermeira). Não conheço muito bem não. Ela tirou a pressão. Perguntou se eu era hipertensa. O que era. Já tomou o comprimido hoje? Pois ela tá um pouco alta. Depois ela anotou no papel e mandou para o médico. Passei pelo médico. O médico disse que tava alta. Falei para ele que desde que eu tomei esse remédio, ela sempre foi alta. Ele disse que eu sempre tomasse direitinho o comprimido, tirasse o sal, e disse que se com 30 dias ainda tivesse assim, que ia me encaminhar para o outro médico que bate o eletro, pra passar outros comprimidos. E aqui nesse posto, às vezes eu tô faltando um comprimido. Vou pra aí, pegar os comprimidos. Não. Só pega se a mulher [enfermeira] tiver pra assinar. Às vezes eu vou comprar e não vou pegar. Um dia eu fui. Não, tá faltando é três. Não, tá faltando dois. Não. Não pode despachar. Aí eu vou à farmácia comprar. Tem horas que tá faltando meus comprimidos. Eu já fui três ou quatro vezes. Até mês passado eu fui duas vezes e nada. Aí quando fui da outra vez que deu certo. Sabe de uma coisa, eu não vou mais não, vou comprar! Eu sempre gosto de ter um dinheirinho pra comprar. Às vezes falta, mas também às vezes não falta. Aí a gente vai buscar, e dizem assim: *Não. Só pode pegar se fulana assinar, ela só vem à tarde*”. **(USUÁRIO V)**

“No posto eu só pegava a medicação e conversava com a enfermeira as orientações sobre os cuidados, a dieta, essas coisas” **(USUÁRIO W)**

Na unidade (US-3) os usuários reconhecem os enfermeiros das equipes de saúde como os profissionais responsáveis pela realização das palestras, renovação da receita da medicação utilizada no controle da hipertensão arterial e que também que estes realizam outros cuidados, que não o do acompanhamento da HAS, mas as ações relacionadas aos demais programas de saúde disponíveis nas USF.

Nos relatos dos depoentes estes evidenciam que os enfermeiros não são os profissionais a quem procuram de imediato na Unidade de Saúde, mas o identificam como o profissional que dá acesso à renovação da receita mensal, e à ficha para a consulta médica e outros encaminhamentos. Eles ainda relatam que, nesse encontro com os enfermeiros, os profissionais os orientam sobre dieta, tomada correta da medicação, necessidade de caminhar e manter o controle da PA.

Na ocasião do encontro dos usuários com os enfermeiros na USF estes, sentem-se bem recebidos pelos profissionais. Pois, lhes dispensam

atenção e fornecem orientações nas palestras promovidas eventualmente pela ESF. Mas em algumas situações, sua ausência na unidade os impede de pegar a medicação que acabou. Aos usuários, lhes é dito que os enfermeiros são os responsáveis por esta tarefa, a de transcrição da receita mensal dos medicamentos para o controle da PA. Quando não os encontram e possuem recursos financeiros, decidem pela compra da medicação no comércio local, pois também há o risco da medicação estar em falta na unidade.

O sentido do cuidar da saúde para usuários

O sentido procurado na análise das Unidades de Significado construídas a partir das falas dos usuários deu-se pela compreensão do mundo de suas vidas, ou seja, a partir do seu cotidiano, no qual vivencia o tratamento para hipertensão arterial. Para nossos depoentes, as tarefas sobre o cuidado de si, que estes realizam no mundo ôntico (ou seja, no mundo imediato), que os ligam e os prendem ao mundo não aparece. Este sentido normalmente está velado, pois o que é natural ao Ser, raramente se mostra.

Para os usuários o reconhecimento do diagnóstico da HAS, de ter que conviver com uma doença crônica, exigiu deles a tarefa permanente de cuidarem-se por toda a vida e trouxe lhes tristeza e pesar. Pois, manter-se em constante cuidado e controle com a tomada de medicações, rigidez com a dieta hipossódica e hipocalórica, e a prática de exercícios, não é uma condição natural do viver saudável. Esse achado é visto também no estudo de Almeida (2009) sobre as representações sociais de usuários sobre a hipertensão arterial, que no discurso do sujeito do coletivo expõe a condição da doença como momento negativo e ruim na vida das pessoas.

A hipertensão arterial nas vidas dos nossos depoentes mudou o seu humor, alterando sua disposição para realizar seus momentos de lazer, pois estes estão ligados a estilos de vida poucos saudáveis. Ter esta doença crônica impôs aos nossos depoentes à necessidade de autocontrole com as emoções. Determinou o seguimento de condutas rígidas de controle dos seus hábitos de

vida e os seguimentos das normas do tratamento da HAS posta pelos profissionais de saúde.

Lima *et al* (2004) enfatizam que a escolha de estilos de vida é o prazer, vivido na experiência cotidiana do indivíduo no grupo cultural a que pertença. Abandonar esses hábitos significa perde as alegrias da vida. Em um contexto de privação e de poucas oportunidades de lazer, como o vivenciado por populações carentes, essa situação de mudança de hábitos torna-se um fardo diante das mazelas impostas pela pobreza.

Desse modo, pensar um cuidado de saúde na ESF que considere os contextos culturais das populações é respeitar a integralidade do usuário diante da sua condição de adoecimento. Na realidade estudada, faz-se necessário entender que os comportamentos e atitudes individuais são compartilhados pelo coletivo que vivencia hábitos advindos da tradição popular nordestina, como fumar ou mascar fumo, beber cachaça e outras bebidas alcoólicas, alimentar-se com comidas hipersódicas e hipercalóricas, como a carne de sol, o baião de dois, a buchada de bode, a galinha caipira, dentre outros pratos típicos da culinária sertaneja. Traços da tradição são repassados em um movimento geracional que representa para o homem/mulher do sertão o prazer e a satisfação do bem viver.

Diante da condição do diagnóstico da HAS, esses prazeres são castrados e é imposta a necessidade urgente da mudança de hábitos, de forma que o tratamento torne-se apropriado, considerando-se aspectos sociais, biológicos, culturais e existenciais do ser hipertenso. Assim como, evidenciado em Lima *et al* (2004), é imprescindível reconhecer a importância que a tradição, as significações e emoções manifestas pelos usuários com HAS são elementos que contribuem para o planejamento do cuidado de saúde na ESF, de forma que haja a possibilidade compartilhada entre usuário e equipe sobre a decisão terapêutica apropriada com vista a mudanças nos estilos de vida das pessoas, que verdadeiramente sentem, vivenciam e experienciam a condição do adoecimento crônico e, para tal, o cuidado focado no diálogo terapêutico se faz importante.

Esse conjunto de regras que devem ser apresentadas ao usuário, diante do diagnóstico da HAS, assume o 'novo modo habitual de levar a vida', um padrão de saúde que não lhes era conhecido, mas que precisa e deve ser

assumido. “[...] É que saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativo e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida” (GADAMER, 2006, p. 118). O homem é o ser que, ao compreender seu próprio existencial busca entender sua vida, os acontecimentos que se sucedem e, neste viver a vida pode ocorrer a perturbação da saúde – doença -, como parte da existência concreta do e-xistir do homem.

A compreensão se torna possível porque o homem habita um mundo que não é o universo como vê o cientista, tampouco o conjunto de todos os seres, mas a totalidade de relações em que o homem está mergulhado (...). O mundo é o próprio ser e o homem é *ser-no-mundo*. A compreensão se mundaniza, permeia todos os momentos da vida, de modo que somos nós que temos o sentido da existência. O modo prático de ser no mundo abre as possibilidades de compreensão, de tal maneira que o compreender não existiria se não compreendesse o contexto em que surge. (HERMANN, 2002, p.34)

Nesta realidade investigada, os usuários com hipertensão arterial se relacionam com os profissionais de saúde que os atendem nas Unidades de Saúde da Família no modo do cuidado focado no tecnicismo científico, o que torna o tratamento impessoal e reduz o cuidado da pessoa ao seguimento de um conjunto de prescrições medicamentosas e comportamentais, situação que dificulta a produção de relações longitudinais pelas equipes, notadamente, pelos enfermeiros que são pouco conhecidos por eles (ALMEIDA, 2009; SOUSA, 2006).

Os usuários se veem como doentes e, como tal, são assistidos no modo instrumental do cuidar, sem que suas possibilidades existenciais sejam trabalhadas pelas equipes de saúde. Neste modo de ser instrumental, a assistência é um fazer que se vela e não se compreende, fundada na impessoalidade que as ações técnicas conferem. Vemos que falta diálogo para um entendimento mútuo entre enfermeiros e usuários em Pau dos Ferros. O diálogo é o fio condutor de todo ato de compreensão do mundo, portanto, a condição de adoecimento das pessoas com hipertensão e que busca cuidado de saúde nas unidades de saúde da família (GADAMER, 2008a, 2008b).

O ato do entenderem-se uns com os outros se dá no encontro dialógico e se processa na linguagem. É na relação do trabalho cotidiano de saúde estabelecido nas USF entre os enfermeiros e pessoas com HAS e, entre enfermeiros e demais membros da equipe de saúde, que o acompanhamento da HAS deve ser dialogado, planejado, executado e avaliado pelos sujeitos que compartilham a problemática (GADAMER, 2008a; 2008b).

A palavra diálogo já implica o falar com alguém, o qual responde a seu interlocutor. Esse tipo de interação é inseparável do seu significado. (...) Somente no diálogo a linguagem é o todo que ela pode ser... Há o convite para o diálogo e o *entrar-no-diálogo*, de modo que fica quase parecendo como se o diálogo fosse o ativo, o agente que envolve em si ambas as partes. [Na área da saúde] o diálogo não é uma simples introdução e preparação para o tratamento. Ele já é o tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue (...). (GADAMER, 2006, p.133)

Ao decidir recuperar sua saúde, as pessoas com hipertensão arterial se entregam às orientações dos profissionais de saúde, mas esta entrega não é tão fácil ou simples, pois têm de se esforçar muito para superar suas próprias dificuldades em segui-las. Quando estão se sentindo bem, relaxam com os cuidados e seguem com o curso habitual da vida movida pelo prazer. Cabe considerar que, avaliado por médicos e enfermeiros, é requisitado a cumprir as exigências do tratamento prescrito, “assumir” responsabilidades cotidianas com o tipo de comida que come, com horários para descansar, com afastar-se das preocupações, evitarem a bebida alcoólica, perder peso, entre outras atitudes. O usuário sabe que é responsável por recuperar-se ou, pelo menos, manter-se bem como antes do diagnóstico da HAS (ALMEIDA, 2009).

Gadamer (2006) coloca que a saúde se assemelha a um pêndulo, hora estamos sadios nos sentindo bem e plenos para desenvolver nossas atividades cotidianas e viver nossa vida, hora esse pêndulo, por determinações do mundo exterior e interior ao nosso modo de ser e existir, se manifesta naquilo que conhecemos por doença, um sentir que algo está faltando para a manutenção do equilíbrio.

A HAS é uma doença crônica, ou seja, uma condição permanente na vida do ser humano. Algo correto de dizer, do ponto de vista fisiopatológico, mas que não deve ter o caráter de um fardo limitante para quem recebe o diagnóstico de tal condição. Na adjectivação de uma doença crônica, os que possuem este diagnóstico têm a possibilidade de vivenciá-la como momentos perturbadores do equilíbrio. Para evitar que o pêndulo sempre caia para o lado negativo é necessário que cuidados de saúde pautem-se no diálogo terapêutico entre as equipes da ESF e os usuários que vivenciam o existencial humano de ser portador de HAS (GADAMER, 2006).

Ao analisarmos o objeto de estudo o nosso objetivo foi compreender esses sentidos a partir dos significados que emergiram das falas dos enfermeiros e usuários com HAS. O sentido representa a interpretação do fenômeno, mas que não se finda neste estudo. Interpretar representa uma percepção ou olhar sob uma dada realidade. Que não representa a verdade absoluta sobre as partes que constitui o todo da problemática de saúde pública que é a hipertensão arterial.

O planejamento e a avaliação dos serviços ofertados não fazem parte do cotidiano dos serviços, as ações de saúde são rotineiras, a educação em saúde é eventual, e não representa, para o usuário, parte do cuidado de saúde. Para o usuário, cuidar da HAS é tomar a medicação prescrita, visto que, adotar um estilo de vida saudável não é tarefa fácil e eles precisam de ajuda. E aos enfermeiros e demais profissionais cabe ajudar ao usuário a cuidar da sua saúde, é nesse ponto de interseção, ou seja, no encontro entre as pessoas, que cuidam (profissionais) e que recebem e realizam o cuidado (usuário) que visualizamos os limites e as possibilidades de construir o diálogo terapêutico do cuidado de saúde na hipertensão arterial.

A figura 13 representa o olhar resultante da interpretação desta pesquisa sobre o objeto de estudo, cujo cuidado se mostra não sistematizado, fragmentado e com ações individualizadas por parte dos membros da equipe de saúde, situação que representa uma preocupação constante dos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho.

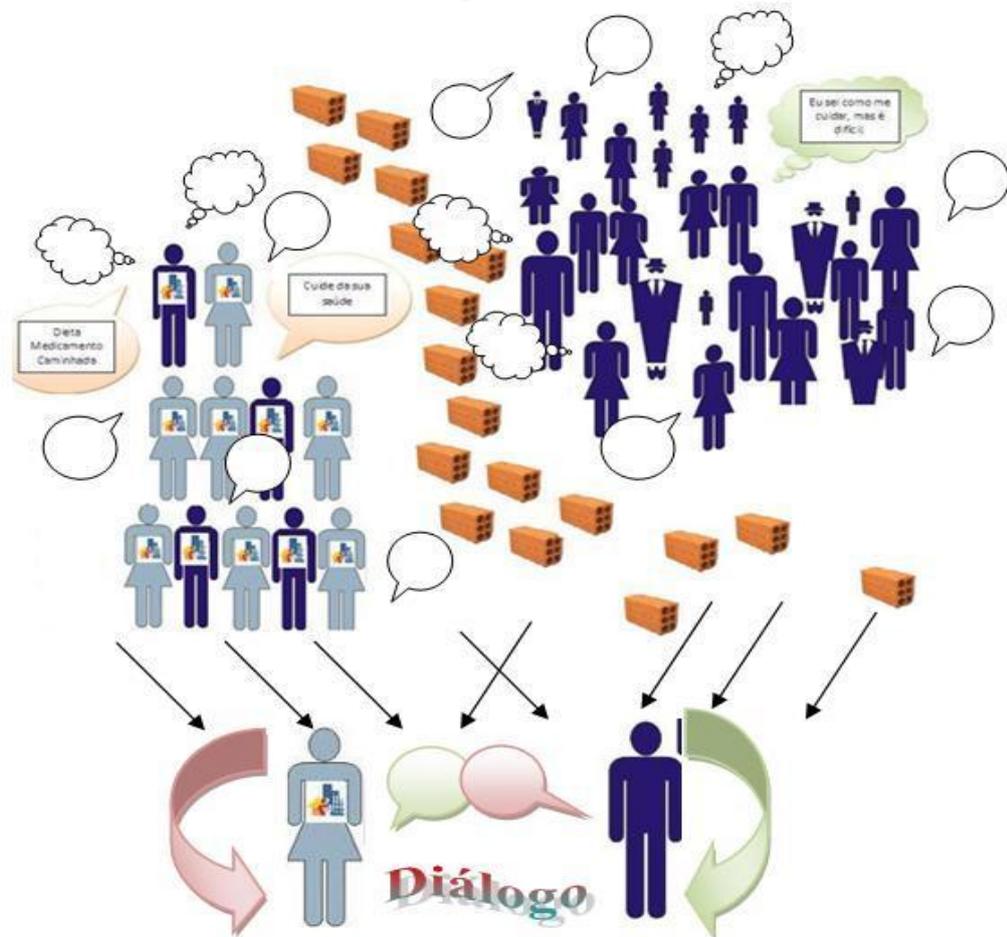


Figura 13 – O cuidado na Saúde da Família na HAS em Pau dos Ferros/RN

Nesta figura 13 busquei ilustrar que este modo de cuidar presente em Pau dos Ferros não evidencia o encontro terapêutico, pois, mesmo que os enfermeiros e usuários compartilhem do mesmo cuidado de saúde na hipertensão arterial, estes vivenciam seus saberes e práticas em hemisférios distintos. Essa situação de distanciamento mostra que não há o verdadeiro diálogo terapêutico como proposto por Gadamer (2006). Barreiras existem neste cotidiano que são reflexo do modo de ser impessoal e tecnicista que domina as ações dos profissionais das equipes e que também foi encontrado em outros estudos que discutiram sobre o cotidiano dos serviços básicos de saúde a grupos populacionais (MALVEIRA, 1998; SILVA, 2007, SÁ, 2007).

No entanto, essas barreiras não se encontram cimentadas, espaços são observados entre os obstáculos que possibilita aos enfermeiros e usuários que se relacionem, dialoguem e compreendam-se mutuamente em algum momento da efetivação do cuidado em saúde. O diálogo de fato, hoje não existe, mas pode passar a existir. Para isso, assumir uma postura consciente de abertura do eu para compreender o outro é importante. Como proposição a novos modos de cuidar de saúde, Gadamer (2006) nos diz que muitas coisas se tornam essenciais no momento da definição do tratamento, situação que implica em permissão e não somente em prescrição de normas, procedimentos e condutas de comportamento.

Nesse agir dialógico sob o viés Gadameriano, o cuidado integral em saúde torna-se uma possibilidade, pois ao dialogar, profissionais de saúde e usuários poderão escolher construir pontes ao invés de muros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação mostrou que há dificuldades para realizar o que consideram ser importante para o cuidado aos usuários cadastrados no HIPERDIA, pois o cotidiano do tratamento a este grupo tem como eixos centrais do cuidado: a consulta médica e a dispensa farmacológica anti-hipertensiva.

As demandas e necessidades dos usuários não são entendidas pelos profissionais da ESF como elementos que devem ser considerados na efetivação do cuidado. Os enfermeiros apontam a alimentação do Sistema HIPERDIA como preocupação dos serviços, como se essa ação se configurasse o cuidar da saúde das pessoas com HAS.

Assim, a integralidade do cuidado em saúde que deveria ser realizado por equipe multidisciplinar, não consegue se efetivar nas USF neste município. O trabalho das equipes se mostra inautêntico com a proposta da ESF, que preconiza ações coletivas de saúde realizadas em conjunto.

As ações de educação em saúde são reconhecidas como necessárias ao tratamento apropriado e os enfermeiros as consideram essenciais. No entanto, sentem-se desmotivados para realizá-las, pela pouca adesão dos usuários ao cuidado integral, sobretudo, ao tratamento não farmacológico. Predomina a sensação de desamparo diante das demandas e necessidades colocadas pelos usuários e pela gestão municipal da rede de saúde local.

Para os enfermeiros, os usuários não entendem as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, recomendações estas essenciais ao tratamento da HAS e que deveriam ser cumpridas permanentemente. Há dificuldades em obter resultados positivos somente com a adoção do tratamento farmacológico.

Entretanto, diferente do que pensam os enfermeiros, os usuários sabem o que deveriam fazer para cuidar adequadamente da saúde e controlar a

hipertensão. Ressalte-se, entretanto, que o diagnóstico da HAS representa um momento complexo na vida das pessoas, pois determina que este usuário tenha que conviver com uma doença crônica, exigindo-lhe a permanente tarefa de controle da PA por toda a vida.

A hipertensão mudou o humor, trouxe tristeza e pesar ao usuário, pois a doença impôs necessidade de controle emocional e de estilo de vida.

A relação entre enfermeiros e usuários é tímida, notadamente, estes profissionais são pouco reconhecidos como cuidador imediato na HAS, os usuários demonstra que o tratamento é impessoal, o que reduz o cuidado da pessoa ao seguimento de um conjunto de prescrições medicamentosas e comportamentais, situação que dificulta a produção de relações longitudinais entre os usuários e as equipes.

Os usuários se vêem como doentes e, como tais, são assistidos pelos profissionais. Desse modo, o cotidiano do tratamento da HAS é vivido, na maior parte das vezes, de modo inautêntico, dominado por um discurso focado em normas técnicas sobre como agir sobre a doença e, na ambiguidade que suprime a cada um, a responsabilidade pelo seu poder ser mais próprio, caracterizando-se como um modo deficiente de 'ser-com'.

O cuidado neste modo de 'ser-com-os-outros' parece fácil de ser compreendido. Tudo parece simples, bastando ao usuário querer compreender e fazer como deve procurar o serviço, quando deve fazê-lo e a quem deve se dirigir, caso precise. Neste modo de agir, facilitando a convivência previamente determinada por padrões e normas, podemos desagradar o usuário, não corresponder às suas expectativas, dificultar as relações entre cuidadores e cuidados, pois cada pessoa tem seu próprio ritmo de viver.

'Ser hipertenso' não deixa de conferir autenticidade ao homem, é um processo que pode ser natural para alguns ou adquirido para outros. A hipertensão arterial não deixa de conferir autenticidade a cada um de nossos usuários. Como profissionais de saúde deve-se considerar esta questão para tentar não subjugar o outro em seu modo de ser. É importante considerar que tratar os hipertensos não se resume apenas a garantir o recebimento dos

medicamentos prescritos. O tratamento envolve tocar o outro com cuidado durante as consultas, escutar com interesse suas dúvidas e certezas, estabelecer com ele e sua família o diálogo, que aproxima e possibilita o entendimento. O profissional tem por missão colaborar na restauração de um equilíbrio que se encontra prejudicado, pois a saúde ocorre no ritmo da vida.

A partir dos achados desta investigação, evidenciou-se que de modo geral, os enfermeiros das equipes de saúde da família de Pau dos Ferros não estão conseguindo atuar satisfatoriamente no modelo programático das ações de cuidar da hipertensão arterial, nem no modelo da vigilância à saúde, situação evidente no privilégio do atendimento à demanda espontânea. Tal situação reforça a necessidade da utilização do planejamento das ações de base populacional segundo critérios clínicos e epidemiológicos pelas equipes, bem como da avaliação da efetividade das ações dos serviços ofertados nas USF.

No cenário do estudo é fundamental que os enfermeiros rediscutam com seus pares (gestores e demais membros da equipe de saúde) suas atribuições e necessidades como trabalhadores no cotidiano dos serviços de atenção à saúde primária direcionada à pessoa com hipertensão. Efetivar o cuidado integral em saúde para a população requer: assumir processos de planejamento e avaliação em saúde no cotidiano da ESF; dotar os serviços de saúde de condições de infraestrutura nos diversos níveis de atenção à saúde para mudanças no processo do cuidado; estabelecer diálogos terapêuticos; considerar a experiência da saúde e da doença do usuário na decisão do tratamento.

Portanto, o tratamento é mais que o simples ato de prescrever e orientar, ele representa o momento do encontro terapêutico entre o profissional de saúde e o usuário. O cuidar de uma pessoa, no momento que esta vive a doença, não é simplesmente o 'tratar' do doente e suas alterações anátomo-fisiológicas, seguindo padrões de normalização construídos sob discursos biomédicos. O cuidado em saúde é inerente a todos nós, cabendo ao profissional de saúde, atuar sobre a perturbação instalada no ser humano com vistas a devolvê-lo a sua capacidade vital de realização das atividades cotidianas, mesmo que dentro de certas limitações.

Há que se compreender que é tarefa do trabalhador coletivo da saúde, ser responsável por promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde. Este tem por atribuição colaborar com o tratamento mais apropriado à situação vivenciada pela pessoa com HAS. O tratamento não deve ser posto unidirecionalmente, mas, ao contrário, ser construído cotidianamente e coletivamente no diálogo entre enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, enfim, pelas equipes de saúde e de gestão, usuários, famílias e comunidade.

Para efetivar a interdisciplinaridade na prática cotidiana do trabalho em saúde, todos os profissionais envolvidos diretamente no cuidado à pessoa com HAS precisam dialogar entre si e construir a base do trabalho coletivo em saúde com competência crítica e reflexiva da situação de vida das famílias sob suas responsabilidades. Neste sentido poderemos ultrapassar os “cuidados” focados em protocolos técnicos e não nas pessoas, um modo antagônico de estar com o ser de nossos clientes em sua dimensão humana, ética, política, social e familiar.

Os resultados deste estudo se desdobram na difusão do conhecimento produzido e na contribuição deste para a prática do cuidado em saúde, em especial, na atuação dos enfermeiros. Para que esta se concretize, apresentamos como sugestões:

- Socializar com a gestão local de saúde de Pau dos Ferros, profissionais da ESF e comunidade os resultados desta investigação. Cremos ser necessário que os atores sociais envolvidos com a problemática da HAS no âmbito do HIPERDIA (gestores, profissionais e usuários) tenham acesso, o mais breve possível, aos resultados, para reflexão e construção coletiva de estratégias que impliquem soluções para melhoria das condições de trabalho e de atendimento às necessidades vivenciadas pelos munícipes. Também o apoio dos profissionais responsáveis pela supervisão das ações ofertadas pode ajudar aos membros das equipes de saúde da família a realizar um trabalho integrado e com maior capacidade de atendimento e resolubilidade.

- Aplicar o conhecimento produzido neste estudo ao ensino, à pesquisa e à extensão no universo do Curso de Enfermagem (CEN) do

CAMEAM/UERN, pois é importante que, enquanto docentes, possamos oferecer aos futuros enfermeiros, que estarão assistindo nossa população, uma formação que lhes possibilite conhecer a realidade social da população, a dinâmica da produção de cuidados nos serviços e diminuir a distância entre o conhecimento técnico apreendido na Universidade e o advindo de uma prática humanizada, que valoriza o outro e que se fortalece no exercício diário da experiência assistencial.

- Certificar o Grupo de Pesquisa (GP) “Enfermagem, Conhecimento e Saúde” pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e no diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, para contribuirmos com a produção de conhecimento nas Linhas de Pesquisa do Projeto Pedagógico do CEN-CAMEAM-UERN: (1) Práticas e Políticas em Saúde e Enfermagem e (2) Sociedade, Educação em Saúde e em Enfermagem.
- Realizar ciclos de leitura e discussão do pensamento de Gadamer e sua hermenêutica como atividade ligada ao GP.
- Realizar as “Oficinas do Cuidado”, representadas no diagrama que resume a proposta de projeto de extensão em uma parceria da UERN com serviço local de saúde nas USF e instituições hospitalares (Figura 14).

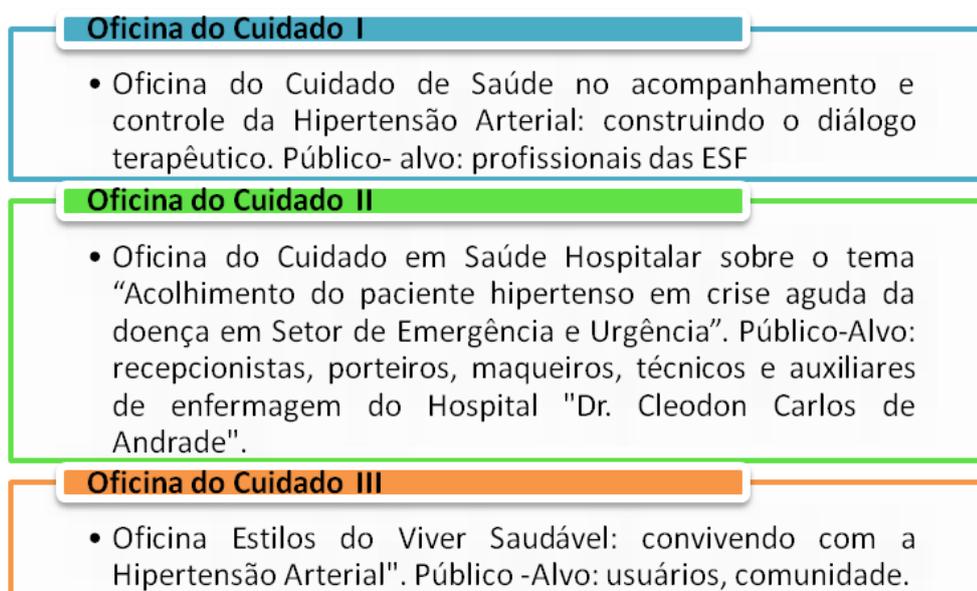


Figura 14 – Proposta das Oficinas do Cuidado

No trabalho interdisciplinar em saúde é necessário que os vários saberes dialoguem para o que o fim ou meta seja alcançado. O diálogo pressupõe a construção do agir comunicativo, construído conscientemente num processo de interação contínuo entre os profissionais de saúde, gestores e usuários. Dialogando constantemente, com o intuito de nos entendermos uns com os outros, ultrapassaremos a noção de “trabalho em grupo” e assumiremos verdadeiramente o cuidado de saúde interdisciplinar no qual o diálogo terapêutico possa ser realmente efetivado.

Ao finalizar a pesquisa, creio que ainda não existam fórmulas prontas para resolver os problemas e dificuldades relatadas pelos enfermeiros e usuários, pois cada uma das unidades tem sua particularidade no movimento assistencial. Este não era o meu objetivo. O que busquei foi ouvir os enfermeiros, imersos em uma realidade social que integra o que compreendemos e realizamos como cuidado, ou cura no sentido existencial. Também foi importante ouvir os usuários, pois nem sempre os compreendemos e o cuidado acontece no modo impróprio de ‘ser-com-o-outro’.

Mostrou-se com este estudo que há possibilidades de que o cuidado possa ser efetivo de modo autêntico. Sei o quanto é difícil dialogar no mundo de hoje, onde o entendimento de uns com os outros se tornou uma das maiores dificuldades da humanidade na contemporaneidade, mas devemos tentar. Acredito ainda mais que, assumindo o diálogo terapêutico no cotidiano das USF, o fundamental permanecerá como ação do cuidado coletivo: a saúde, e não a doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. B. S. **Representações sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

ARAÚJO, J. L. de *et al.* The Necessary Dialogue For Effective Interdisciplinarity in Public Health: contributions from Jünger Habermas's communication theory. **IRev Enferm UFPE On Line.** Recife, ano 3, nº 3, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/index>>. Acesso em: 11 de julho de 2009.

AYRES, J. R. de C. M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Rev de Saúde Pública,** São Paulo, ano 28, nº. 4, 1994. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n4/12.pdf>>. Acesso em: 08 de setembro de 2009.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf?PHPSESSID=8878f67e3873e05d3c53bf8bdf4dc56d>. Acesso em: 10 de setembro de 2008.

BRASIL, Ministério da Fazenda. **Tesouro Nacional: Transferências Constitucionais.** 2009. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/transferencias_constituconais.asp>. Acesso em: 10 de novembro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Governo apóia maior estudo da América Latina sobre hipertensão e diabetes.** Brasília, 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23971>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

_____. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado.** Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

_____. **Atenção Básica e Saúde da Família.** Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília, 2009d. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1.5_M_02.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v.4). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 11 de setembro de 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao *Diabetes mellitus***: Manual de Hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2009.

_____. **Atuação do Enfermeiro na atenção básica - Informe da Atenção Básica nº. 16. Ano III**. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe16.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

_____. **Portaria Conjunta N.º 02, de 05 de março de 2002**. Disponibiliza, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, Sishiperdia, para utilização pelos municípios. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnhd/portaria_conjunta_02.php>. Acesso em: 10 de setembro de 2009.

_____. **Portaria Conjunta N.º 112, de 19 de junho de 2002**. Aprova o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br/manuais/portariaconjunta112.doc>>. Acesso em: 10 de setembro de 2009.

_____. **Guia para controle da Hipertensão Arterial**. Ministério da Saúde: Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. **Guia para controle da Hipertensão Arterial**. Brasília, 1983.

BRITO, E. O. de. Consciência Histórica e Hermenêutica: considerações de Gadamer acerca da teoria histórica de Dilthey. **Trans/Form/Ação**. São Paulo, ano 28, nº. 2, p.149-160, 2005.

CALMON, A. M. Z. **O ato de compreender**: uma ontologia do diálogo na hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. 2008. Tese (Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião) Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 19, p.109-118, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro de 2009.

_____. Escuta como Cuidado: é possível ensinar? In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC – ABRASCO, 2007, p. 231-248.

CAMPOS. G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2 ed. São Paulo, Hucitec, 2003.

CEIA, C. **O Círculo Hermenêutico**. 2009. Disponível em: <http://www2.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/C/circulo_hermeneutico.htm>. Acesso em: 30.10.2009.

COSTA, D. M. N. **Atuação do SUS no controle da hipertensão arterial**: a experiência de Juiz de Fora. 2006. Tese (Doutorado em Medicina), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

CONH, A. *et al.* **A Saúde como direito e como serviço**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHOR, D. *et al.* Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Os Muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: ABRASCO – HUCITEC, 1999.

FORNARI, A. Entre Rorty e Gadamer: alternativa de la hermenéutica y educación en el sentido crítico da razón. **Paidéia**. Ribeirão Preto/SP. Ano 11, nº. 20, p. 5-21. 2001

GADAMER, H. **Verdade e Método I**: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Enio Paulo Giachini. 9 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2008a.

_____. **Verdade e Método II**: Complementos e Índices. Tradução de Enio Paulo Giachini. 9 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2008b.

GADAMER, H. **Hermenêutica em Retrospectiva: Heidegger em retrospectiva.** Tradução de Marco Antônio Casanova. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007a. vol I.

_____. **Hermenêutica em Retrospectiva: A virada hermenêutica.** Tradução de Marco Antônio Casanova. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007b. vol II.

_____. **Hermenêutica em Retrospectiva: Hermenêutica e a filosofia prática.** Tradução de Marco Antônio Casanova. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007c. vol III.

_____. **O caráter oculto da saúde.** Tradução de Antônio Luz Costa. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

GACKI, S. R. S. **Perspectivas do Diálogo em Gadamer: a questão do método.** Cadernos IHU - Unisinos. São Leopoldo/RS. Ano 4, nº. 16. 2006. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/uploads/publicacoes/edicoes/1158325728.95pdf.pdf>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2009.

GOMES, R. e DESLANDES, S. E. Interdisciplinaridade em saúde pública: um campo em construção. **Rev. Lat. Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, nº. 2, p. 103-114. 1994. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a08.pdf>>. Acesso em: 09 de setembro de 2009.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer.** Tradução de Álvaro Valls. Porto Alegre: L& P, 1987.

HERMANN, N. **Hermenêutica e Educação.** Rio de Janeiro: DP & A. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil.** 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em 08 de novembro de 2009.

_____. **Rio Grande do Norte – Pau dos Ferros – RN.** 2009b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 09 de novembro de 2009.

LAWN, C. **Compreender Gadamer.** Tradução Hélio Magri Filho. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007.

LESSA, I. Estudos Brasileiros sobre a Epidemiologia da Hipertensão Arterial: uma análise crítica dos estudos de prevalência. **Informe Epidemiológico do SUS.** Brasília, ano 3, 1993. 59-75.

LIMA, M.T *et al.* A Hipertensão Arterial sob o olhar de uma população carente: um estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, ano 20, nº. 4, p.1079-1087, jul.-ago, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/23.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2009.

LOURENÇO, P. Um panorama das doenças crônicas no Brasil. **Revista de Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Set. vol. 12. p. 34-37, 2007.

LUDKÉ, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: REVINTER, 2009a, 252 p.

_____. **Historia da Cardiologia**: Aspectos Históricos da Hipertensão no Brasil. 2009b. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/03/>>. Acesso em: 26 de setembro de 2009.

MALVEIRA, E. A. P. **A Enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas**: uma abordagem fenomenológica. 1998. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 1998.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATUMOTO, S. et al. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. In. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ano 17, nº.1, p. 233-241, jan.-fev, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>> . Acesso em: 08 de setembro de 2009.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidade. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

MINAYO, M. C. de S e DESLANDES, S. F. Apresentação. In. MINAYO, M. C. de S. e DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-16.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In. MINAYO, M. C. de S. e DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. p. 83-107.

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11 ed. Revista e Aprimorada. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008b.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 9, nº. 3, p. 239-262, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 08 de setembro de 2009.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ano 9, nº.2. Abr./Jun, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n2/20380.pdf>>. Acesso em: 09 de setembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, D.C.: OPAS, 2007— v. 2; REGIONAL (OPAS, Publicação Científica e Técnica No. 622), 2007a. Disponível em: <<http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisespor/Brazil%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, D.C.: OPAS, 2007— v. 1; REGIONAL (OPAS, Publicação Científica e Técnica No. 622), 2007b. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97>>. Acesso em: 10 de agosto de 2008.

PASSOS, V. M. A et al. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, ano 15, nº.1, p. 35-45, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2artigo_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2008.

PAU DOS FERROS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2001 A 2004**. Pau dos Ferros – RN, 2001. (mimeo).

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2005 A 2008**. Pau dos Ferros – RN, 2005. (mimeo).

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal – 1991 e 2000**: Ranking decrescente pelos discursos de 2000. 2009. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 09 de novembro de 2009.

PINHEIRO, R. *et al.* **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPECS – ABRASCO, 2007.

ROHDEN, L. Em forma de Prefácio. In. GACKI, S. R. S. **Perspectivas do Diálogo em Gadamer**: a questão do método. Cadernos IHU - Unisinos. São Leopoldo/RS. Ano 4, nº. 16. 2006. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/uploads/publicacoes/edicoes/1158325728.95pdf.pdf>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2009.

SÁ, A. M. M. **O Sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e profissionais de saúde**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2007.

SAITO, R. X. de S (Org). **Integralidade da Atenção: Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. **Pau dos Ferros-Rio Grande do Norte**. 2009. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 30 de novembro de 2009.

SILVA JÚNIOR, A. G. da *et al.* Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13, nº. 5, p. 1489-1500, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/14.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro de 2009.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em 03 de janeiro de 2009.

SOUZA, L.B de *et al.* Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. **Arq Bras Cardiol**. Ano 87, p. 496-503, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2006001700015&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de Setembro de 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: ATLAS, 2008.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

VIEIRA, A. M *et al.* Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: Integração para a Integralidade da assistência. In. SAITO, R. X. de S (Org). **Integralidade da Atenção: Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

APÊNDICES E ANEXOS



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**GRUPO I Enfermeiros****1) IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Entrevistado: _____

1.2 Qualificações mais significativas: _____

1.3 UBS que exerce seus serviços/cuidados: _____

1.4 Forma de contratação/vínculo: _____

(1) concurso público (2) contratação temporária sem seleção pública (3) contratação temporária por seleção pública (4) cargo de confiança (5) outras formas de vínculo (especificar) _____

1.5 Ano de formação na graduação: _____

1.6 Tempo que ocupa o cargo referido na ESF: _____ (data do início do trabalho na equipe).

1.7 Data da entrevista: _____

Questionamentos:

- Poderia me dizer que prática(s) de cuidado é(são) desenvolvida(s) por você nesta USF para os adultos com HAS?
- Como você compreende a Integralidade em Saúde?
- Que ações em grupo existem nesta unidade para os adultos com HAS?
- Que entraves você percebe para o aprimoramento do cuidado aos adultos com HAS nesta USF?
- Que sugestões você aponta para efetivar as ações de cuidado à saúde desse grupo populacional?

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**GRUPO II Usuários****1. IDENTIFICAÇÃO**

Entrevistado: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

(1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) desquitado(a) (4) outros(especificar) _____

Escolaridade: _____

- (1) Nunca frequentou a escola
- (2) Saber ler e assinar o nome
- (3) Assina apenas o nome
- (4) Ensino Fundamental Incompleto
- (5) Ensino Fundamental Completo
- (6) Ensino Médio Incompleto
- (7) Ensino Médio Completo
- (8) Ensino Superior Incompleto
- (9) Ensino Superior Completo
- (10) Pós-graduação (especialização)
- (11) Pós-graduação (mestrado ou doutorado)
- (12) Pós-graduação (pós-doutorado)

Ocupação: _____

Renda Familiar: _____ (Valor expresso em Real)

UBS a qual é referenciado: _____

Tempo de diagnóstico da HAS: _____

Data da entrevista: _____

Questionamentos:

- Que tipo de cuidado para hipertensão arterial você recebe nesta unidade?
- Você já fez consulta na USF para tratar pressão alta?
- Como você tem se sentindo com o tratamento da pressão alta?
- Você participa de alguma atividade em grupo na USF?

APÊNDICE 03

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS-GRUPO I (ENFERMEIROS)

Enfermeiro *	Ano de Graduação	Titulação	Forma de Contratação	Tempo de Serviço na USF**
ENF	2002	Especialista	Concurso público	3 meses e 12 dias
ENF	1996	Especialista	Concurso público	3 meses e 10 dias
ENF	2002	Especialista	Concurso público	3 meses de 14 dias
ENF	2007	Graduada	Concurso público	3 meses de 13 dias
ENF	2000	Especialista	Contratação sem seleção pública e Concurso público (a partir de 2009)	10 meses e 2 dias
ENF	1987	Especialista	Concurso público	3 meses e 6 dias
ENF	1998	Especialista	Concurso público	1 mês e 12 dias
ENF	2001	Especialista	Concurso público	1 mês e 13 dias
ENF	2001	Especialista	Contratação sem seleção pública e concurso público (a partir de 2009)	4 anos e 4 meses
ENF	1985	Especialista	Concurso público	2 meses e 3 dia
ENF	1986	Especialista	Concurso público	2 meses e 1 dia

*não utilizamos as iniciais dos nomes dos depoentes nem a codificação (letra do alfabeto) neste quadro para garantir o sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa.

**tempo de atuação na USF, considerando o dia da entrevista, todas foram realizadas com este grupo no mês de junho de 2009.

APÊNDICE 04

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS – GRUPO II (USUÁRIOS)

Iniciais	Idade*	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação Referida	Renda Familiar**	Tempo diagnóstico da HAS
F.Q.D	42 ANOS E 11 MESES	M	CASADO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNCIONARIO PÚBLICO (FP)	1.200,00	10 ANOS
F.A.B	26 ANOS E 7 MESES	M	UNIÃO ESTAVEL	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	COMERCIANTE	NÃO SABE	2 ANOS
A.G.P	55 ANOS E 4 DIAS	M	CASADO	ENSINO MEDIO COMPLETO	APOSENTADO	1.700,00	NÃO SABE
M.L.P.O	56 ANOS E 11 MESES	F	CASADA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	APOSENTADA	1.300,00	1 MÊS
M.L.N.D	59 ANOS E 11 MESES E 14 DIAS	F	CASADA	FUNDAMENTAL COMPLETO	COSTUREIRA	930,00	5 ANOS
M.M.P.C	44 ANOS E 7 MESES	F	CASADA	NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA	DONA DE CASA	120,00 (BOLSA FAMÍLIA)	3 ANOS
M.B.M	58 ANOS E 11 MESES	F	DESQUITADA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	AGRICULTORA	65,00 (BOLSA FAMÍLIA)	7 ANOS
R.P.S	58 ANOS E 7 MESES	F	CASADA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS (FP)	950,00	7 ANOS
L.F.A.A	51 ANOS E 4 MESES	F	CASADA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	DONA DE CASA	1.200,00	19 ANOS
M.C. A.	55 ANOS E 7 MESES	F	CASADA	FUNDAMENTAL COMPLETO	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS (FP)	800,00	5 ANOS
M.R,S	43 ANOS E 2 MESES	F	UNIÃO ESTAVEL	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DONA DE CASA	465,00	2 ANOS
F.D.S	50 ANOS E 3 MESES	M	CASADO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DESEMPREGADO	465,00	6 ANOS
E.P.N.A	42 ANOS E 11 MESES	F	SOLTEIRA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS (FP)	900,00	24 ANOS
F.L.F	43 ANOS 3 6 MESES	F	SOLTEIRA	SABE LER E ASSINAR O NOME	DOMÉSTICA	200,00	15 ANOS
B.F.N	58 ANOS 4 MESES	F	UNIÃO ESTÁVEL	NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA	DONA DE CASA	465,00	20 ANOS
T.F.D	54 ANOS E 4 MESES	F	UNIÃO ESTÁVEL	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	AGRICULTORA	465,00	22 ANOS
M.E..S.L	45 ANOS E 6 MESES	F	CASADA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	DONA DE CASA	1.200,00	3 ANOS
M.F.O	55 ANOS 4 MESES	F	UNIÃO ESTÁVEL	ASSINA APENAS O NOME	APOSENTADA	465,00	13 ANOS
M.C.N	56 ANOS E 7 MESES	F	CASADA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	APOSENTADA	900,00	8 ANOS
T.F.O	56 ANOS E 8 MESES	F	UNIÃO ESTÁVEL	ASSINA APENAS O NOME	DONA DE CASA	465,00	10 ANOS
F.C.C.A	43 ANOS E 8 MESES	F	CASADA	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	DESEMPREGADA	62,00	5 ANOS
F.M.S	49 ANOS E 8 MESES	F	VIÚVA	NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA	AGRICULTORA	82,00	1 ANO
M.C.N.Q	49 ANOS	F	CASADA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	FUNCIONÁRIO PÚBLICO	900,00	7 ANOS

*considerado a idade conforme data de nascimento referida na data da entrevista, todas foram realizadas no mês de julho de 2009.

** renda familiar expressa em reais.

APÊNDICE 05

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira, professora do Curso de Enfermagem do CAMEAM/UERN e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Estou desenvolvendo nesta cidade a pesquisa: **SENTIDOS DO CUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ENFERMEIROS E USUÁRIOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**: uma aproximação à hermenêutica Gadameriana.

Os objetivos: 1- Compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família as ações de cuidar que realizam junto aos usuários cadastrados no Programa de Acompanhamento e Controle da Hipertensão Arterial; 2- Compreender os sentidos atribuídos aos cuidados recebidos/realizados pelos usuários portadores de HAS para o controle da pressão arterial; 3- Discutir as interfaces de ambos os sentidos na perspectiva da construção do diálogo terapêutico na Estratégia Saúde da Família no Programa de Acompanhamento e Controle da Hipertensão Arterial.

As informações serão coletadas mediante a aplicação de entrevistas semiestruturadas, juntos aos sujeitos da pesquisa (enfermeiros e usuários com HAS). As conversas serão gravadas com minigravador digital e, posteriormente, transcritas com o auxílio do Software *Digital Voice Editor 3®* e o editor de textos *Microsoft Office 2003®*. Após 5 anos do término da pesquisa, esse material será destruído.

Esclarecemos que a sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á não causar qualquer desconforto ou constrangimento e serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade. Não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O estudo não lhe acarretará benefícios materiais nem financeiros.

Estarei disponível para esclarecer qualquer dúvida que surja no decorrer da entrevista. Além disso, gostaria de informar que você tem liberdade de desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa, e que esta segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ressaltamos, ainda, que as informações coletadas no decorrer da entrevista serão utilizadas para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e revistas indexadas, além de ser divulgadas em eventos científicos da área das ciências da saúde e enfermagem. Nosso desejo é contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde deste município, bem como com a melhoria da qualidade da assistência à saúde da população local, em especial, a saúde dos portadores de HAS.

Coordenadora da Pesquisa: Janieiry Lima de Araújo

Telefone: (84) 9917-4229

Orientadora da pesquisa: Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira (CMACCLIS/UECE).

Pau dos Ferros/RN, ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Testemunhas (caso seja necessário)

Testemunhas (caso seja necessário)

.....
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM – CMACCLIS

PESQUISA: **SENTIDOS DO CUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ENFERMEIROS E USUÁRIOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**: uma aproximação à hermenêutica Gadameriana

Eu, _____, declaro, que após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa de forma livre e esclarecida.

Pau dos Ferros/RN, ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Testemunhas (caso seja necessário)

Testemunhas (caso seja necessário)

Coordenadora da Pesquisa: Janieiry Lima de Araújo

Telefone: (84) 9917-4229

Orientadora da pesquisa: Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira (CMACCLIS/UECE).



Universidade Estadual do Ceará
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
Fone: 3101.9890 E-mail: cep@ucce.br

Fortaleza, 20 de março de 2009

Título: “O cuidado de enfermagem na saúde da família: o diálogo terapêutico entre enfermeiros e usuários adultos com hipertensão e vulnerabilidade para doenças cardiovasculares”.

Protocolo: 08622973-7 de 30/01/2009. **FR** 240684.

Pesquisadora: Janieiry Lima de Araújo. **Orientadora:** Thereza Maria Magalhães Moreira.

Parecer

O projeto tem como objetivo geral apreender o diálogo terapêutico entre os enfermeiros da saúde da família e os adultos com hipertensão arterial e vulnerabilidade para complicações cardiovasculares no cotidiano dos serviços de saúde de Pau dos Ferros- RN, tendo como norte à efetivação do cuidado integral à saúde, e como objetivos específicos: conhecer o trabalho dos enfermeiros na saúde da família direcionado ao desenvolvimento de práticas de cuidado integral aos adultos com hipertensão arterial, que apresentam vulnerabilidade para doenças cardiovasculares; e apreender o cuidado de enfermagem prestado aos adultos com hipertensão arterial, a partir dos significados/vivências atribuídos pelos usuários dos serviços de saúde na realidade local. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na teoria interpretativa hermenêutica de Paul Ricoeur, indo além da pesquisa descritiva como foi tipificado na metodologia, e será desenvolvido no município de Pau dos Ferro-RN. Os sujeitos a serem investigados serão 11 enfermeiros. Os critérios de inclusão são os enfermeiros que pertençam a UBS e que atendam a zona urbana. Como critério de exclusão enfermeiro de férias ou de licença de qualquer natureza. A coleta de dados será de março a maio de 2009 por meio de entrevistas e as entrevistas. A análise dos dados será por meio da análise da teoria interpretativa hermenêutica de Paul Ricoeur. O orçamento apresentado será custeado pela pesquisadora O termo de consentimento está adequado ao estudo.

O projeto está bem estruturado e é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da resolução 196/96 do CNS, portanto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. O relatório final deverá ser apresentado ao CEP ao término do estudo.

Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro.
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE