



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**LEILSON LIRA DE LIMA**

**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: acolhimento, vínculo e co-responsabilização**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2011**

LEILSON LIRA DE LIMA

Micropolítica do Cuidado ao Usuário com Hipertensão Arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Linha de Pesquisa: Situação de Saúde da População.

FORTALEZA – CEARÁ

2011

L732m      Lima, Leilson Lira de

Micropolítica do cuidado ao usuário com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização / Leilson Lira de Lima. – 2011.

129 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

Área de Concentração: Saúde coletiva.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Leilson Lira de Lima

MICROPOLÍTICA DO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
acolhimento, vínculo e co-responsabilização

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Aprovada em: 27/12/2011

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes (1<sup>o</sup> Membro)

Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge (2<sup>o</sup> Membro)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

*Dedico este trabalho a meus Pais, Neliane e Nazareno, pela dedicação e amor  
que sempre dispuseram para comigo.*

*À Tia Laura (in memoriam).*

*A todos os estudantes, professores, pesquisadores e trabalhadores da saúde que  
tecem saberes e práticas na saúde coletiva, constroem o Sistema Único de  
Saúde e lutam em defesa de uma saúde pública de qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

Deparamo-nos com obstáculos e dificuldades em vários momentos de nossa vida. Neste percurso existencial encontramos ajudas, carinhos, entusiasmos, desejos e paixões que nos ajudam a vencer as contradições e conflitos e com isto contribuem para nosso sucesso. Pessoas que estão perto, pessoas que estão longe, seja qual for a distância, sempre estão prontas a nos dar a força que precisamos. Deste modo, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista.

À Professora Doutora Thereza Moreira, pelo incentivo, compreensão e dedicação, direcionando minha consolidação no campo da pesquisa. Agradeço, também, pelo empenho na concretização deste estudo, toda a paciência e energia despendida na formação deste saber para o cuidado às pessoas com hipertensão arterial.

À Professora Doutora Salete, pelas suas valiosas e honrosas contribuições neste estudo e em minha formação de mestre em saúde pública. Obrigado por despertar em mim o desejo de ser pesquisador, contribuindo com a ciência e o campo social.

À Professora Doutora Ana Fátima Carvalho, pela disponibilidade em tecer suas contribuições para a conclusão final deste trabalho.

À Professora Doutora Marluce Assis, pela ajuda na execução inicial do projeto que culminou com esta pesquisa e pelo entusiasmo pelo tema da produção do cuidado em saúde.

A todos os trabalhadores do centro de saúde em estudo, principalmente a gerente, pela acolhida e receptividade para comigo e esta pesquisa. Muito grato também aos usuários com hipertensão que muito compartilharam suas experiências do processo de adoecer e suas relações com o serviço de saúde e com os trabalhadores.

À Professora Mestre Rocineide Ferreira, que desperta em mim a paixão pela saúde coletiva e o desejo de sempre lutar por uma saúde pública universal.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo incentivo financeiro, contribuindo para a execução deste trabalho.

Aos colegas de mestrado que compartilharam experiências e tantos conhecimentos nos vários momentos de intensas discussões pelos momentos de celebração que tivemos.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidados em Crônicas e Enfermagem (GRUPECCE) pelos instantes de aprendizagem e compartilhamento de saberes os quais foram úteis para a conclusão deste estudo.

À Dona Maria e à secretária do mestrado Cláudia, pela ajuda que sempre dispuseram e pela construção cotidiana que realizam no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

À Daniele, Lissidna e Mardênia, mais que colegas, companheiras nas lutas acadêmicas.

À Andressa, Diego, Marcelo e Rafael, que se fazem presentes ao meu lado e lutam comigo em defesa de uma saúde pública e de qualidade.

À Carlivânia, minha noiva, que compreendeu minha ausência em alguns momentos e sempre me deu força e coragem para concluir este estudo. Sempre uma fonte inspiradora e uma grande companheira.

Aos meus tios, Fernando e Valdívea, e meus primos, Daniel, David e Fernando, pelo incentivo apoio que sempre demonstraram no decorrer desta pesquisa.

Às minhas irmãs, Manuelle e Naziane, e aos meus sobrinhos, Daniel, Diego, Fabrício e Rian, que sempre acreditaram em mim e conforme puderam colaboraram neste estudo.

A Deus, que se faz presente em todos os momentos de minha vida e sem ele não há flores em meu caminho nem luz em meu viver.

*"Sinto-me como uma semente no meio do inverno, sabendo que a primavera se aproxima. O broto romperá a casca e a vida que ainda dorme em mim haverá de subir para a superfície, quando for chamada. O silêncio é doloroso, mas é no silêncio que as coisas tomam forma, e existem momentos em nossas vidas que tudo que devemos fazer é esperar. Dentro de cada um, no mais profundo no ser, está uma força que vê e escuta aquilo que não podemos ainda perceber. Tudo o que somos hoje nasceu daquele silêncio de ontem. Somos muito mais capazes do que pensamos. Há momentos em que a única maneira de aprender é não tomar qualquer iniciativa, não fazer nada. Porque, mesmo nos momentos de total inação, esta nossa parte secreta está trabalhando e aprendendo. Quando o conhecimento oculto na alma se manifesta, ficamos surpresos conosco mesmos, e nossos pensamentos de inverno se transformam em flores, que cantam canções nunca antes sonhadas. A vida sempre nos dará mais do que achamos que merecemos".*

*Kahlil Gibran*



## RESUMO

LIMA, L. L. **Micropolítica do Cuidado ao Usuário com Hipertensão Arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização.** 2011. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 129p.

A atenção às pessoas com hipertensão arterial depende do micropolítica do cuidado, além de ações produtoras de vida, envolvendo trabalhadores e usuários por meio do acolhimento, vínculo e na responsabilização social. Sendo resultado da ação conjunta das práticas e saberes, o cuidado ofertado nos Centros de Saúde da Família deve ser resolutivo e atender às reais necessidades de saúde da população com Hipertensão Nessa perspectiva, este estudo. Objetiva a analisar como se dá o cuidado às pessoas com hipertensão arterial no âmbito da micropolítica do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a dinâmica cotidiana deste cuidado num Centro de Saúde da Família (CSF). Estudo qualitativo e tem como técnicas de obtenção das informações a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática, tendo como sujeitos trabalhadores de saúde e usuários com hipertensão arterial. O método de análise das entrevistas foi orientado pela Análise de Enunciação (BARDIN, 2009) e Fluxograma Analisador de Merhy (2002; 2007) que fundamentou a análise das observações. Os resultados revelam que o cuidado das pessoas com hipertensão arterial tem como núcleo central de intervenção a prática por meio de consultas e procedimentos técnicos; é construído no cotidiano dos serviços de saúde, de forma fragmentada e orientado pelo modelo médico-centrado. Porém o acesso é garantido e os dispositivos acolhimento e vínculo são operados com co-responsabilização. Os usuários, porém são destituídos de autonomia, sofrendo forte influencia da medicalização social. Conclui-se ser necessário ampliar o debate sobre o cuidado com base no acolhimento e vínculo, expropriando os trabalhadores de saúde dos atos prescritivos, pois não constroem a autonomia dos sujeitos no cotidiano das práticas do serviço.

**Descritores:** Cuidado em Saúde. Acolhimento. Vínculo. Co-responsabilização. Hipertensão

## ABSTRACT

LIMA, L. L. **Micropolitics of Care for Members with Hypertension: reception, attachment and co-responsibility.** 2011. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 129p.

Attention to people with hypertension depends on the micropolitics of care, in addition to producing life actions involving employees and users through the host, and link social responsibility. As a result of the joint action of practices and knowledge, care offered at Family Health Centers should be resolute and meet the real health needs of the population with hypertension this perspective, this study. It aims to analyze how is the care of people with hypertension in the micropolitics of health care in the Family Health Strategy (FHS) and the daily dynamics of this care in the Family Health Center (FSC). Qualitative study and its techniques of obtaining the information semi-structured and systematic observation, taking subjects like health workers and users with hypertension. The method of analysis of the interviews was guided by Enunciation Analysis (BARDIN, 2009) and Flowchart Merhy Analyzer (2002, 2007) who based the analysis of the observations. The results reveal that the care of people with hypertension have as core intervention practice through consultation and technical procedures, is constructed in everyday health services, fragmented and driven by physician-centered model. But access is guaranteed and host devices are operated and bond with co-responsibility. Users, however are devoid of autonomy, suffering strong influence of social medicalization. Concludes that it is necessary to broaden the debate about care based on the host and bond, expropriating workers' health acts prescriptive because they do not build the autonomy of individuals in the daily practices of service.

**Keywords:** Health care. Reception. Attachment. Co-responsability. Hypertension

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Dimensões do Acolhimento.....	43
FIGURA 2	Cidade de Fortaleza.....	52
FIGURA 3	Localização Geográfica da Cidade de Fortaleza-CE.....	53
FIGURA 4	Divisão Geopolítica da Cidade de Fortaleza-CE por Secretaria Executiva Regional.....	54
FIGURA 5	Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde e Descritor de Projetos Terapêuticos.....	65
FIGURA 6	Acesso dos Usuários com HA à Consulta Programada nos Grupos.....	92
FIGURA 7	Acesso dos Usuários com HA pela Primeira Vez à Consulta.....	98

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Dimensões de Análise de Componentes da Micropolítica do Cuidado Neste Estudo.....	49
QUADRO 2	Sujeitos do Estudo.....	55
QUADRO 3	Perfil dos Sujeitos do Estudo (Trabalhadores de Saúde) que Atendem às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica no CSFEF.....	57
QUADRO 4	Perfil dos sujeitos do estudo (Usuários) Acompanhados no CSFEF.....	58

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Práticas Populares em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CR	Central de Regulação
CRASS	Centro de Referência em Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
DCNI	Doenças Crônicas Não-infecciosas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ENNEenf	Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidados em Cronicidades e Enfermagem
HA	Hipertensão Arterial
IAM	Infarto Aguda do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LAPRACS	Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SER	Secretaria Executiva Regional
SISHIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SMSF	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>CAPTÍULO 1 – APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR E RECORTE DO OBJETO.....</b>	<b>16</b>
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	17
1.2 DELINEAMENTO DO OBJETO.....	19
<b>CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>28</b>
2.1 MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	30
<b>CAPÍTULO 3 – DESENHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>50</b>
3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	51
3.2 CENÁRIO EMPÍRICO.....	52
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
3.4 TÉCNICA DE OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	59
3.5 ETAPAS EXPLORATÓRIAS DA PESQUISA.....	60
<b>3.5.1 1ª etapa – a aproximação com o campo e seus atores sociais.....</b>	<b>60</b>
<b>3.5.2 2ª etapa – A coleta de dados.....</b>	<b>61</b>
<b>3.5.3 3ª Etapa – Análise das informações.....</b>	<b>62</b>
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	66
<b>CAPÍTULO 4 – ACHADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
4.1 COMPREENSÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CO-RESPONSABILIZAÇÃO.....	69
4.2 FLUXO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HA NO CSF.....	88
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>127</b>

## **CAPÍTULO 1**

### **APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR E RECORTE DO OBJETO**



## 1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A aproximação do campo da saúde coletiva ocorreu durante minha formação acadêmica com a participação no Grupo de Pesquisa Política, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, hoje denominado Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS), como bolsista de iniciação científica, pelo envolvimento com o movimento estudantil na Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), especificamente na Secretaria Nacional de Educação Popular em Saúde, e na minha militância junto aos movimentos sociais no campo da saúde por meio da Articulação Nacional de Práticas Populares em Saúde (ANEPS). A presença destes coletivos de resistências e lutas sanitárias foi fundamental para que minhas concepções no campo da saúde coletiva fossem construídas e reconstruídas.

Na ocasião, várias foram as inquietações, as discussões travadas, sempre direcionadas aos princípios da reforma sanitária e atentando para a complexa teia de saberes e práticas envoltas na interação trabalhadores de saúde e usuários.

O interesse pela temática também decorreu de minha vivência enquanto interno de enfermagem, na atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nela, observei inúmeras situações, como, por exemplo, a assistência prestada às pessoas com hipertensão arterial (HA).

No decorrer desta experiência ficou evidente que o saber biomédico “adquirido” no curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) mostrou-se insuficiente para responder às necessidades de saúde destes usuários. Além disso, a função desempenhada pela enfermagem no cuidado às pessoas com hipertensão era caracterizada pela medicalização da vida e por prescrições farmacológicas fortemente centralizadas em tecnologias duras, com ausência de espaços de fala e escuta.

Como se não bastasse, as dificuldades na micropolítica do cuidado aos usuários com HA, os entraves em conseguir consultas com especialistas e as filas que se conformavam no serviço, tanto na Central de Regulação (CR) quanto no

próprio Centro de Saúde da Família (CSF) geravam conflitos e tensões. Estas tensões e conflitos conformavam-se num plano simbólico envolto na relação trabalhadores e usuários, e também na minha relação com meu “Eu”, a qual contornava agenciamentos de desejos de disparo de mudanças nos saberes e práticas do cuidado às pessoas com HA.

Em 2009, graduado em enfermagem, inicio minha carreira profissional com o desafio de trabalhar em uma instituição hospitalar. Esse “desafio” foi construído simbolicamente com base em algumas experiências negativas no nível terciário durante minha graduação. Também se inclui aí, meu reconhecimento da estrutura hierárquica, rígida e centralizada mergulhada numa diversa trama de poderes e forças instituídas presentes no cenário hospitalar.

Assim, durante um ano prestei cuidados de enfermagem num serviço terciário público da região metropolitana de Fortaleza-CE, especificamente em uma emergência. Neste lócus, constatei que vários usuários adentravam no serviço com crise hipertensiva decorrente do não tratamento rotineiro da hipertensão arterial sistêmica ou com complicações relacionadas à doença. Na condição de trabalhador, por sua vez, o cenário revelou-se permeado por tensões dicotômicas entre minha construção teórica e a operacionalização factível do cuidado, entre o que desejava e minhas possibilidades concretas de atuação como enfermeiro.

Paralelamente a esta vivência de trabalhador de enfermagem, iniciei o curso de Especialização em Enfermagem Clínica, concluído em 2010. Na ocasião, apresentei um estudo bibliográfico intitulado “Cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família: um resgate da produção científica”, que permitiu a construção de um arcabouço teórico-conceitual acerca da temática.

Outra vivência importante foi minha participação no Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE), caracterizado como um espaço de discussões intensas e de construção de pesquisas relacionadas ao campo da saúde coletiva/saúde pública no Estado do Ceará, muitas delas financiadas por órgãos de fomento.

Desta forma, com as pesquisas realizadas pelo GRUPECCE, pude constatar dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento. Percebi a importância de assegurar o cadastro e o controle pressórico, dos fatores de risco e da dispensação de fármacos aos usuários, sem, no entanto, propiciar uma atenção acolhedora, com estabelecimento de vínculo e com co-responsabilização de equipe e usuários.

Posteriormente, surgiu a necessidade de ampliar meus conhecimentos científicos, o que se consolidou com minha inserção no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, quando passei a desejar compreender como se conformava a micropolítica do cuidado aos usuários com HA.

Creio que todos os cenários que ocupei no campo da saúde produziram subjetividades e afetividades as quais me direcionaram para o entendimento de que os usuários que chegam aos CSF necessitam ser lembrados como sujeitos, como seres singulares, capazes e que devem participar ativamente de seus processos de saúde-doença-cuidado. Logo, a pesquisa em tela busca contribuir para as discussões acerca da micropolítica da produção do cuidado às pessoas com hipertensão arterial, com ênfase no acolhimento, vínculo e co-responsabilização.

O acolhimento, o vínculo e a co-responsabilização, dispositivos importantes para a produção do cuidado, resgate da autonomia, respeito às singularidades tornam-se um desafio frente à existência de gestores e trabalhadores de saúde comprometidos somente com a produtividade e com a consolidação de projetos terapêuticos com forte carga prescritiva e fortemente baseados na lógica da medicalização social.

## 1.2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Conforme já referido, este estudo aborda a micropolítica do cuidado aos usuários com HA em um CSF de Fortaleza-Ceará (CE) e tem como análise os dispositivos de acolhimento, vínculo e co-responsabilização mobilizados pelos profissionais participantes deste estudo.

Em 1999, foi estabelecida como meta do governo estadual do Ceará a redução das mortes por doenças cardiovasculares (DCV) em um período de três anos (CEARÁ, 2005). Aliado ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus do governo federal do ano 2000 (BRASIL, 2001a), contribuiu para a detecção precoce dos casos de hipertensão, diminuindo as estatísticas de mortalidade pelas doenças cardiovasculares. Apesar dos esforços envidados, em 2005, as doenças do aparelho circulatório ainda representaram mais de 25% dos óbitos no estado (CEARÁ, 2007), requisitando mais ações estratégicas.

Assim, o estudo da micropolítica do cuidado aos usuários com HA em um CSF de Fortaleza-Ceará (CE) com base nos dispositivos de acolhimento, vínculo e co-responsabilização busca compreender o trabalho em saúde a partir de seu aspecto relacional, que se constrói a partir de um processo dinâmico, de interação entre pessoas as quais compartilham dores e sofrimentos, saberes e crenças.

O cuidado em saúde realiza-se, portanto, pelo encontro singular entre trabalhador e usuário em um processo em que ambos trarão e partilharão suas próprias expectativas, necessidades e desejos. Este encontro também se caracteriza como possibilidade de conflitos e disputas em alguns momentos, mas deve ser um lugar de vozes e escutas, onde todos os sujeitos envolvidos precisam ser considerados em suas necessidades. Barembliit (1996) argumenta que este processo relacional acontece na micropolítica do cuidado em saúde, atravessada por lógicas próprias das vivências dos sujeitos no espaço onde vivem e convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos de cuidar.

Nesse cenário, é necessário compreender como se processa o cuidado às pessoas, o processo de trabalho em saúde e a utilização das tecnologias do cuidado sob o âmbito de quem cuida e de quem é cuidado.

A dimensão do processo de trabalho em saúde é discutida por Mendes-Gonçalves (1994), o qual considera a pluralidade de relações estabelecidas entre os atores envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, ou seja, trabalhadores de saúde e usuários e estas relações são operacionalizadas por meio de tecnologias,

compostas pelos saberes configurados em materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde.

A partir destas considerações, Merhy (2002; 2007) e Merhy *et al.* (2006) definem tecnologia do cuidado tipificando-a em três: (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada *a priori* como os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, normas e rotinas; (b) leve-duras: duras são as representadas pelos saberes e o conhecimento advindos da clínica ou da epidemiologia e a outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador e (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, como acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomia.

Ao considerar as tecnologias leve-duras e leves, entendemos que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções que criam espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Dessa forma, os saberes e modos de operar atos de saúde que valorizam o campo relacional são imprescindíveis para a consolidação de um modelo de saúde em que o usuário é o centro da atenção com grande estímulo de sua autonomia, conforme denominam Franco (2006), Franco e Merhy (2005) e Merhy (2006a; 2007).

Desse modo, com o intuito de proporcionar uma atenção em que o usuário é sujeito de seu processo saúde-doença-cuidado, tendo como núcleo central o resgate ou manutenção de sua autonomia, ganham dimensão os dispositivos de acolhimento, vínculo e co-responsabilização na produção do cuidado em saúde.

Portanto, o acolhimento situa-se como parte do processo intercessor que ocorre durante o momento assistencial. Ele pressupõe uma atitude dos trabalhadores de saúde de comprometimento em receber, escutar e se relacionar de forma humanizada com os usuários e suas necessidades. Já o vínculo, como tecnologia leve das relações, pressupõe que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pelos usuários acompanhados. Conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de laços afetivos entre os trabalhadores da saúde e os usuários.

Dada a devida importância a estes arranjos tecnológicos em saúde e no cuidado, vários autores têm estudado e conceituado tais dispositivos, sobretudo, no âmbito da atenção primária. As diferentes concepções baseiam-se no entendimento do acolhimento como etapa do processo de trabalho em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006; TAKEMOTO; SILVA, 2007; SANTOS *et al.*, 2007; ANDRANDE; FRANCO; FERREIRA, 2007), como promotor de acessibilidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006; CARVALHO; CAMPOS, 2000; SCHIMITH; LIMA, 2004; SANTOS *et al.*, 2007; COELHO; JORGE, 2009) e ainda como postura ou atitude do trabalhador de saúde e usuário perante as necessidades e desejos de ambos (MATUMOTO 1998; 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006; TAKEMOTO; SILVA, 2007; SANTOS *et al.*, 2007; COELHO; JORGE, 2009; MATUMOTO *et al.*, 2009).

Cabe, ainda, assinalar as reflexões acerca do acolhimento tanto no que se refere ao ato, à necessidade dele, quanto ao seu aspecto medicalizante, desafio presente nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2006; ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009; TESSER, POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O acolhimento pode ser definido na visão de Teixeira (2006) como rede de conversações constituinte dos serviços de saúde, que ocupa todos os lugares e tem o papel de receber e interligar uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços de conversa e se dá em qualquer encontro de trabalhadores e usuários.

Para além da perspectiva de rede de conversações, o acolhimento também é compreendido como resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, constituindo-se num conjunto de atos executados de modos distintos no atendimento e envolvendo posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das necessidades dos usuários. Com isso, considera-se acolhimento como ação de responsabilização do trabalhador pelo usuário durante sua permanência no serviço de saúde (MATUMOTO, 1998; 2003; MATUMOTO *et al.*, 2009).

No que concerne ao vínculo, entre as definições trazidas pela literatura, destaca-se o vínculo como ferramenta que agencia trocas de saberes técnico e popular convertido em atos terapêuticos (CARVALHO; CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004; SANTOS *et al.*, 2008; COELHO; JORGE, 2009) ou

como inter-relações entre trabalhadores de saúde e usuários (CAMPOS, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; PINHEIRO; GUIZARD, 2006; SANTOS *et al.*, 2008; COELHO, JORGE, 2009).

Já a co-responsabilização pode ser entendida como possibilidade de construção de vínculo (CAMPOS, 2005; 2007) e instrumento necessário à construção da autonomia (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2007; JORGE *et al.*, 2011).

Sendo assim, o vínculo traduz a idéia de formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Além disso, a busca de resolutividade para seus problemas (usuários) com o seu trabalhador de referência<sup>1</sup> é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles (JORGE *et al.*, 2011). Então, a construção do vínculo depende de como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos seus usuários/família, particularizando o seu processo de cuidar.

A construção do vínculo permite avanços na ampliação da clínica, valendo-se de outros recursos terapêuticos que não somente os medicamentos como educação em saúde, práticas de vida saudáveis, construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos (CAMPOS, 2005). Complementando, Santos *et al.* (2008), p. 465, enfatizam:

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

O vínculo, portanto, é valioso recurso terapêutico, integrante da clínica ampliada e representa a superação da fragmentação e do tecnicismo biologicista. Para sua existência entre trabalhador e usuário, o último deve acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência ou capacidade de resolver problemas de saúde.

---

<sup>1</sup> Para Campos (2007), a equipe ou trabalhador de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.

Estas tecnologias leves têm a potência de fazer passar linhas de fuga para produção/invenção de processos cuidadores, acolhedores, vínculo mais criativos a partir das relações e dos afetos decorrentes do encontro trabalhador-usuário, destacando-se também a importância das linhas de segmentaridade duras e flexíveis, que estratificam nosso viver e afetam nossos corpos, nos colocando em ação para a produção da realidade (MATUMOTO, 2003).

Ao olhar para o complexo quadro epidemiológico brasileiro, cuja composição evidencia o crescente aumento das doenças crônicas não-infecciosas (DCNI), percebemos que as práticas precisam abrir a possibilidade da criação de vínculo entre trabalhadores e usuários de tal forma que haja um compromisso coletivo, uma co-responsabilização com a resolução, com o equacionamento desse grave problema de saúde pública, dentro de uma visão ampliada de saúde.

Entre as DCNI está a hipertensão arterial, caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. Acomete, aproximadamente, 30% da população mundial, com previsão de aumento de 60% da doença até 2025 e associa-se, com frequência, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (KEARNEY *et al.*, 2005; VI DBH, 2010).

A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009, aumentando sua prevalência em todas as faixas etárias. O percentual de pessoas com hipertensão arterial é cerca de 14% na população até 34 anos; 20,9% dos 35 aos 44 anos; 34,5%, dos 45 aos 54 anos e salta para 50,4% dos 55 aos 64 anos (BRASIL, 2010).

Conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA) (2010) ela é um dos principais fatores associados a óbitos por DCV, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE), 25% daquelas por coronariopatia e, em associação com o Diabetes Mellitus (DM), 50% dos casos de insuficiência renal crônica (LUNA, 2009).



Sendo assim, esta enfermidade se destaca pela magnitude de suas múltiplas expressões, cabendo apontar as correlações com outras formas graves de adoecimento (Insuficiência Renal Crônica (IRC), AVE, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)), seu impacto social e econômico elevado em decorrência de custo do tratamento, entre outros agravantes aptos a onerar progressivamente o sistema de saúde, comprometendo a sua viabilidade (IDE, 2004).

Para se ter uma idéia do impacto social dessa doença, no estudo de Moura, Carvalho e Silva. (2007) os autores constataram que cerca de 25,5% dos auxílios-doença concedidos à população de faixa etária entre 17 a 38 anos estavam associados às complicações referentes à doença hipertensiva.

Prevenir o aparecimento dessas complicações, promover a saúde, diagnosticar precocemente esses eventos e cuidar dessas pessoas são alguns dos objetivos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Entretanto, o cuidado que se constrói no cotidiano dos serviços proporciona ao usuário com HA a aquisição de uma vida controlada por condutas, vinculada ao discurso disciplinador, marcada por monitoramentos constantes, pela necessidade de controle pautado em abstinências, pela referência clínica do “viver correto”, incluindo medicalização da alimentação, da atividade física, dos hábitos de vida em geral.

Torna-se indispensável direcionarmos nosso olhar para os usuários com HA, devido à necessidade e urgência em estimular a co-responsabilização no cuidado, podendo isto ser realizado por meio de atenção acolhedora, com o estabelecimento de vínculos e um projeto terapêutico pautado na singularidade destas pessoas.

O tema das DCNI tem sido bastante estudado, embora a perspectiva do cuidado no escopo da atenção primária em saúde (APS) ainda seja pouco explorada. A complexidade dessa doença demanda multiplicidade de intervenções nos diversos níveis de atenção e forte articulação intersetorial, contribuindo para a diversidade de abordagens possíveis do problema, porém como revelam Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), o cuidado às pessoas com HA se dá por excessiva carga prescritiva, centrada na produção de procedimentos e consulta médica.

A literatura sobre o cuidado às pessoas com HA revela que ele é realizado de maneira superficial, apenas com a dispensa farmacológica e centralizado no binômio médico-enfermeiro, sem interação com os demais membros da equipe ou com o usuário (XIMENES; MELO, 2006; LEMOS *et al.*, 2006; FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008). Assim, a atenção é direcionada à abordagem de queixa-conduta, centrada no saber médico e no ato prescritivo, sem interação entre trabalhadores e usuários, anulando a importância dos espaços de fala/escuta na produção do cuidado.

Além disso, outros estudos (ZANTUNE *et al.*, 2006; MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009; GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; GUSMÃO *et al.*, 2009) conferem que o cuidado é centrado na adesão, no controle dos fatores de risco, em um projeto terapêutico pautado na doença, no ato prescritivo, e não nas singularidades. Carecem estudos que atentam à importância também de tecnologias leves para o cuidado ao usuário com hipertensão, para o acolhimento e vínculo como tecnologias importantes para estimular a autonomia e adesão destes sujeitos.

Desta forma, prevalece um processo de trabalho que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, sua subjetividade e história de vida, também determinantes do seu processo de saúde e doença (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004). Compartilhamos da ideia de Santos *et al.* (2008), quando afirmam que as ações acolhedoras e vinculares são o substrato de práticas eficazes e eficientes. Elas edificam valores afetivos e de respeito à vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais (curativas e preventivas) uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo orientador dessas ações ao longo do tempo.

Buscamos refletir sobre os processos de acolhimento e a conquista do vínculo na assistência prestada às pessoas com hipertensão, procurando caracterizar como o modo de produção do cuidado está sendo construído a partir da micropolítica do cuidado. Inicialmente, alguns questionamentos convergem para o fato de que há impasses e conflitos no processo de acolhimento e conquista de vínculo entre profissionais e usuários com HA, com impacto negativo sobre a resolutividade.

Tais motivos corroboram o que se percebe, por vezes, na realidade dos serviços de saúde: usuários percorrem diversos itinerários terapêuticos,

desorientados e sem possibilidade de obter eficiência na resolução de suas necessidades de saúde. O cenário aqui apresentado conduz à reflexão sobre a forma como ocorre o acolhimento, vínculo e co-responsabilização no que tange à micropolítica do cuidado na ESF de Fortaleza-CE.

Para proceder a esta reflexão, adotei como eixo orientador do estudo, os seguintes questionamentos: 1) Que cuidados prestados pelos trabalhadores de saúde geram acolhimento, vínculo e co-responsabilização às pessoas com hipertensão arterial? 2) Como se conforma o cuidado ao usuário com hipertensão arterial no contexto da micropolítica do cuidado em saúde?

Diante desses questionamentos, estabelecemos os seguintes objetivos para o estudo: 1) Analisar o cuidado prestado pelos trabalhadores de saúde aos usuários com hipertensão arterial referente aos dispositivos acolhimento, vínculo e co-responsabilização; e 2) Compreender a micropolítica do cuidado ao usuário com hipertensão arterial.

A partir do exposto, a realização desta pesquisa apresenta-se como relevante por seu potencial de fornecer subsídios para fomentar discussões no campo da saúde coletiva acerca da conformação da micropolítica do cuidado aos usuários com HA, considerando as práticas de saúde instituídas. Dessa forma, oferece subsídios para o debate em torno da necessidade de (re) construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como objetivo promover cuidado.

Além dessas contribuições, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, o estudo contribuirá para a produção do conhecimento na área, visando reduzir a lacuna que encontramos durante o levantamento bibliográfico. Na oportunidade de minha Especialização, conforme já mencionado, detectei a existência de poucas produções acerca dos dispositivos acolhimento, vínculo e co-responsabilização no cuidado às pessoas com hipertensão arterial, apesar da larga produção sobre adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, além dos fatores de risco para esta enfermidade no cenário nacional e internacional.

## **CAPÍTULO 2**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

Os modelos tecnoassistenciais para a saúde assumem determinada configuração, de acordo com os processos e tecnologias de trabalho usadas na produção da assistência à saúde (FRANCO, 2006). Complementando, Merhy (1998) considera que um modelo “produtor do cuidado”, centrado no usuário e suas necessidades, deve operar a partir das tecnologias leves e tecnologias leveduras.

O debate em torno da micropolítica da produção do cuidado opera-se a partir do entendimento do modelo tecnoassistencial estruturado, sua concepção de saúde-doença e as ações desenvolvidas pelos seus atores sociais (trabalhadores de saúde).

Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras e no que se refere ao processo de trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente destas tecnologias (FRANCO; MERHY, 2005).

O que se percebe é um processo de trabalho centrado no saber médico hegemônico, pautado no corpo biológico, com o cuidado direcionado ao ato prescritivo e ausente dos processos relacionais com espaços de fala e escuta que considerem o sujeito em sua singularidade. Esta clínica centrada no saber biomédico tem sua origem no Relatório Flexner (1950) e sugere uma prática que prioriza o conhecimento especializado.

Este modo de pensar e agir em saúde gerou um padrão cultural de consumo em saúde na população que passou a entender que cuidado é realizado somente a partir de exames e procedimentos, criando uma atenção centrada em procedimentos e não nas reais necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

No cenário onde se conforma a micropolítica do cuidado às pessoas com HA, ou seja, na ESF, percebemos a ausência de uma clínica ampliada, enriquecida por novos referenciais, com uma grande dimensão cuidadora e orientada pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Investir

nesse espaço relacional é ampliar mecanismos e oportunidades para responsabilizar-se com as necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral (MERHY, 2006a).

Nesse sentido, o resgate ou a construção das relações intercessoras pode dá-se por meio de dispositivos como o acolhimento, vínculo e co-responsabilização entre trabalhadores e usuários e garante a existência de um processo de escuta, possibilitando intervenções resolutivas às necessidades dos usuários.

Ademais, é notória a sensação de insegurança e a fragilidade daquele que necessita de qualquer serviço de saúde, pela dificuldade de fazer o outro, o trabalhador ou serviço de saúde, compreender a natureza de seu problema, tendo que se submeter a um processo de produção de saúde (ou de doença), do qual espera um determinado tipo de resposta, ignorando quais caminhos percorrer e quais os resultados obtidos (MERHY, 2006b). É ao trabalhador de saúde que o usuário entrega seu medo, suas fragilidades, em busca de solucionar um problema o qual nem ele mesmo conhece. Desta forma, ele precisa ser ouvido, ter seu problema escutado, ter suas necessidades identificadas e produzir vínculos com o objetivo de resgatar sua autonomia.

Qualquer usuário que chega ao serviço de saúde trazendo consigo uma enfermidade crônica como a HA, a micropolítica do cuidado requer considerá-lo como sujeito com desejos e interesses. Nesse instante, o cuidado direciona-se para a produção das ações de saúde como práticas as quais são ora conservadoras, ora emancipatórias e criativas.

## 2.1 MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

O cuidado em saúde apresenta peculiaridades, em virtude da intensa produção de subjetividades dispensada na interação entre os sujeitos, compondo uma teia de saberes, de interesses, desejos, expectativas, necessidades que podem

produzir práticas acolhedoras, vínculo, encontros e desencontros entre trabalhadores de saúde e usuários.

Com base nessa consideração, entendemos que o cuidado, objeto do trabalho em saúde, realiza-se num complexo processo de produção cuja ação conforma a micropolítica da produção do cuidado, com afetamentos e desafetamentos nos encontros entre trabalhadores e usuários com seus modos de vida.

Sendo assim, espera-se que trabalhadores de saúde consigam, a partir de seus atos vivos – tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde – produzir mais vida, autonomia e subjetividade dos usuários. Produzir mais vida significa possibilitar, com o trabalho vivo em ato, liberdade para a produção de sentidos e sentimentos, a autonomia e o resgate da cidadania mediante a reinserção social (MERHY, 2002).

Quando isso ocorre pelo desejo, enquanto força de constituição do novo dos sujeitos produtores dos atos de saúde, a realidade é entrecortada por um primeiro plano, dos afetos, em que vários fluxos de intensidades se formam no encontro entre trabalhadores, usuários, comunidade e todos os atores implicados com o ato de cuidar (FRANCO, 2006).

Na ótica da micropolítica, o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, possibilitando ao trabalhador criar brechas para fazer passar seus desejos e afetos, inventar novos processos de trabalho, interrogando os velhos processos de trabalho cristalizados, promovendo uma descaptura desses mesmos processos. Porém, é importante considerar a obra de Guatarri e Rolnik (2005) ao considerarem que a micropolítica trata do processo de produção de desejos, ou melhor, como os trabalhadores reproduzem ou não os modos de subjetividade dominante.

O sistema capitalista usa os processos de produção de subjetividade a seu favor por meio de equipamentos e estratégias eficazes como, por exemplo, as máquinas de informação e comunicação, produzindo subjetividades voltadas para seus interesses, para a lógica da individualidade, para o consumo e geração de

lucro, ou seja, produz uma subjetividade capitalística (DELEUZE, 2010). Esta subjetividade na saúde engendra as máquinas de produção do modelo médico-assistencial privatista, centrado na lógica da produção de procedimentos ou mesmo por meio dos sistemas de atenção gerenciada (MERHY, 2002), cuja finalidade última desemboca na defesa dos interesses dos donos do capital do setor.

Desta forma, essas relações podem ser de um lado sumárias e burocráticas, em que a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo valorativo do saber médico hegemônico, produtor de procedimentos e instrumento da dominação do capitalismo. Por outro lado, elas podem ocorrer como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002).

É preciso também destacar que esta cadeia de relações que compõe a micropolítica do cuidado é influenciada pelas tensões do campo social<sup>2</sup>. Estas tensões regem o funcionamento da sociedade submetendo-nos a um mundo sistematizado por linhas de segmentaridade (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATTARI, 1999).

Matumoto (2003) também se apóia em Deleuze e Parnet (1998) e Deleuze e Guattari (1999) para descrever estas linhas de segmentaridade. Assim, a primeira linha é denominada de linha de segmentaridade dura e compreende o funcionamento da sociedade a partir de códigos, territórios e configura dispositivos de poder. A segmentaridade opera a organização do espaço social do Estado e constrói uma hierarquia e uma burocracia que pouco flexíveis. A segunda linha é a flexível caracterizam-se como aparelhos ideológicos do Estado com suas máquinas burocráticas. Um exemplo é a divisão das profissões, uma vez que a centralidade em determinada profissão, como a médica, restringe a atuação terapêutica de outros profissionais. A última linha são chamadas de linhas de fuga a qual, conforme afirma Matumoto (2003), é imperceptível, é um movimento difícil de perceber, que começa pelo meio, está no meio, no emaranhado das linhas, tem algo de misterioso. Na realidade elas quebram o ritmo cotidiano do instituído, provocam rupturas, questionam regras, provocam desterritorialização (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATTARI, 1999).



No concernente à hipertensão arterial, consideramos que o cuidado às pessoas com HA sofre enorme influência das linhas de segmentariedade duras, uma vez que se baseia fortemente em protocolos e diretrizes assistenciais que nada consideram o sujeito e sua singularidade em seu processo saúde-doença-cuidado. Nesta perspectiva, Merhy e Malta (2010) afirmam que a assistência à saúde do portador de hipertensão é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença, centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas.

O atendimento aos usuários com HA tem por principal objetivo o controle da PA e começa obrigatoriamente com medidas que visam à mudança no estilo de vida dos usuários, o que tradicionalmente é chamado de tratamento não-medicamentoso ou mudança no estilo de vida (JARDIM; MONEGO; SOUSA, 2004). Neste sentido, o cuidado às pessoas com HA é permeado por prescrições multifatoriais, as quais, não sendo cumpridas, acabam na avaliação subjetiva do profissional de saúde, por classificar o usuário como “não cooperativo” ou “não aderente ao regime terapêutico” (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Logo, aderir ou seguir o “tratamento” da hipertensão torna-se, além de objeto central do “cuidado”, laborioso percurso, uma vez que este adequado tratamento implica seguir condutas pré-estabelecidas, relacionadas aos fatores de risco da doença como o uso de adoçantes dietéticos, pouco sal na dieta, abstenção do álcool e do fumo, peso controlado, prática regular de exercício físico, aumento do consumo de vegetais e carnes brancas e gerenciamento do estresse. Esse ato prescritivo distancia-se da singularidade do sujeito o qual é enquadrado no regime terapêutico focado na doença, já definido e caracterizado somente pelo controle dos níveis pressóricos e dos fatores de riscos.

É claro que não se pode negar a importância da vigilância quanto aos fatores de risco da hipertensão, porém é preciso melhor ajustar as estratégias de intervenção, alimentar a caixa de ferramenta dos cuidadores, para terem opções diante dos processos de cuidado com que vão se defrontar, mas sem estabelecer receitas prontas (MALTA; MERHY, 2010).

Essa busca incessante pelo controle pressórico e dos fatores de risco induz também a uma forte medicalização social<sup>2</sup> do sujeito e, como ressaltam Tesser, Poli Neto e Campos (2010), visa somente o isolamento dos fatores de risco que passam a serem considerados causas isoladas combatidas por meio de comportamentos ditos “saudáveis” prescritos como drogas.

Para a realização de uma atenção à saúde “desmedicalizante” (promotora de autonomia), torna-se indispensável uma relação acolhedora, um cuidado baseado nas tecnologias relacionais para que ocorra a manutenção da esperança, da terapêutica, possam ser uma possibilidade de movimento em direção à solidariedade, ao vínculo, à co-responsabilização e, portanto, ao resgate da autonomia.

Não podemos deixar de destacar que o usuário com hipertensão pode buscar na consulta ou atendimento não apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas uma escuta, um diálogo, centrado em sua situação e em seu sofrimento, em suas condições psicossociais e existenciais e é nesta perspectiva que ambos, trabalhador de saúde e usuário, podem viabilizar melhora clínica e autonomização progressiva (TESSER, 2006).

A produção do cuidado, em sua micropolítica, configura-se como um território complexo atravessado por forças instituídas e instituintes. É preciso, então, compreendê-lo como cenário de relações, como trabalho vivo em ato, consumido no momento em que é produzido, onde encontros e desencontros são visíveis ou invisíveis em meio ao poder existentes entre sujeitos e territórios (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2003).

As relações operam como fluxos que se interpenetram e entrecruzam em várias direções de forma rizomática, não só entre a equipe, desta com os usuários, como também com outras equipes e serviços, produzindo uma rede capaz de

---

<sup>2</sup> Medicalização social é um processo sócio-cultural complexo que vai transformando em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário e que envolviam interpretações de técnicas e cuidados próprios (TESSER, 2010).

disparar processos de desterritorialização e reterritorialização produtor de devires (DELEUZE; GUATARRI, 1999).

Diante do exposto, o trabalho vivo em ato por meio da de práticas que privilegiam as tecnologias leves como acolhimento, vínculo e co-responsabilização (MERHY, 2006a), apresentam-se como um caminho para a solidariedade, a humanização, o respeito para com o outro, o acesso aos serviços considerando-se a acessibilidade, a organização dos serviços, enfatizando a necessidade de responsabilizar-se pelos problemas de uma dada população e a busca pela plasticidade.

No que tange ao acolhimento, notamos que sua produção escrita tem crescido muito nos últimos anos, haja vista a importância na garantia do acesso com a ampliação da oferta de serviços, e pela busca em criar formas alternativas de solução, conforme a necessidade do usuário. A descoberta dos verdadeiros problemas e possíveis soluções inicia-se pela abertura com que se colocam trabalhadores e serviços para reconhecer o usuário e acolhê-lo.

No entanto, consideramos pertinente para debater acolhimento a concepção de Franco, Bueno e Merhy (1999; 2006). Estes autores propõem que o acolhimento organiza o serviço de saúde de forma usuário-centrado e parte dos seguintes princípios: (a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Qualquer que seja a definição de acolhimento é preciso ter bem delimitado quem são os atores sociais envolvidos, em que situação se encontram; qual é o problema de saúde, como se apresenta e como é tomado como objeto das ações de saúde, qual é o conceito de saúde/doença que está por trás deste problema e de que ponto de vista (do usuário, do trabalhador, ou de qualquer ator interessado). Importa conhecer também quais os caminhos possíveis de intervenção, olhando para as práticas, para que servem, como estão organizadas, e ainda, como

determinado grupo social faz com que seus projetos e interesses se transformem em problemas de saúde (MATUMOTO, 1998).

Isso se faz importante uma vez que a definição de acolhimento ou o ato de realizá-lo está intrinsecamente relacionado à concepção de saúde-doença que orientam às práticas de saúde existentes nos serviços. É preciso compreender como é realizado este acolhimento, a quem ele atende e como se efetiva na dimensão político-organizacional do serviço, pois:

Outra dimensão busca entender como um determinado grupo social faz com que seus projetos, interesses e necessidades se transformem em problemas que merecem ser acolhidos como objeto de trabalho pelo serviço de saúde. Neste sentido, no momento do atendimento, a disputa se dará entre atores, os usuários organizados, trabalhadores e instituição, e configurará um certo modelo assistencial através das ações executadas no cotidiano. Estas últimas apontarão a existência, ou não, de formas de acolhimento características do modelo em construção. Por sua vez, o acolhimento apresentar-se-á coerente com os propósitos dos atores, que muitas vezes não estarão explicitados publicamente (MATUMOTO, 1998, p. 21).

No acolhimento, o usuário se depara com a disputa de interesses no momento do atendimento. Interesses dos trabalhadores e os seus próprios interesses. Este enfrentamento se dará nos encontros com os trabalhadores, percepção do outro, identificação de necessidades, busca pelo estabelecimento de vínculos, tendo como finalidade o desenvolvimento da autonomia do usuário em relação a sua saúde. O acolhimento resultará destas relações que serão estabelecidas neste processo de atendimento.

Este dispositivo pode ainda proporcionar maior sensibilidade dos profissionais para o cuidado aos usuários. Aumenta a sensibilidade da equipe na percepção da sua clientela, inclusive induzindo à reavaliação do critério de risco para os usuários, procurando trabalhar uma idéia de múltipla determinação do mesmo, o que envolve por conseqüência, projetos terapêuticos que contemplem a multiplicidade de fatores determinantes do processo saúde-doença (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIEIRA, 2004).

Com o intuito de descobrir a relação de acolher com as concepções acima descritas, recorreremos, então, a Houaiss (2001) para conhecer a etimologia da palavra acolher: Acolher do latim *accolligere* “acolher”, final do século XIII. Significa:

1. oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; proteger(-se), abrigar(-se), amparar(-se); 1.1 dar ou receber hospitalidade; hospedar(-se), alojar(-se), recolher(-se); 2. ter ou receber (alguém) junto a si; 3. prestar cerimônia a; recepcionar; 4. reagir (de determinada maneira) a; 5. receber, admitir (algo); aceitar; 6. dar crédito a, levar em consideração (pedido, requisição); atender.

A partir destas definições etimológicas, podemos relacionar o acolhimento ao que acontece num espaço relacional (refúgio, proteção) construído pelo diálogo (dar crédito, levar em consideração), onde a escuta sensível (reagir de determinada maneira) sempre estará presente. Implica, portanto, que dois ou mais sujeitos irão compor este espaço através de um objetivo comum, de um interesse (admitir, aceitar).

Ao perceber, por meio de Houaiss (2001), que acolher também está relacionado a recepcionar lembramos Matumoto (1998, p. 11) quando afirma:

A tradução de acolhimento, enquanto recepção pode levar-nos a pensar em ato, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, a recepção da unidade de saúde, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

O acolhimento enseja uma relação humanizada, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde (MERHY, 2006a).

Esse acolhimento para que seja humanizado requer perceber o usuário a partir das suas necessidades, das suas condições de vida, do vínculo com os trabalhadores e da autonomia no seu modo de viver e isso faz do usuário um ser singular, isto é, único e, nesse sentido, deve ter também um cuidado que expressa essa singularidade. Reconhecer que o usuário tem uma história de vida que traz sua cultura, suas relações sociais, e o ambiente de sua origem que contribuem na formação de sua subjetividade é fundamental para estabelecer projetos terapêuticos singulares.

Contudo, percebemos uma realidade de cuidado pautada na conduta prescritiva no às pessoas com HA, uma vez que usuários reproduzem em suas falas, exatamente o ideal da conduta prescritiva médica, de enfermagem e dos demais

profissionais da saúde, conformados no modelo clínico biomédico, assim os usuários devolvem as informações que lhes foram transmitidas nas consultas e a conduta que devem seguir para o sucesso do “tratamento da hipertensão arterial” (MACHADO; CAR, 2007).

A existência do dispositivo acolhimento realça a postura dos trabalhadores perante os usuários e suas necessidades, como nos lembra Merhy (1994, p.138) o acolhimento é “a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam”.

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos trabalhadores de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas (CAMARGO JR. *et al.*, 2008).

O acolhimento resgata a solidariedade, a humanização, o respeito para com o outro, o estabelecimento de vínculo nas relações entre os envolvidos. Assim, o que, nas palavras de Silva Jr. (1998) denominamos de acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada.

Nessa perspectiva, o acolhimento, a partir da recepção humanizada, tende a atender mais prontamente a quem procura o serviço, desburocratizando o acesso, podendo propiciar às equipes a revisão das formas de compreensão e a construção de processos de trabalho mais flexíveis, e centrados na busca de respostas satisfatórias às necessidades das pessoas.

O ato de acolher inicia-se com o diálogo no momento dos encontros seja no consultório, na sala de vacina, na farmácia ou no corredor da unidade de saúde, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira rede comunicacional,

tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Logo, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

A partir desta premissa, pode-se dizer que o acolhimento não é, necessariamente, uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Com relação ao cuidado às pessoas com HA, pode-se dizer que ele é recebido e vivido pelo usuário, é possível por meio deste encontro entre trabalhadores e usuários que circulam e produzem a vida dos centros de saúde da família. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos micropolítica do cuidado às pessoas com HA (MALTA; MERHY, 2010).

Entendemos, portanto, que o acolhimento no cuidado aos usuários com HA é um dispositivo dialógico no campo social, organizacional e político, sua concepção está também relacionada a outros dispositivos como o vínculo e o acesso, ou seja, práticas acolhedoras podem promover acesso e criação de laços afetivos e vinculares.

Com isso, abre-se possibilidade do acolhimento como abertura dos serviços para essa demanda, ou seja, como promoção de acesso desses usuários aos serviços, bem como a atitude de responsabilização dos serviços para com os problemas destas pessoas (CAMPOS, 2007) e com intuito de aprofundar esta discussão, Carvalho e Campos (2000) traduzem o acolhimento como acesso dos usuários às unidades de saúde mediante a escuta de todos os usuários, solução de seus problemas mais simples e/ou garantia de encaminhamento pertinente, consultas individuais ou atenção domiciliar.

O acesso por meio do acolhimento funciona como verdadeiras linhas de fuga, pois este dispositivo promove alteração no fluxo de entrada do usuário na unidade de saúde, desterritorializando o poder instituído da recepção em decidir sobre o acesso ou não do usuário, uma vez que passa a operar um trabalho de orientação ao fluxo dos usuários a partir de suas necessidades (FRANCO; PANIZZI, FOSCHIERA, 2004).

O poder da recepção é revelador de verdadeiras linhas de segmentaridade duras (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATARRI, 1999; MATUMOTO, 2003) que induzem a falta de humanização na porta de entrada. Os usuários ainda que tragam uma necessidade urgente, são despossuídos do direito de acesso ao serviço, gerando linhas de tensão as quais expressam um desencontro entre o usuário e o serviço, um não acolhimento (SANTOS *et al.*, 2007).

No entanto, consideramos pertinente compreender que apesar do acolhimento resolver a acessibilidade na porta de entrada nas unidades de saúde, ocorre pouco deslocamento para outras tecnologias de cuidado em condições de absorver a demanda, pois há baixa oferta de outras práticas assistenciais, promoção e proteção da saúde, na perspectiva do cuidado integral (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

É importante garantir este acesso aos usuários com HA devido ao abandono do acompanhamento. Duarte *et al.* (2010) identificaram como causas deste abandono dificuldades, incompatibilidades e insatisfações com diferentes dimensões dos serviços de saúde, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas; dificuldade para agendar consulta; demora em ser atendido; horário de atendimento incompatível com o do trabalho e/ou com as ocupações diárias; mudança de profissionais responsáveis pelo acompanhamento e impossibilidade de acesso a especialista.

Estas dificuldades de acesso acabam por gerar distorções no serviço de saúde, fazendo com que a porta de entrada para o atendimento se dê através do serviço de emergência e não da APS, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) (CASTRO; CAR, 2000).



Além disso, este usuário poderá necessitar de apoio diagnóstico, terapêutico e de cuidados especializados, articulados e concatenados de forma a remetê-lo de volta ao cuidador, após o percurso em cada “estação de cuidado”. O cuidador da APS poderia, inclusive, participar do acompanhamento, contribuindo na condução terapêutica no âmbito hospitalar ou ambulatorial, criando ligações potentes entre as equipes das várias estações, discutindo condutas, protocolos, fluxos e reduzindo a demanda de novos usuários para o serviço hospitalar (MALTA; MERHY, 2010).

A equipe deve, portanto, se disponibilizar e se responsabilizar pelas necessidades apresentadas pelos usuários e mesmo se deparando com as mais variadas e desconhecidas situações, busque promover a construção de respostas ágeis e flexíveis, capazes de se adaptarem a dinamicidade da subjetividade, das histórias de vida, do contexto sócio-político e de todas as questões que envolvem o adoecimento. É preciso, então, que os trabalhadores de saúde lancem mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006).

Sendo assim, compreendemos que só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com as necessidades trazidas pelos usuários o que necessita mobilização de um complexo emaranhado de saberes e práticas direcionadas para a resolução dos problemas apresentados.

Ao entendermos que o acolhimento garante acessibilidade universal àqueles que procuram os serviços de saúde, consideramos de fundamental importância a discussão acerca do processo de trabalho em saúde. Isto se deve ao fato de que o trabalhador quando acolhe, trata de forma humanizada o usuário, ele gera expectativas na população que pode, assim, acessar mais o serviço de saúde. Com isso, os trabalhadores devem mobilizar-se no sentido de responder àquela nova demanda que surge, compartilhando a responsabilização pelo cuidado.

Assim, recorreremos a Franco, Bueno e Merhy (1999; 2006), pois estes autores consideram que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a

organização do serviço passa a ter “equipe de acolhimento” como central no atendimento aos usuários.

O acolhimento representa a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde, ultrapassando, portanto, o atendimento humanizado (MALTA *et al.*, 2000), isto é, ele é entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Vale destacar que essa reorganização no processo de trabalho pode ter uma repercussão fortemente positiva no cuidado aos usuários com HA, pois como atestam Alves e Nunes (2006), existem duas tendências negativas do atendimento aos usuários com HA na APS: a primeira caracteriza-se como sendo centrada em procedimentos como exames físicos e laboratoriais e baseada na queixa-conduta e a segunda ancorada na dimensão clínica extensa e a busca por fatores de riscos.

Sendo assim, é preciso que na produção do cuidado à pessoa com hipertensão seja fortalecido o trabalho vivo em ato por considerar que os trabalhadores de saúde atuarão com recursos que não precisam está dados a priori e conseguirão chegar ao singular de cada usuário, por não imporem olhares e fazeres que não têm nada a ver com o usuário real que está ali no trabalho de saúde que está se processando (MALTA; MERHY, 2010).

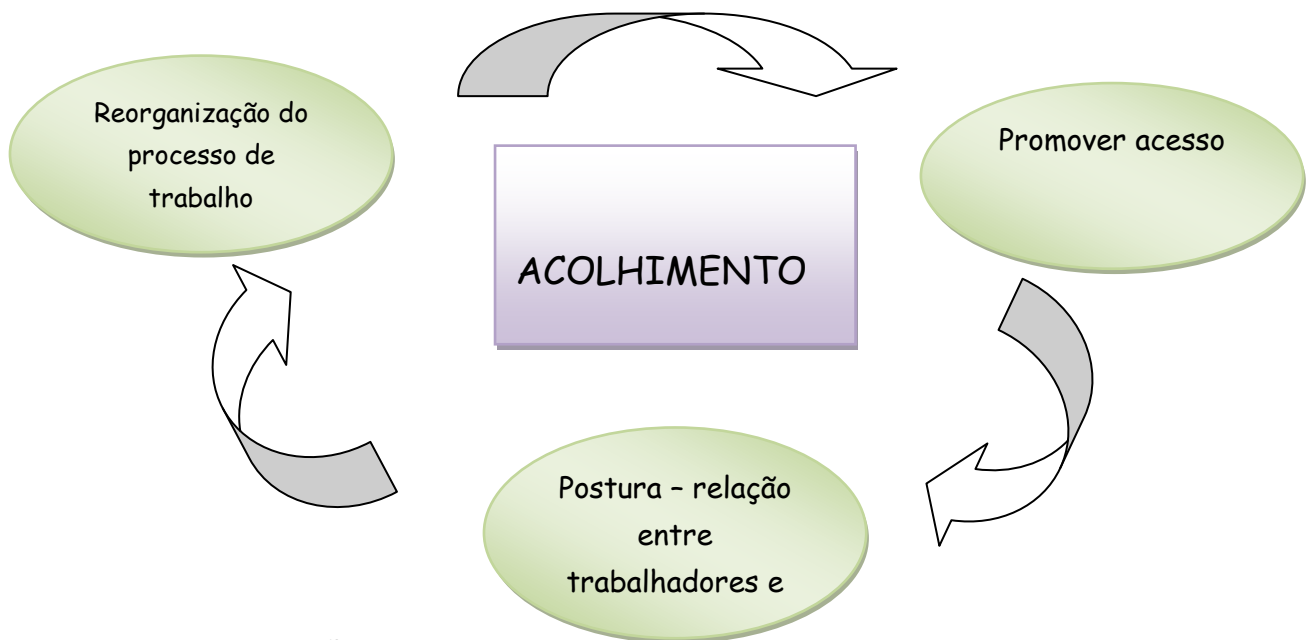
O Acolhimento de maneira geral, para ser implantado por um serviço, requer por parte da equipe o entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos. Isto pode resignificar o trabalho, representando uma relação prazerosa entre os trabalhadores e os usuários, que produz neste a sensação de ser acolhido e de direito à saúde. Avalia-se que tal perspectiva possibilita a reorganização do processo de trabalho, reduzindo ou anulando a “produção imaginária da demanda” (FRANCO; MERHY, 2005), que busca o procedimento associando-o ilusoriamente ao cuidado, e produzindo intervenções sobre as reais necessidades dos usuários. Por outro lado, a implantação do acolhimento produz uma dinâmica nos serviços que faz com que sejam reveladas as contradições da forma atual de produção do cuidado (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

As contradições, reveladas de fato, provém do encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um arsenal de saberes específicos e práticas, envolve situações não necessariamente convergentes. Com efeito, o dispositivo relacional do acolhimento deve fazer um reconhecimento das tensões, nos vários momentos de encontro entre os trabalhadores de saúde e os usuários do serviço, procurando instituir novas comunicações que impliquem técnicas terapêuticas, centradas na pessoa que demanda por um cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

O acolhimento às pessoas com HA se conforma no espaço intercessor (de encontro e intervenção) trabalhador e usuário, no qual ocorre um jogo de interesses (do serviço, dos trabalhadores e dos usuários) expresso na micropolítica do trabalho em saúde. Neste jogo, seus agentes se fazem presentes, enquanto homens sócio-historicamente constituídos, com problemas e necessidades transferidos para o âmbito dos serviços de saúde, cuja expectativa de resolução, fundamentar-se-á na representação dos envolvidos no atendimento concernente ao que é saúde-doença. Neste espaço, certa disponibilidade poderá estar presente ou não, especialmente dos trabalhadores, em construir uma relação mais humana, o desenvolvimento das potencialidades dos homens, mobilizando-os ou não para o uso das tecnologias disponíveis.

Considerando as diferentes concepções de acolhimento, podemos inferir que este dispositivo constrói-se por meio de um processo dialético conformado na relação entre os participantes (trabalhador de saúde e usuário), também envolto pelas questões política e organizacional. O diagrama abaixo (figura 1) demonstra a relação das definições de acolhimento:

**Figura 1 – Dimensões do Acolhimento.**



**Fonte:** construção do autor.

O diagrama representa as dimensões do acolhimento enquanto um dispositivo produtor do cuidado, sendo que todas elas estão interligadas entre si. Assim, o usuário quando se sente acolhido, sendo sua condição de sujeito respeitada, tendo seu acesso garantido, ele vincula, vinculando gera co-responsabilização e o usuário pode ter suas necessidades compreendidas. Essa teia de relações e cuidados ocorre no âmbito da micropolítica do processo de trabalho (cuidado em saúde) e tanto recebe influência do processo de trabalho, quanto exerce efeito sobre ele.

Desta forma, como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes da ESF de forma a resolver suas reais exigências de saúde (COELHO; JORGE, 2009).

Compreendemos que a tecnologia acolhimento, no campo da saúde, possui uma pluralidade de concepções: ora é identificada a partir de uma dimensão relacional, recepção administrativa e ambiente confortável, ora configura uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Ambas as noções são importantes e acontecem a partir do encontro entre trabalhadores e usuários,

entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo, pois conforme nos alertam Santos *et al.* (2007, p. 89):

[...] o que se procura obter, nesses encontros, é uma relação de compromisso que tenha como base a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução para os problemas de quem solicita o atendimento em determinado serviço de saúde.

Outro instrumento de trabalho relacional é o vínculo o qual resulta da disposição de acolher uns e da decisão de buscar apoio em outros. O vínculo é, portanto, a circulação e afetos entre as pessoas (CAMPOS, 2005). Então, o vínculo é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado aos usuários com HA, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

O vínculo, portanto, surge a partir do acolhimento, pressupondo a atitude de se relacionar, numa complexa trama de interesses entre as partes, sendo fundamental, inclusive para promover a autonomia do usuário.

No contexto dos cuidados primários em saúde, destacamos que a ESF tem como pressuposto o estabelecimento de vínculo entre os atores que vivenciam a complexa produção de saúde na APS, entendendo-o apenas como a ação de conhecer as pessoas e seus problemas (BRASIL, 2006). A partir deste entendimento, consideramos pertinente debater o conceito desta tecnologia, pois como atestam Schimith e Lima (2004), este modelo não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço (co-responsabilização) (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Sendo assim, entendemos que as dimensões de vínculo perpassam pela humanização dos serviços e suas relações estabelecidas e como um ato de troca de saberes entre usuários e trabalhadores, que qualifica a escuta aos problemas e necessidades de saúde e compreende o sofrimento do outro (COELHO; JORGE, 2009).

Em relação à hipertensão arterial, consideramos que o modo de cuidar que não vincula, que não opera com as tecnologias leves produtoras de singularizações

no cuidado e, ao mesmo tempo, não constrói mutuamente (trabalhador e usuário) este cuidado é um cuidado fragilizado, centrado em procedimentos, medicalizante e pode tornar qualquer iniciativa uma falha (MALTA; MERHY, 2010).

Vale destacar, ainda, que esse modo de cuidar, que é pautado no controle pressórico dos fatores de risco, é burocrático e destitui a autonomia do usuário com hipertensão, restringindo sua capacidade de compreender e atuar sobre si e sobre seu modo de viver. O sujeito, praticamente não aparece: é “portador” de fatores de risco, genéticos, estilos de vida inadequados, enfim, todas coisas que são do âmbito de sua vida vivida.

O vínculo, como retrata Campos (2005), é um vocábulo de origem Latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Isso permite que a participação do usuário caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisa, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS *et al.*, 2008).

Essas relações estabelecidas, entendidas como vínculo, se conforma no espaço intercessor do encontro trabalhador de saúde e usuário a partir do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002; 2007). Como em todo encontro, com o vínculo também estão envolvidos interesses e desejos, susceptível as linhas de segmentariedade duras, ou seja, a modos de subjetivação que visam manter o instituído, as normas e rotinas sem, no entanto, promover autonomia, um vínculo frio e impessoal.

Vale ressaltar que essas relações que constroem o vínculo não se estabelecem exclusivamente com um trabalhador, mas com uma dada equipe, num certo serviço, ao mesmo tempo busca-se deixar claramente caracterizado quem é o responsável por cada tarefa (CAMPOS, 2007). O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível ouvir e atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde.

Esse “ouvir” não significa ceder, passivamente, a um comando. Ceder simplesmente aos anseios da comunidade pode representar uma não responsabilização frente aos desafios de transformação que estão delineados no cotidiano das práticas.

Na verdade, o estabelecimento do vínculo permite uma negociação com o objetivo de se chegar a um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisa, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor cuidado (SANTOS *et al.*, 2008).

Ademais, o vínculo é um recurso terapêutico, sendo, portanto, parte integrante da clínica ampliada, isto é, supera a alienação, a fragmentação e o tecnicismo e complementa afirmando que para que ocorra vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, capacidade de resolver problemas de saúde. A equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. Senão, a tendência é estabelecer um padrão paternalista de vínculo, que é a confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas (CAMPOS, 2003).

Com isso, o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e a cidadania e assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades com o objetivo de estimular o usuário à conquista de sua autonomia quanto à sua saúde (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A construção do vínculo é pautada na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Então, a construção do vínculo depende do modo como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos seus usuários/família, particularizando o seu processo de cuidar.

A micropolítica do processo de trabalho deve proporcionar a construção de participantes autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois não há

construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (LIMA; SCHIMIDT, 2004).

O vínculo também nos faz refletir sobre a responsabilidade e compromisso. Assim sendo, criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e óbito do usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal (MERHY, 1994; 2006b).

Essa noção de se responsabilizar está inerente à compreensão de vínculo originária da prática clínica liberal, da relação médico-usuário, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário, implicando em um processo de mútua representação interna (CAMPOS, 2007; PICHON-RIVIÈRE, 1995), de relações entre pessoas. Franco, Bueno e Merhy (1999; 2006) acrescenta ainda que a co-responsabilização clínica que tem como objetivo defender a vida das pessoas, só é possíveis quando se acolhe e vincula.

A responsabilização deve ser mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre terapeuta/usuário/serviço na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da doença crônica, hipertensão arterial, e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas, baseando-se nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a sua reinserção na sociedade.

Deste modo, deve existir uma co-responsabilização, de maneira que no processo de cuidar em saúde sejam levadas em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores/usuários/família na composição do projeto terapêutico (PINTO *et al.*, 2011), não esquecendo do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, como afirma Ayres (2004), cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza.

O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo, autônomo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que levam os participantes (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim,



possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais (SANTOS *et al.*, 2008).

Alerta-se para que o projeto de acolhimento, construção de vínculo e co-responsabilização seja um projeto de toda a equipe, a fim de concretizar o trabalho vivo em ato. Para que isso ocorra, todos os trabalhadores devem tornar seu trabalho voltado à clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e tornando-se um profissional com maior resolutividade.

Com isso, em termos de assistência, para os usuários com HA ou qualquer doença crônica, é essencial acessar a rede “básica” (atenção primária), ser bem acolhido, está vinculado a uma equipe, ser incentivado a participar de grupos que lhe façam sentido, e não preleções que não lhe estimulam a rever o seu modo de viver, ou seja, grupos que consigam, junto com ele, operar a criação de novos sentidos para o viver (MALTA; MERHY, 2010).

**Quadro 1 – Dimensões de análise de componentes da micropolítica do cuidado neste estudo**

Dimensões de análise	Definição
<b>Acolhimento</b>	<p>O acolhimento organiza o serviço de saúde de forma usuário-centrado e parte dos seguintes princípios: <b>(a)</b> atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; <b>(b)</b> reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e <b>(c)</b> qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).</p> <p>O ato de acolher inicia-se com o diálogo no momento dos encontros seja no consultório, na sala de vacina, na farmácia ou no corredor da unidade de saúde, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira rede comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Logo, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado (SANTOS <i>et al.</i>, 2007).</p>
<b>Vínculo</b>	<p>O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que levam os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais (SANTOS <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e óbito do usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal (MERHY, 1994).</p>
<b>Co-responsabilização</b>	<p>A co-responsabilização, leva em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores/usuários/família na composição do projeto terapêutico (PINTO <i>et al.</i>, 2011).</p>

**Fonte:** Adaptado de Assis, Villa e Nascimento (2003); Bastos (2008) e Assis *et al.* (2010).

Tomando os conceitos presentes no quadro 1 e a relação deles com o cuidado aos usuários com HA, podemos considerar que o sujeito com hipertensão não deve ser reduzido ao corpo doente, corpo portador de doença e, por fim, a doença e seus riscos, a clínica deve reconhecer a saúde e a vida desses sujeitos, os quais não podem transformar-se em medidas que instrumentos quantificadores e padrões de imagens registram em termos de constantes e variantes fisiológicas, dinâmicas funcionais e fatores de risco estabelecidos por padrões estatísticos (CARVALHO; LUZ, 2009).

## **CAPÍTULO 3**

### **DESENHO METODOLÓGICO**

### 3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

A pesquisa não surge espontaneamente, mas de interesses socialmente determinados, presentes no plano ideológico do pesquisador, frutos da inserção deste no real.

A escolha metodológica inicia-se na delimitação do objeto a ser investigado, na circunscrição do tempo e cenário no qual o estudo será realizado, na definição das técnicas que serão utilizadas para a obtenção das informações, e, finalmente, na opção pelo método de análise e construção do conhecimento sobre o real pesquisado.

Neste estudo, pretendo analisar a micropolítica do cuidado com ênfase no acolhimento, vínculo e co-responsabilização às pessoas com hipertensão na ESF. O percurso de uma pesquisa depende da concepção da realidade do pesquisador aliada à compreensão dos participantes do estudo.

Buscando elencar as possibilidades teórico-metodológicas para este estudo, optou-se pela abordagem qualitativa. A opção pela abordagem qualitativa deu-se por acreditar que para a discussão acerca da micropolítica do cuidado devem ser consideradas as dimensões subjetivas e objetivas que envolvem as práticas de saúde, bem como o processo de trabalho.

A abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões produtos das interpretações humanas de como se configura a vida, como se constroem os afetos e como os homens sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Portanto, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa do mundo. Seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006).

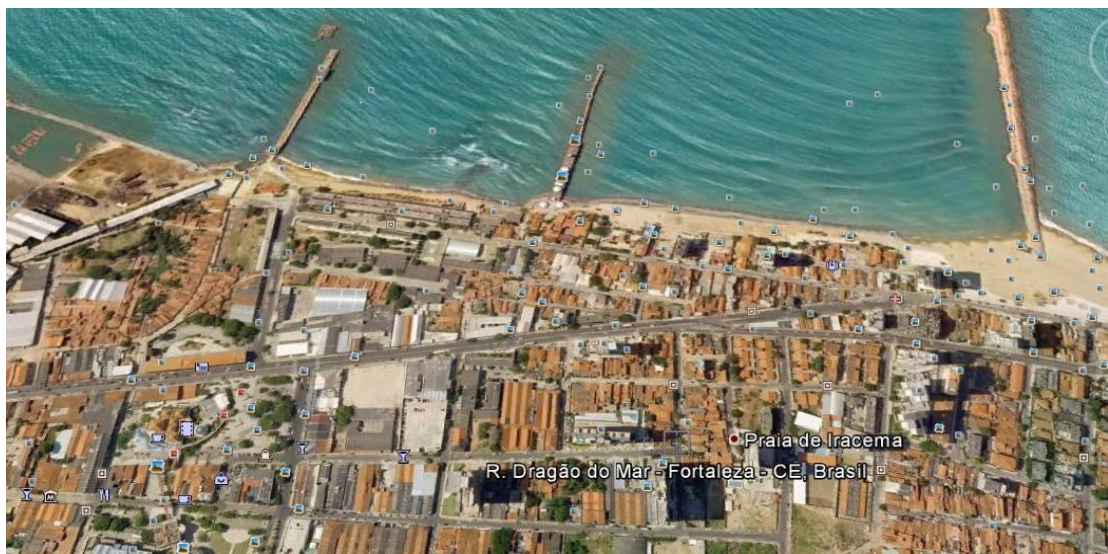
A pesquisa qualitativa contrapõe-se ao positivismo comprometido com uma visão conservadora da sociedade e incapaz de compreender a dinâmica social e, portanto, os significados que os sujeitos dão aos fenômenos.

### 3.2 CENÁRIO EMPÍRICO

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, mais especificamente num CSF. Para melhor compreensão do campo de estudo, realizamos uma breve descrição deste rico e relevante cenário.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada de 2.447.409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica - 7.764,6 hab/km<sup>2</sup>. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.435.456 habitantes e é composta por 13 municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante. A figura 2 mostra a localização geográfica de Fortaleza-CE.

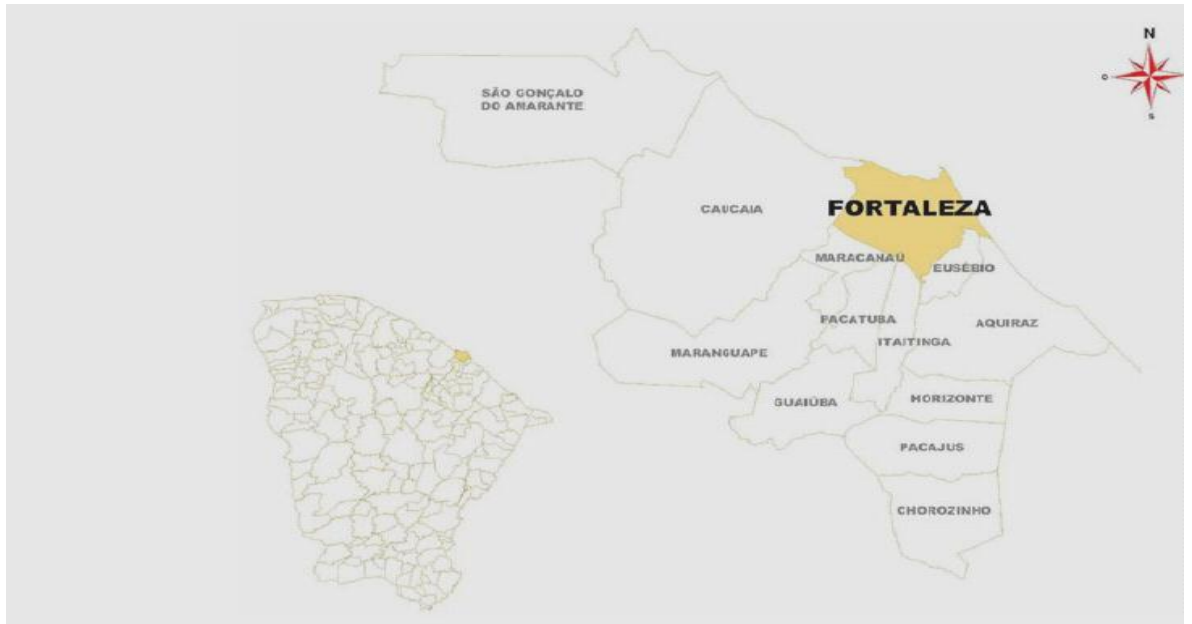
**Figura 2** – Cidade de Fortaleza



**Fonte:** GOOGLEEarth 2011. Acesso em novembro de 2011.

Possui Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 24. 474. 012. 000,00 e PIB per capita em torno de R\$ 11.461,22, representando 49,84% do PIB do Ceará (IBGE, 2010).

**Figura 3** – Localização Geográfica da Cidade de Fortaleza-CE.



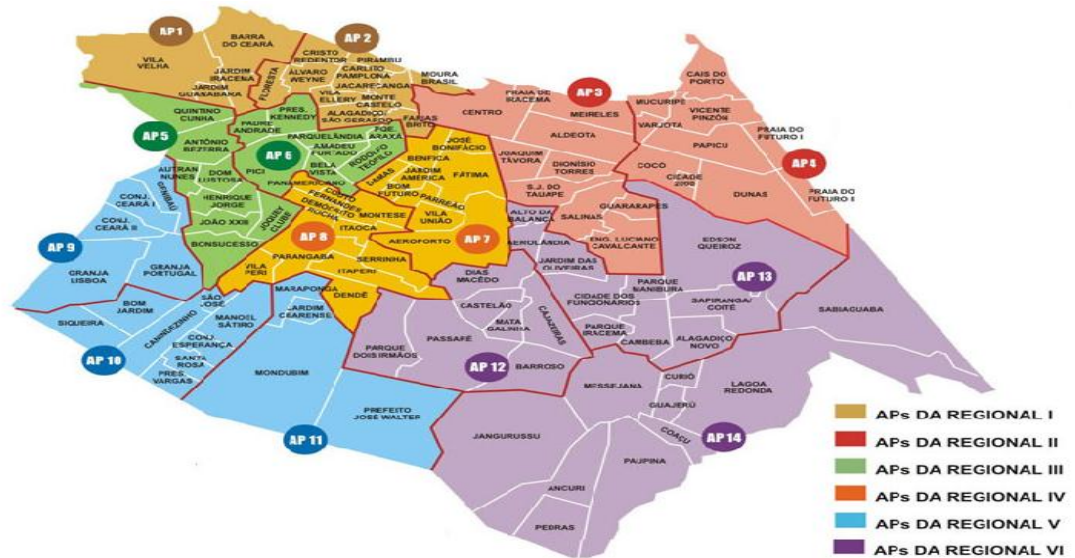
**Fonte:** SMS/APLAN (GEO).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2007 (FORTALEZA, 2007), o município de Fortaleza está dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (Figura 4).

No sentido de instituir uma administração descentralizada, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura (FORTALEZA, 2007).

Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) (FORTALEZA, 2007).

**Figura 4 – Divisão Geopolítica da Cidade de Fortaleza-CE por Secretaria Executiva Regional**



**Fonte:** SMS/APLAN (GEO).

Em Fortaleza existem 91 CSF, distribuídos em 114 bairros, todos com a Estratégia Saúde da Família implantada e contando com médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A atenção primária do município possuía, em 2010, uma cobertura de ESF de 43%, ainda longe do ideal de 100%, mas representando visível avanço, pois até 2006 essa cobertura era de apenas 15% (FORTALEZA, 2010).

O lócus do estudo foi um Centro de Saúde da Família, que neste estudo denominamos de CSFEF, localizado no bairro Dias Macedo e pertencente a SER VI. O CSFEF é um dos Centros de Saúde Escola de Fortaleza-CE desde 2004 por meio de convênio firmado entre a SMSF e universidades. Tem como propósito o desenvolvimento de ações de assistência e ensino, pois também é cenário de residências médica e multiprofissional em saúde da família.

O centro de saúde está localizado dentro da área de abrangência circunscrita aos bairros: Dias Macedo, Boa Vista e Castelão, demarcados pelos limites de outros Centros de Saúde. Possui consultórios odontológicos, médicos, consultórios de enfermagem, sala de vacina, de aerossolterapia e procedimentos antropométricos, de curativo, sala de prevenção citopatológica, farmácia e amplo espaço de recepção.

O quadro de profissionais que atuam no centro de saúde é composto por profissionais de diferentes vínculos empregatícios, sendo: três médicos, quatro enfermeiras (uma delas gerente), uma técnica e duas auxiliares de enfermagem, três cirurgiões-dentista, duas recepcionistas, quatro agentes administrativos, duas auxiliares de serviços gerais e doze agentes comunitários de saúde.

Além destes profissionais, o centro de saúde também conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo um de cada profissional: psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

É mister salientar que no processo metodológico de inserção no real e conseqüente produção de conhecimento é preciso clarificar a centralidade e a preservação do sujeito, não podendo ocorrer a subtração, no processo da pesquisa, da condição de sujeito remetendo à condição de objeto (BOURGUIGNON, 2008).

Considerando o pensamento de Bourguignon (2008) e os objetivos deste estudo, a pesquisa foi realizada com dois grupos de participantes que desenvolvem a prática ou participam do cuidado às pessoas com HA: trabalhadores de saúde, (Grupo I) e usuários cadastrados no SISHIPERDIA do CSFEF (Grupo II), conforme o quadro 2.

**Quadro 2 – Sujeitos do estudo**

<b>Categoria</b>	<b>Grupo</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Trabalhadores de Saúde	Grupo I	08
Usuários	Grupo II	10
<b>Total</b>		<b>18</b>



Foram considerados trabalhadores de saúde todos os que trabalham no CSFEF, exercem atividades técnicas há mais de um ano no centro de saúde, como médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os critérios de exclusão na pesquisa adotados foram estar de férias ou de licença, o que não ocorreu durante o período da coleta das informações desta pesquisa.

No que se refere aos usuários, foram incluídas pessoas com HA que utilizam os serviços dessa unidade e estão cadastrados no SISHIPERDIA há mais de um ano. A escolha dos usuários entrevistados foi intencional, procurando abarcar todas as dimensões do processo investigativo, elencando como critérios de exclusão no estudo apresentar disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal.

A escolha intencional foi se configurando, à medida que analisávamos os dados empíricos, pois nesse processo, manifestava-se a necessidade de mais fontes para complementar, os diferentes aspectos relevantes do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Entretanto, no intuito de delimitar o número de participantes do estudo, além dos critérios citados, adotamos a saturação teórica das informações como balizador final.

Sendo assim, os participantes da pesquisa foram definidos pela relevância dos conteúdos dos discursos e pelas observações que trouxeram contribuições significativas e pertinentes ao delineamento do objeto em apreensão (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Na vivência dessa investigação científica que procurou analisar a micropolítica do cuidado aos usuários com HA, foi necessário o conhecimento dos participantes, atores sociais que emanaram do processo. Quem são, como se preparam para ofertar resolutividade e o que trazem consigo. Logo, os quadros a seguir caracterizam os participantes do estudo

**Quadro 3 – Perfil dos Sujeitos do Estudo (Trabalhadores de Saúde) que atendem às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica no CSFEF.**

<b>Categoria</b>	<b>Perfil</b>	<b>Equipe</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Enfermagem	Enf1: 32 anos. Especialização e mestrado na área. 09 anos de formado e de atuação na ESF. 05 anos de trabalho no CSF. Vínculo estatutário.	I	03
	Enf2: 52 anos. Especialização e residência na área. 26 anos de formação. 16 anos de atuação na ESF. 06 anos de trabalho no CSF. Vínculo estatutário.	II	
	Enf3: 40 anos. Especialização e residência na área. 14 anos de formação. 05 anos de atuação na ESF e de trabalho no CSF. Vínculo estatutário.	III	
Medicina	Med1: 33 anos. Especialização na área. 10 anos de formado e de atuação na ESF. 05 anos de trabalho no CSF. Vínculo estatutário.	I	02
	Med2: 39 anos. Residência na área. 13 anos de formação e atuação na ESF. 05 anos de trabalho no CSF. Vínculo estatutário.	III	
Auxiliar de enfermagem	AE1: 41 anos. Nível médio. 03 anos de formação técnica, de atuação na ESF e de trabalho no CSF. Sem capacitação na área. Vínculo terceirizado.	I	02
	AE2: 46 anos. Nível médio. 28 anos de formação em auxiliar de enfermagem, 14 anos de atuação na ESF. 03 anos de trabalho no CSF. Sem capacitação na área. Vínculo terceirizado.	II	
Agente Comunitário de Saúde	ACS: 24 anos. Nível médio. 03 anos de formação, de atuação na ESF e de trabalho no CSF. Capacitação na área. Vínculo CLT.	I	01
<b>Total de entrevistados</b>			<b>08</b>

Fonte: adaptado de Bastos (2008).

**Quadro 4 – Perfil dos Sujeitos do Estudo (Usuários) Cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do CSFEF.**

<b>Usuário</b>	<b>Perfil</b>
Entrevistado 1 (Usu1)	31 anos. Há 03 anos cadastrada no SISHIPERDIA. Há 03 anos tem HAS. Reside na área de abrangência do CSF. Procurou o CSF devido HAS, DM e dormência em membros superiores. Possui o ensino médio completo. Costureira. Julga o acesso ao CSF fácil.
Entrevistado 2 (Usu2)	60 anos. Há 05 anos é cadastrada. Há 14 anos tem HAS. Reside na área. Veio encaminhada por outro CSF. Possui o ensino fundamental completo. Dona de casa.
Entrevistado 3 (Usu3)	43 anos. Há 01 ano e 02 meses é cadastrado e tem HAS. Reside na área. Procurou o CSF pela primeira vez para realizar exames. Possui ensino médio completo. Técnico em eletrônica.
Entrevistado 4 (Usu4)	70 anos. Há 07 anos é cadastrada. Há 13 anos tem HAS. Reside na área. Procurou o CSF sentindo mal-estar e fraqueza. Possui ensino fundamental incompleto (7ª série em andamento). Dona de casa
Entrevistado 5 (Usu5)	55 anos. Há 07 anos é cadastrada. Há 09 anos tem HAS. Reside na área. Procurou o CSF devido a episódios de tonturas e desmaios. Possui ensino fundamental completo (ensino médio em andamento). Cozinheira. Refere procurar o CSF sempre que há manifestação de sintomas.
Entrevistado 6 (Usu6)	50 anos. Há 04 anos é cadastrada e possui HAS. Reside na área. Procurou o CSF para exame citopatológico preventivo e assim “descobriu HAS”. Possui ensino médio incompleto. Autônoma (bordadeira). Não costuma ir sempre ao CSF.
Entrevistado 7 (Usu7)	47 anos. Há 01 ano e meio é cadastrada. Há 03 anos possui HAS. Procurou o CSF para “acompanhamento da HAS”. Possui ensino médio completo. Monitora de educação infantil. Julga o acesso ao CSF como longe e dificultoso para “marcar consultas”.
Entrevistado 8 (Usu8)	66 anos. Há 07 anos é cadastrada no SISHIPERDIA. Há 10 nos possui HAS. Não lembra o motivo pelo qual procurou o CSF pela primeira vez. Possui ensino médio completo. Dona de casa.
Entrevistado 9 (Usu9)	64 anos. Há 07 anos é cadastrado. Há 10 anos possui HAS. Veio encaminhado por outro CSF. Possui ensino fundamental incompleto. Aposentado. Refere acesso ao CSF fácil e perto..
Entrevistado 10 (Usu10)	53 anos. Há 06 anos é cadastrado e possui HAS. Procurou o CSF para vacinação e “descobriu HAS”. Possui ensino fundamental incompleto. Porteiro
<b>Total de entrevistados</b>	<b>10</b>

**Fonte:** adaptado de Bastos (2008).

### 3.4 TÉCNICA DE OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para a coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática (Apêndices B, C e D). Frisamos que antes do início da coleta todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo (Apêndice A).

Em relação à entrevista, a opção se deu por representar, segundo Minayo (2008), mais que um trabalho de coleta de informações, pois se configura como uma situação que permite interação entre os participantes e o entrevistador na qual as informações disponibilizadas por eles podem ser profundamente afetadas pela natureza dessas relações.

Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista com questões norteadoras. Os roteiros de entrevista, segundo Minayo (2008), têm por finalidade orientar os relatos dos entrevistados, permitindo que o recorte temático da pesquisa seja contemplado nos diferentes discursos dos sujeitos que compõem o cenário social.

Na busca de complementaridade da análise dos discursos provenientes da entrevista semi-estruturada, elegeu-se a observação sistemática. Conforme nos aponta Gil (2010), a observação sistemática é frequentemente utilizada em pesquisas que visam compreender fenômenos identificados pelo pesquisador como significativos para alcançar os objetivos pretendidos.

Para operacionalização da observação sistemática foi utilizado um roteiro (Apêndice D). As observações foram feitas no cotidiano dos trabalhadores e na dinâmica dos CSF no atendimento às pessoas com hipertensão arterial. As informações obtidas foram registradas em diário de campo.

Assim, para analisar a produção do cuidado às pessoas com hipertensão nos CSF de estudo, deve-se observar como se estrutura as práticas de saúde, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas e qual a concepção de saúde-doença dos atores sociais em seus processos de trabalho em saúde (ASSIS *et al.*, 2010).

### 3.5 ETAPAS EXPLORATÓRIAS DA PESQUISA

#### 3.5.1 1ª etapa – Aproximação com o campo e seus atores sociais

Inicialmente, foram realizadas visitas à SMS de Fortaleza-CE para informação sobre a pesquisa, solicitar autorização, área de abrangência do centro de saúde e outras informações necessárias. Para obter esta autorização encaminhamos um ofício à SMSF (apêndice E). Com o intuito de informar sobre o contato prévio com a SMSF e a SER-VI, bem como esclarecer sobre a pesquisa, realizou-se também visita a coordenação do CSFEF, sendo permitida a realização deste estudo.

Não houve resistência por parte da coordenação para a realização do estudo, pois a profissional agiu com receptividade, conduzindo e mostrando o cronograma de atendimento às pessoas com HA acompanhadas no CSFEF.

Como a localização do Centro de Saúde é em frente a uma avenida com intenso tráfego de veículos e grande parte das pessoas com HA são idosos, o atendimento ocorre em grupos localizados no território de abrangência das equipes, como salão de igrejas e no Centro de Referência em Assistência Social (CRASS) da SER VI, objetivando facilitar e garantir o acesso ao serviço de saúde. Desta maneira, fomos aos grupos nos dias previstos para o atendimento às pessoas com HA, ou seja, às segundas e sextas-feiras pela manhã a fim de apresentar-me aos grupos e aprazar as entrevistas com trabalhadores e usuários.

As entrevistas e observações se desenvolveram antes ou após o atendimento e obedeceram a um roteiro apropriado a cada um dos grupos de participantes, grupo I e II.

Quanto à observação, foram colhidos dados gerais sobre o centro de saúde, tempo de funcionamento, produção do cuidado, condições de acesso, porta de entrada, vínculo-responsabilização e relações entre os sujeitos em todos os setores.

Em relação aos trabalhadores, foram colhidas informações de identificação, formação, qualificação, tempo de trabalho no CSFEF e na ESF, além daqueles dados relacionados ao acolhimento, vínculo-responsabilização pelos usuários, serviço, relações entre trabalhadores e usuários e capacitação. Com os usuários, além dos dados de identificação foram abordados: acolhimento, oferta de serviços, vínculo, atendimento das necessidades, co-responsabilização, participação no cuidado e relações com os trabalhadores.

### **3.5.2 2ª etapa – Coleta dos achados**

No primeiro momento realizaram-se as observações e entrevistas, tendo como base os roteiros dos Apêndices B, C e D. Os contatos com os entrevistados foram realizados durante as visitas.

As entrevistas transcorreram de forma leve e tranqüila, e os entrevistados ficaram livres para pensar e responder, preservando sua privacidade, em consultórios, com a porta fechada. Houve algumas interrupções devido à necessidade de solucionar algum problema.

Dois usuários convidados recusaram-se a participar da pesquisa, alegando ocupações domésticas. Não houve, então, insistência, tendo sido o convite ofertado a outros usuários.

É interessante destacar a dificuldade que tive em realizar algumas entrevistas devido à escassez de tempo de alguns profissionais, principalmente as auxiliares de enfermagem, face à quantidade de atividades que desenvolvem o que me fez remarcar várias vezes suas entrevistas. Tanto as entrevistas quanto as observações foram desenvolvidas, sobretudo, no turno da manhã, pois o atendimento centrava-se neste período.

A coleta de dados desenvolveu-se no período compreendido entre 20 de abril a 02 de setembro de 2011.

### 3.5.3 3ª Etapa – Análise dos discursos

As entrevistas foram transcritas, assim como, as observações. Inicialmente realizamos a análise de conteúdo categorial temática percorrendo suas três etapas operacionais: pré-análise, a análise e exploração do material coletado e o tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise realizamos o levantamento e a organização do material coletado, tanto nas entrevistas quanto nas observações. Retornamos aos objetivos iniciais do estudo para articular aos resultados empíricos. Fizemos a primeira leitura do material empírico que orientou a definição das unidades temáticas: a leitura flutuante, um contato mais atento, numa busca de entendimento e aprofundamento do conteúdo dos dados coletados. Ainda nesta etapa trabalhou-se os discursos e as observações, buscando formar recortes, a categorização e a codificação, à medida da recorrência dos dados. Assim, foram anotadas: unidades de registro, quantidade, a categoria à qual pertencia e adicionada alguma observação adicional (BARDIN, 2009).

A síntese geral das entrevistas possibilitou eleger as seguintes categorias empíricas:

*Categoria 1* – Compreensão do cuidado às pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização

*Categoria 2* – Fluxo do cuidado aos usuários com HA no CSFEF

A riqueza do material empírico e a necessidade de penetrar na dinâmica dos discursos levaram-nos a buscar na análise de enunciação de Bardin (2009) a compreensão dos significados e sentidos do fenômeno estudado já que este método de análise apóia-se numa concepção de comunicação como processo, e não como um dado estático e do discurso como palavra em ato.

A análise da enunciação considera que na produção da palavra elabora-se, ao mesmo tempo, um sentido e operam-se transformações. Por isso, o discurso

nunca é um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições (BARDIN, 2009).

A análise da enunciação trabalha com: a) as condições de produção da palavra. Parte do princípio que a estrutura de qualquer comunicação se dá numa triangulação entre o locutor, seu objeto de discurso e o interlocutor. Ao se expressar, o locutor projeta seus conflitos, em sua maioria, inconscientes; b) o continente do discurso e suas modalidades. Essa aproximação se por meio de: 1) análise sintática e paralinguística: estudo das estruturas gramaticais; 2) análise lógica: estudo do arranjo do discurso; 3) análise dos elementos formais atípicos: silêncios, omissões, ilogismos e 4) realce das figuras de retórica (BARDIN, 2009).

A análise da enunciação é complementar de uma análise temática previamente efetuada e segue as seguintes etapas:

a) Estabelecimento do Corpus: delimitação do número de entrevistas a serem trabalhadas. A qualidade da análise substitui a quantidade do material. Considera-se a questão central e objetiva da pesquisa para delinear as dimensões do Corpus;

b) Preparação do Material: cada texto (entrevista) é uma unidade básica. Começa-se pela transcrição exaustiva de cada peça, deixando-se uma margem (à direita ou à esquerda) para anotações. A transcrição conserva tanto o registro da palavra (significantes) como dos silêncios, risos, repetições, lapsos e sons.

c) As Etapas da Análise: na análise de enunciação cada entrevista é submetida a tratamento como uma totalidade organizada e singular. São observados em cada uma os seguintes aspectos: 1) o alinhamento e a dinâmica do discurso para se encontrar a lógica que estrutura cada peça; 2) o estilo e 3) os elementos atípicos e as figuras de retórica.

De posse destas etapas, elaboramos um quadro com as categorias temáticas e os elementos enunciativos referentes a estas categorias. Posteriormente, os discursos foram confrontados dentro das categorias, buscando compreender a realidade por meio da linguagem e da expressão e de como as discussões constroem socialmente um determinado objeto em estudo, conforme esquema 1 a seguir:



### Esquema 1 – Confronto Entre as Categorias e Elementos Enunciativos

Categorias	Elementos enunciativos			
	<i>Análise Sintática</i>	<i>Análise lógica</i>	<i>Análise de elementos formais</i>	<i>Figuras de retórica</i>
<p><b>Compreensão do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização</b></p>	<p>Estruturas gramaticais como conjunções condicionais e explicativas que marcam confusão no discurso, disjunções.</p>	<p>Arranjo do discurso como recorrências; confusão, redundâncias, contradições e conflitos, quebra de idéias marcada por /.</p>	<p>Silêncios, interpolações marcadas por ( ), descarga emocional, ambivalência, denegação, presença da idéia refutada e lapsos.</p>	<p>Paradoxo, hipérbole, metonímia e metáforas</p>
<p><b>Fluxo do cuidado aos usuários com HA no CSFEF</b></p>				

**Fonte:** Adaptado de Bardin (2009).

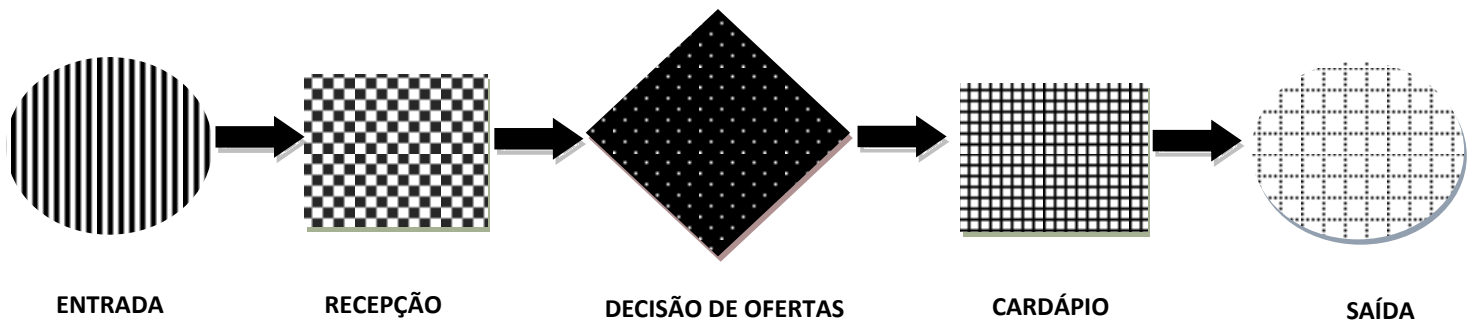
No concernente aos dados coletados por meio da observação, estes foram utilizados como elementos convergentes, complementares, divergentes e diferentes e estabelecendo interfaces entre os discursos.

Para análise da observação sistemática foi utilizado o fluxograma analisador do modelo de atenção em um serviço de saúde (MERHY, 2002; 2007), que é uma ferramenta que permite analisar os serviços de saúde, no intuito de perceber algumas situações e características sobre o trabalho no cotidiano das instituições de saúde.

O fluxograma, de acordo com Mehry (2002; 2007) é “um diagrama muito usado em diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si, em torno de uma certa cadeia de produção”. Por isso, qualquer serviço assistencial de saúde pode ser analisado por esse diagrama, que, além de representar o que acontece com os serviços de saúde, poderia esquematizar e operar, também, sobre os processos de trabalho nele existentes. O que ocorre é a

representação gráfica do processo de trabalho, desenvolvido em qualquer serviço de saúde, no qual o usuário seja o centro do projeto terapêutico, conforme ilustrado na Figura 5.

**Figura 5** – Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde e Descritor de Projetos Terapêuticos.



**Fonte:** Merhy (2002; 2007) e Franco (2006).

A partir da sua descrição, ele permite a percepção dos aspectos micropolíticos da organização do trabalho e da produção de serviços de saúde, podendo ser utilizado para a análise dos serviços de saúde.

O fluxograma procurará descrever como se dá o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial, seu projeto terapêutico, o que lhe é oferecido no momento da consulta e como se processa a tomada de decisão sobre o que fazer.

O fluxograma mostra-se como ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma, são um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial (FRANCO, 2006). A ferramenta revela o seu dinamismo.

As figuras geométricas são representadas pela *Elipse* – começo e o fim do ciclo produtivo do serviço; *Retângulos* – etapas de trabalho no ciclo produtivo, pelo qual ocorre o consumo de produtos definidos e proporcionam a abertura de novas

etapas de serviços; *Losango* - decisão no ciclo, possibilidade de percursos, de caminhos que aparecem em alguns momentos do processo.

A *Entrada* inicia o diagrama. E dá idéia de movimento, de porta, de chegada: uns entram outros não. A *Recepção* representa o contato, a relação entre os participantes trabalhadores e usuários, às diferenças de abordagens e as formas de encontro para os diferentes sujeitos como acolhimento, formação do vínculo, da responsabilização, a condução do problema a ser solucionado. *Decisão de ofertas* - são percebidos o acesso, a escuta, o agir, as informações, as intervenções, quem faz, como faz, e outras observações. *Cardápio* – serviços disponíveis de saúde, o uso, a ação, onde pode ser observada a forma da intervenção tecnológica e assistencial e como se processa o cuidado, por meio das ações e posturas dos diferentes trabalhadores. *Saída* – grande importância para observar como são enfrentados, pelos participantes do estudo, os problemas da saída do serviço, quais os resultados do processo terapêutico que envolve as intervenções relacionadas à promoção da saúde, atenção durante os adoecimentos, cura e reabilitação (BASTOS, 2008).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UECE e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP. Este estudo respeitou os princípios da Bioética descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica, participantes da pesquisa e Estado (BRASIL, 1996).

Assim, os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, tendo sido garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, desistir em qualquer momento. Foram assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

As entrevistas foram gravadas em pen-drive com MP3, após a aprovação dos participantes e tiveram duração média de 20min para os usuários e 30min para os trabalhadores. Ademais, foram realizadas em local reservado, preservando os participantes da curiosidade dos que o cercavam.

Não foi constatado incômodo com o processo investigativo, apesar de que alguns usuários aparentaram inibição para expor suas opiniões. Todos os que participaram se mantiveram até o fim.

As observações foram registradas em um diário de campo. O material coletado foi transcrito e organizado conforme a necessidade da discussão dos resultados. Todas as despesas da pesquisa foram pagas com recursos próprios do pesquisador.

Este estudo proporcionou reflexões sobre o cuidado, objetivando torná-lo mais prazeroso, humanizado, eficaz e solidário; buscou rediscutir o modelo de atenção à saúde das pessoas com HA, no cenário local.

Os resultados desta pesquisa buscam proporcionar reflexões e discussões com os autores sociais envolvidos no cuidado às pessoas com HA a fim de garantir qualidade de vida a estes usuários, objetivando a construção de um SUS capaz de responder aos desafios da saúde como inclusão.

## **CAPÍTULO 4**

### **ACHADOS E DISCUSSÃO**

#### 4.1 CATEGORIA 1 – COMPREENSÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: acolhimento, vínculo e co-responsabilização

A construção do fluxograma descritor por meio da observação funcionou como um dispositivo que nos possibilitou um olhar sobre as relações entre trabalhadores, usuários e o serviço, identificando as várias portas presentes no CSFEF que permitem o acesso das pessoas com HA ao SUS.

Como ponto inicial, identificamos a partir desse olhar a entrada. A entrada é entendida fisicamente como a “porta” que divide o espaço físico do CSF e o ambiente externo, no mesmo instante em que é entendida como o modo como o usuário sente-se acolhido, na maneira como ele é recebido. As linhas que delimitam esta “porta” são superadas e vencidas no momento em que trabalhadores de saúde e usuários se entendem e buscam cooperação mútua na produção do cuidado em saúde.

Nosso estudo procurou caracterizar o modo como esta “porta” abre-se e como ela está aberta para as pessoas com HA, ou seja, como suas linhas são desfeitas por esta demanda que, pela primeira vez, busca respostas ao seu processo de adoecimento/sofrimento e como ela é recebida no cotidiano das práticas de cuidado que a equipe desenvolve.

Deste modo, fez-se necessário compreender quais portas estavam abertas, entreabertas ou fechadas, pois por detrás destas portas há um mundo de subjetividades que vão sendo construídas e reveladas nas relações entre pessoas e que têm a potência de constituir linhas de fuga, com o intuito de abrir passagens para as várias formas de cuidado (MATUMOTO, 2003).

No adoecimento crônico, perante a visibilidade de uma necessidade, o usuário fomenta a intensa angústia de procurar o serviço de saúde. Esta angústia advém da interrogativa do modo como ele será acolhido e recebido neste espaço de intensos conflitos já vivenciados por vizinhos, parentes e amigos, que relatam constrangimento por não terem sido aceitos.

Porém, conforme assinala Matumoto (2003), qualquer que seja a decisão do usuário, ela é influenciada pelas lógicas, leis, normas e valores que compõem os serviços de saúde e também pelo que esse usuário tem como oferta destes serviços de saúde: medicamentos, exames, grupos terapêuticos e consultas, por exemplo.

A partir desta oferta, o usuário define que o serviço de saúde é o responsável pelas respostas aos seus problemas, isto é, ele compreende que no cardápio do serviço está o que ele necessita, seja o medicamento, a consulta ou sejam os exames.

Identificamos a existência de diferentes formas das pessoas com HA chegarem até o serviço de saúde estudado: **(a)** por meio dos grupos (consultas dentro da lógica da demanda organizada), **(b)** nas visitas domiciliares, pelo agente comunitário de saúde ou **(c)** pelo atendimento da demanda espontânea. Procuramos caracterizar todas estas formas, explorando os elementos referentes ao modo de funcionamento do centro de saúde e das linhas de segmentaridade que delimitam territórios instituídos e organizam as práticas de cuidado aos usuários com HA desenvolvidas pela equipe.

Consideramos a entrada do usuário no centro de saúde como um momento de interação entre sujeitos imbricados num objetivo que pode ser ou não comum e como possibilidade de acolhimento, entendendo que este dispositivo, conforme Santos *et al.* (2007, p. 75), funciona como:

[...] uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.

Essa demanda, a que se referem os autores e que neste estudo são pessoas com HA, pode engendrar máquinas de produção desejantes (corpos se encontram, se compreendem e criam bons encontros, realizam desejos) que produzem vínculos, acolhimento, escuta, e outros modos de relação (MERHY, 2006a).

No entanto, Matumoto (2003), em sua viagem cartográfica pelo acolhimento, alerta-nos que essa demanda pode engendrar também máquinas fascistas (corpos que se relacionam sob opressão e repressão, produzindo reprodução e

antiprodução), o que resulta em ações de saúde com finalidade no procedimento técnico, gerando acolhimento impessoal, frio, endurecido por regras. Em outras palavras, produz acolhimento cuja essência é a triagem ou procedimento, ou seja, é um acolhimento que exclui.

Percebemos que os trabalhadores possuem apego aos processos burocratizantes e mantenedores da ordem capitalística existente nos serviços de saúde (GUATARRI; ROLNIK, 2005). Esta organização que captura, reprime e mantém a ordem, estabelece dias e horários fixos para realizar o acolhimento, por equipes em dias definidos para cada.

Identificamos este acolhimento, feito em dias e horários estabelecidos, como porta de entrada das pessoas com HA no CSFEF, uma vez que os trabalhadores utilizam da ferramenta acolhimento como triagem, avaliação de riscos, hierarquizando necessidades, diferenciando conforme a “queixa mais relevante”. Para a equipe, a HA necessita de prioridade, pois se trata de uma necessidade clínico-biológica que urge de pronto-atendimento.

Nesta perspectiva, o acesso aos serviços de saúde, conquistado pelas lutas e garantido por lei por meio do SUS, é refutado ao plano simbólico da doença, isto é, a doença passa a ser o instrumento necessário para que o usuário adentre no centro de saúde.

No CSFEF, a equipe enfatiza a importância de garantir o atendimento, ou melhor, de priorizar o atendimento às pessoas com HA. Evidente que esta abordagem biologicista é responsável pela garantia de acesso e apresenta impacto positivo no que se refere à assistência à saúde devido à prioridade de atendimento concedida aos casos agudos:

Só que assim: chegou um paciente novo na área [...] e a gente já sinta que é hipertenso ou diabético a gente já agenda ele e atende aqui na unidade mesmo porque esse atendimento a gente faz na área (nos grupos), a gente já agenda aqui na unidade para no primeiro momento a gente já captar esse paciente, a gente já agenda ele. Tem alguns casos que chega e diz “não Dr<sup>a</sup> eu tenho a pressão muita alta e eu não tomo remédio nenhum”, normalmente na mesma hora a gente faz o acolhimento pela manhã cedo, já peço para verificarem a pressão deles [...] **(Med2)**

Se ele vier pro acolhimento, muitas vezes, na maioria das vezes não chega direto pra cá, eles verificam a pressão ali, aí as meninas (auxiliares de enfermagem) – “oh Enf3 tem um paciente desse jeito.” Aí vai eu peço para



vim e a gente conversa. O senhor toma remédio? Ta há quantos dias sem tomar? Se não tiver, se ele não tomar de jeito nenhum, porque tem caso, por exemplo, com 200 (cifra sistólica) e num vai deixar o paciente ir pra casa desse jeito, aí a gente vai e dá a resolução, uma saída de acordo com aquele momento da paciente, se ele já toma e se ele não toma tem que passar pelo médico porque a gente num pode fazer muita coisa mesmo não, de jeito nenhum. Se por acaso tiver muito alto e não tiver nenhum médico por aqui, que é raro, aí a gente manda pra outro canto. **(Enf3)**

O trabalhador de saúde, então, prende-se a rotinas previamente definidas, a regras de hierarquização para assegurar o atendimento ao usuário com HA, a procedimentos como forma de garantir, convencer, captar o usuário para o seguimento do “tratamento”. O objetivo maior deste acolhimento é assegurar a “tomada” da medicação, sobrepujando um acolhimento impessoal, endurecido pelas atribuições e competências específicas de cada membro da equipe.

Entretanto, há disponibilidade interna do trabalhador para acolher e atender o usuário. Mesmo que o objetivo central seja a medicação, seu corpo abre-se e o trabalhador atende o usuário de modo que não se prende tanto às regras e normas, orientando-se pela natureza do sofrimento/adoecimento/necessidade e pelo direito ao atendimento, o que promove mais inclusão com responsabilização, como podemos observar na fala da auxiliar de enfermagem:

Aqui às vezes chegam as pessoas com pressão alta e aí a gente tem aquele cuidado todo especial com ele. A gente trata logo de comunicar o médico, seja ele dependente, seja ele da área ou não, se é cadastrado ou não, entendeu? [...] Os pacientes eles não voltam pra casa sem o atendimento não, de jeito nenhum. **(AE1)**

Identificamos outra porta de entrada, uma porta pensante, atuante, desejante, carregada de subjetividades capazes de catalisar a formação de vínculos e superar as barreiras impostas pelas linhas que delimitam a porta “física” que separa o ambiente interno do CSF e o externo. O agente comunitário de saúde (ACS) se destacou neste processo de garantia de acesso e de acolhimento às pessoas com HA.

O ACS, conforme enfatizam Rodrigues, Santos e Assis (2010), destaca-se como sujeito de um agir singular, que integra comunidade e serviços de saúde e produz um território vivo e comum, e no cotidiano de sua prática, assume atividades que extrapolam as ações determinadas nas normas do Ministério da Saúde

(BRASIL, 2006), outorgando flexibilização das tarefas, na tentativa de responder positivamente às demandas da população.

[...] o agente de saúde detecta, identifica que tem um hipertenso na área dele e não tá tomando os remédios, que não tá sendo acompanhado pelo serviço ou então em nenhum outro lugar, ele traz, eu peço o nome, agendo e o agente de saúde leva para ele o dia da consulta dele. **(Enf1)**

[...] os agentes de saúde chegam pra gente com o nome do paciente dizendo assim: “doutora esse paciente é hipertenso, veio de outra unidade e tá sem atendimento, ele veio de outra unidade e já chegou pra gente dizendo que é hipertenso, como é que a gente faz?” **(Med2)**

[...] o paciente ele teve um pico hipertensivo, tá em casa e o agente de saúde passa e fica sabendo, aí já facilita um pouco, porque o agente de saúde passa pra gente e a gente já pode marcar a consulta dele direto pro grupo, ele não entra no acolhimento normal. **(Med1)**

Percebemos que o ACS realiza o esforço inicial de articulação e integração e, ainda, o estabelecimento de vínculos com a comunidade, desencadeando ações na perspectiva de assegurar o atendimento.

O ACS, desta forma, age sobre as ressonâncias da sobrecodificação do aparelho do Estado, o qual estabelece regras e conduta. Na realidade produz num campo de imanência, em que as forças das linhas de fuga se fazem presentes (MATUMOTO, 2003). Uma dessas linhas se constitui no momento em que a agente comunitária interfere, mediante a equipe, na marcação do atendimento ao usuário com HA, evitando que esse sujeito tenha que realizar mais uma etapa em busca de assistência: o “acolhimento triagem” desenvolvido pelos outros trabalhadores.

[...] o que eles descobriram agora o que é hipertenso, aí a gente já chega pra doutora, “doutora tem um hipertenso” e ela já coloca no grupo (atendimento), entendeu? **(ACS)**

Eu acredito em um papel muito importante do agente de saúde. Pra mim é um profissional... Assim sabe, nota dez. Por que através desse profissional que os hipertensos chegam às unidades. [...] Quando a gente era pequeno, a gente pra chegar num posto desse era um sacrifício, e aí eu me lembro que a minha mãe era hipertensa, era acompanhada assim: tinha que marcar a consulta, tinha que ir pro posto de manhã cedo, ir pra uma fila. E agora não o agente de saúde agora ele faz, ela faz esse trabalho trazendo o hipertenso até a equipe. **(AE2)**

É interessante destacar que as necessidades, os interesses, os desejos de usuários e trabalhadores são tensionados e, ao mesmo tempo, articulados pelo ACS ao garantirem o atendimento as pessoas com HA.

Observamos que este trabalhador abre uma fissura ao evitar que usuário precise submeter-se ao acolhimento triagem. O dispositivo acolhimento passa a ser operado pela equipe no sentido de qualificar a vida, como um gesto delicado, um olhar que assinala atenção e com disponibilidade para a escuta (MATUMOTO, 2003).

No transcorrer desta pesquisa, sentimos a necessidade de explorar outro cenário na perspectiva de entender os processos relacionais (formação de vínculo) e de acolhimento que a equipe desenvolve ao longo das práticas de cuidado ofertadas ao usuário com HAS: “os grupos de hipertensos” onde ocorrem os atendimentos a estes sujeitos sociais pessoa-usuários.

Sendo assim, adentrando neste espaço de produção de subjetividades denominado de “grupos de hipertensos”, pudemos observar conflitos e tensões, cooperação e linhas de fuga que compõem a micropolítica do cuidado às pessoas com HA no CSFEF. Percebemos o empenho das equipes de garantir o acesso desta demanda ao serviço de saúde no mesmo instante em que expuseram os “ruídos”.

Na busca desta garantia, a equipe desenvolveu mecanismos de resistência, linhas de fuga do instituído, criou canais de comunicação com a comunidade, quebrou segmentaridades e inventou uma nova forma de responder às necessidades dos usuários com HA, fugindo do modelo tradicional de atendimento.

Os trabalhadores perante as necessidades e fragilidades apresentadas pelos usuários, rompem as barreiras dos consultórios e penetram no espaço vivo da comunidade, deslocam fluxos de potência para construir o novo, formar laços afetivos, num movimento de se responsabilizar pelo outro. Face à magnitude do esforço de deslocamento arriscado executado pelos usuários com HA, muitos deles idosos, para chegar até o CSFEF, as equipes veem-se compelidas a buscar a alternativa de transferir seu lócus de trabalho para a comunidade:

Até pra ver a questão já pensando também no acesso deles ao atendimento, porque a localização da unidade de saúde existe uma barreira geográfica, uma avenida bastante movimentada e como a gente tem muitos pacientes hipertensos que são idosos então eles sentiam muita dificuldade em atravessar a avenida [...] Pensando no deslocamento deles, de modo que a gente levasse o serviço mais próximos deles, então isso seria melhor pra eles. **(Enf1)**

Os hipertensos no nosso caso a gente não atende é, rotineiramente nas unidades, a gente atende no território, num local que é, digamos assim, foi conseguido dentro da comunidade, que lá é tipo um salão paroquialzinho.  
**(Enf2)**

Em relação à localização do CSFEF, constatamos que a maioria dos usuários com HA reside em locais próximos a este centro de saúde, porém a avenida a que se refere a Enf1 é bastante movimentada, pois dá acesso a importantes pontos da cidade: estádios, bairros de classe média alta, rodovias federais e estaduais, pondo em risco a vida da população com hipertensão, especialmente os idosos.

Os trabalhadores articulam e buscam brechas para a aproximação e garantia de acesso dos usuários com HA, bem como demonstram disponibilidade de ajuda. Os usuários não passam pelo constrangimento da fila de espera, de ter que chegar cedo para garantir seu atendimento. Neste contexto, os grupos asseguram o dia de consulta de cada usuário.

Alguns entrevistados voltaram-se para o modo como eram recebidos no CSF. O CSFEF encontrava-se numa situação ruim de acesso ao atendimento para as pessoas com HA. O atendimento era organizado de modo burocrático a partir de filas, por ordem de chegada, as quais, como assinalam Bastos *et al.* (2011), privilegiavam não aqueles que necessitavam de assistência urgente, mas os que se mostravam mais resistentes:

Eu chegava era seis e meia, pegava uma fila e tinha que ir pra fila porque é por ordem de chegada [...] Tinha muita gente, era muito grande a fila, a gente chegava seis meia lá e já tinha muita gente, tinha mais de dez pessoas na frente da gente. Eu ficava pensando: ai, meu Deus, que hora vai chegar meu horário porque eu tô com fome e ainda tem esse horror de gente na minha frente. **(Usu1)**

[...] ai eles vinham muito cedo, tinha uns que chegavam aqui seis horas da manhã sem necessidade, ficavam esperando em pé ali na fila. O atendimento lá, eles chegando lá sete horas ai eles entram, tem as cadeirinhas tudo pra eles ficarem sentadinhos, ficam tudo sentadinhos [...]  
**(ACS)**

Bastos (2008) denuncia a sensação de desânimo e decepção sentidas pelos usuários ao aguardar, enfrentar uma fila e não conseguir a vaga que necessitam. Isto causa restrição no acesso, refletindo no cuidado.

Entretanto, observamos que essa transferência da equipe para a comunidade é também uma tentativa de manter a organização do serviço que estabelece

normas, cronograma de atendimento específico – dia do “hipertenso e diabético”, dia da criança, dia da gestante – no qual a demanda espontânea não é bem vinda. Os trabalhadores vivenciam o dilema ético de atender esta demanda e manter a ordem do atendimento específico para determinado grupo. Sendo assim, as equipes fogem do CSF para que o atendimento ao “hipertenso” seja garantido sem interrupções:

O atendimento foi colocado na Igreja por quê? Porque os pacientes quando vinham pra cá (centro de saúde), eles viam que eram muitos pacientes, que não se limitavam só a hipertensos e diabéticos. **(ACS)**

No estudo desenvolvido por Matumoto (2003), a autora identificou que a demanda eventual cria grande tensão no trabalho, pois a equipe sente vontade de não atender porque o estabelecimento não é um serviço de pronto-atendimento e o atendimento não está programado. O trabalhador sente-se pressionado para atender, por questões éticas que o levam a justificar para si mesmo, como tendo preocupação com o “roubo” do tempo que teria para atender os usuários que vem acompanhando e estão com hora marcada em dias estabelecidos pelo cronograma de atendimento do CSF. A demanda espontânea acaba sendo visualizada como o elemento que pode “desvirtuar” o objetivo da unidade de saúde e “estragar” o atendimento.

Ainda no concerne a esta transferência da equipe para o território, vale destacar que o acesso se articula não só à localização do centro de saúde (serviço de saúde) próxima à população, mas também no modo como os usuários são recebidos, pela disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade resolutive do serviço às necessidades demandadas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Para que se tenha uma visão mais próxima da produção do cuidado é necessário que se perceba e analise o que ocorre nos serviços. No centro de saúde, no cotidiano das ações é que é possível constatar se a garantia do direito está sendo assegurada concretamente.

Desta forma, vivenciamos a dinâmica dos grupos de atendimento na perspectiva de compreender como os usuários são acolhidos, como os corpos se afetam e como são respondidas as demandas da população com hipertensão do CSFEF, considerando que o acesso aos serviços de saúde depende do dispositivo

acolhimento, se é visto como ação clínica, se ele é pertinente a todos os trabalhadores e se está presente em todas as etapas do cuidado (MATUMOTO, 1998; 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006).

Assim como revela o estudo de Bastos (2008), os usuários participantes desta pesquisa também referem que os trabalhadores atendem bem e acolhem suas necessidades, exaltando o ânimo e preocupação dos trabalhadores de saúde para com seus problemas, num processo que envolve atitudes de entender, apoiar, acolher e diminuir os sofrimentos dos usuários, por parte dos trabalhadores.

Tanto trabalhadores e usuários enfatizam em seus discursos a preocupação com as condições emocionais das pessoas com HA, como os problemas que trazem e ausência deles no centro de saúde. Estes usuários, de certa forma, esperam o atendimento, porém esperam sentados, conversando com outros usuários, muitas vezes vizinhos, parentes e amigos, sem formar aglomerações próximas a consultórios ou agachados, tomados pelo cansaço da longa espera. Percebemos que a equipe desenvolve ações de acolhimento a esses usuários, o que viabiliza o cuidado em saúde.

Logo, constatamos que estes achados são divergentes dos resultados evidenciados por Bastos *et al.* (2011). As autoras, ao investigar sobre integralidade no processo de cuidar de pessoas com diabetes *mellitus* (DM), perceberam que estes usuários esperam longo tempo pelo atendimento, na maioria das vezes de pé no corredor, encostados em paredes, perto dos consultórios ou formando uma aglomeração em frente às portas; um ou outro sentado em restritas cadeiras e outros até de cócoras.

Diante destas duas realidades ora comparadas, Matumoto (1998) nos revela que o acolhimento é importante para a construção de um ambiente favorável, onde a disponibilidade dos sujeitos para o encontro seja perceptível e factual, a atenção seja voltada para o apoio, para que exista a tentativa de solução dos problemas e a responsabilização com o outro, bem como com suas necessidades. O acolhimento, então, é capaz de transformar o cuidado e influenciar nos seus resultados.

Percebemos que os trabalhadores realizam o acolhimento na perspectiva de ampliar o acesso e como elemento necessário para construção das relações no cuidado. A fala a seguir, apesar de elementos enunciativos (expressões que traduzem insegurança como “procura tentar”), demonstra a pertinência do acolhimento na concepção de desenvolver ações comunicacionais, redes de afetos e conversação, conforme ressaltam Teixeira (2003), Teixeira (2005) e Santos *et al.* (2007).

O acolhimento [...] é ele (usuário) saber que a gente sempre vai procurar tentar resolver aquele problema dele, ele saber que a gente tá aqui, e a gente sempre tá procurando ouvir e conhecer o paciente, o paciente conhecer a gente, saber os horários que a gente tá aqui. **(Enf3)**

O acolhimento, segundo Franco; Bueno e Merhy (1999; 2006) e Merhy (2006a), assume uma dupla dimensão, sendo, de um lado, considerado como parte de uma etapa do processo de trabalho, sobretudo no momento da recepção dos serviços de saúde, relacionando-se ao primeiro contato com o usuário. E, de outro lado, como um dispositivo do processo intercessor do trabalho em saúde, necessário em todos os lugares em que se dêem os encontros entre trabalhador e usuário.

Os usuários evidenciaram em seus discursos a forma humanizada como são recebidos e atendidos, pelos trabalhadores. Além disso, enfatizaram a importância dada pela equipe ao atendimento imediato, mesmo que o motivo seja a doença ou alguma queixa a ela associada.

Como no dia que eu fui à procura de saber quando eu vinha pra cá (consulta). Ela disse: a agente de saúde vai na sua casa, mas espere aí, aí olhou a agenda dela e me disse [...]. **(Usu2)**

[...] mas sempre que eu tô ali precisando, Enf1 eu estou precisando, minha pressão está alta, minha diabetes não tá bem. Ela diz: “Usu1 vou dá um jeito pra vê se a Med1 lhe recebe.” Então, ela vai lá, conversa com a doutora Med1, a doutora Med1 diz: “Então, tira uma vaguinha aí que a gente vai atender a Usu1, porque a Usu1 é hipertensa e tem diabetes. **(Usu1)**

[...] Ele (médico) sabe trabalhar com a comunidade. Ele sabe que as pessoas aqui são pessoas carentes e ele entende a situação de cada um. Então se eu peço uma atenção fora da minha consulta, a enfermeira, os médicos, eles me atendem, porque eles conhecem a comunidade. **(Usu6)**

Consideramos pertinente esta garantia da consulta, pois Castro e Car (2000) salientam que as dificuldades de acesso acabam por gerar distorções no serviço de saúde fazendo com que a porta de entrada para o atendimento se dê por meio do

serviço de emergência. As falas acima evidenciam que os trabalhadores garantem este atendimento às pessoas com HA, inclusive para além do dia da consulta, criando espaços de fuga das forças instituídas que emergem da organização do serviço as quais estabelecem horários de atendimento, incluem e excluem a demanda.

Sendo assim, os trabalhadores de saúde buscam a responsabilização clínica por meio de uma intervenção resolutiva, que só poderá de fato ocorrer se houver o efetivo ato de acolher e de se vincular (AZEVEDO; BARBOSA, 2006), como podemos perceber nos discursos que se seguem:

[...] a gente fica sempre aberto a escutar, acolher independente também se for o dia do retorno ou não, então se acontecer alguma intercorrência, eles sabem a quem procurar, sabe que me procurando, a Enf1 que é a enfermeira, que a gente vai dar alguma resposta. Então, a gente, fora a garantia do retorno, a gente esta sempre aberta a ouvir se eles tiverem alguma intercorrência entre uma consulta e outra. **(Med1)**

[...] a gente tem o grupo toda sexta-feira. As pessoas (com HA) são atendidas ( ) mas sempre se ele sentir algum problema antes daquele dia marcado, tem aqui a porta aberta, tem acesso e também, se sentir alguma coisa antes do dia, ele todo dia tem o acolhimento aqui, todo santo dia tem. E outro dia, fora do dia marcado, ele pode vir. **(Enf3)**

Porem, no transcorrer da fala da enfermeira, ruídos são revelados, conflitos são denunciados e a garantia de acesso para além da consulta é capturada por critérios técnico-científico expressados por paradoxos e condições (presença excessiva de conjunções condicionais no discurso):

[...] agora tem que ser conversado, não é todo mundo (refere-se às pessoas com HA) que vem e é garantido ter a consulta no dia não, vai depender da demanda que ele traz naquele dia, (se) for uma coisa mais séria a gente sempre procura resolver, (se) não a gente agenda para outro dia. **(Enf3)**

Esses ruídos refletem o jogo de interesses inerente ao processo relacional entre profissional e usuário. De um lado o profissional tentando cumprir as normas e rotinas impostas pelo Estado controlador e do outro o usuário carregado de necessidades, medo, dores e sofrimentos. Os últimos enxergam no trabalhador e no serviço de saúde a alternativa para aliviar seu sofrimento e, para isso, não delimitam o “momento certo” para buscar ajuda.

Eles (usuários com HA) acharem que podem fazer tudo a qualquer hora. Você dá a mão e eles querem o pé. Tipo assim: ah, mas a doutora me atende qualquer hora que eu for, eu acho assim você pode deixar em aberto, mas você tem que ter o mínimo de organização também. **(Enf2)**



Notamos a imposição de barreiras e o modo como a enfermeira percebe essa busca do usuário pelo atendimento como “aproveitamento” da existência de possível liberdade para “conversar” com o trabalhador para além do espaço de consulta nos grupos. Sendo assim, é preciso ressaltar que o acolhimento é parte integrante de uma rede de conversações, de relações afetivas, do eu em relação ao tu, ao outro, que, ao ser plasmado, cria as condições para o cuidado e executa a própria ação de cuidar (TEIXEIRA, 2003) e na articulação dessa cadeia de afetos, conforme ressalta Bastos (2008), circulam o próprio acolhimento, a produção do cuidado e a garantia do atendimento às necessidades dos sujeitos envolvidos.

É importante lembrar que o trabalhador de saúde sofre a influência de vários atos normativos, mas a convivência entre estes atos normativos e os comunicativos não é resolvida no plano das regras ou protocolos assistenciais. Requer colocar em análise certos territórios, como o do poder e o das relações comunicativas. Uma das saídas seria burocratizar essa relação, consagrando as regras, o que pode abrir ou fechar os espaços públicos aos usuários, como pode permitir ou impedir a realização de atos comunicativos, e, assim, negar ou ofertar uma forma de cuidado (CAVALCANTE FILHO *et al.*, 2009).

Precisa-se, então, tomar cuidado para que o dispositivo do acolhimento venha a atuar como meio de escuta e diálogo entre os sujeitos, e não como instrumento silenciador de uma situação que requer mudanças. O profissional também não deve querer exercer o papel de “disciplinador” de certas condutas dos usuários, mas deve tomar consciência dos desafios existentes e de seu importante papel como transformador dessa realidade.

Percebemos, por meio dos relatos de trabalhadores e usuários, o controle que os trabalhadores exercem sobre o corpo, a vida dos usuários. Tendo como objetivo maior o controle pressórico, dos chamados fatores de risco, o trabalhador de saúde culpabiliza o usuário com HA, muitas vezes, com rispidez, destacando a importância do usuário seguir o projeto terapêutico da HA.

Não, só quando a gente chega aqui que aumentou a pressão, eles ficam diga logo o que foi que tu fez que a pressão altiou. Eu digo que passei do limite. Ele passa aqueles carãozinhos sabe. Ele orienta a gente para não fazer aquilo, que a gente fez errado, por causa da pressão. **(Usu5)**

É a gente tenta reforçar quando tá tudo bem, puxa um pouquinho a orelha de um deles que sai da linha, mas é sempre assim. **(Med1)**

Conforme os trechos de discursos acima há a percepção da premência de se redefinir esses sujeitos, seus poderes, sua autonomia e como ressalta Bastos (2008), de (re) descobri-los em suas subjetividades e inter/relações, preparando-os para, dentro de suas singularidades, co-atuar de forma a protagonizar as mudanças e transformações.

Percebemos nas falas dos usuários suas expectativas com relação ao acolhimento no CSFEF, expressando o anseio para que sejam atendidas todas as suas necessidades e em todo o processo terapêutico, desde suas demandas biológicas, físicas até as tensões/sofrimentos que compõem a existência humana e o “modo de andar a vida”:

Acolhimento eu acho que é quando a pessoa tá acolhendo a pessoa que tá necessitando. Quando tá precisando de uma palavra para confortar, que às vezes a pessoa tem problema de pressão alta é muito problema da vida, né? [...] eu acho que o meu foi muita pressão no meu trabalho, eu era muito pressionada. **(Usu5)**.

[...] é um bom atendimento para a nossa necessidade. No geral é a saúde, o psicológico [...] **(Usu7)**

Identificamos estratégias na dinâmica de atendimento dos grupos que a equipe utiliza para acolher o usuário com hipertensão arterial. Uma das estratégias, pontuadas pelos trabalhadores como atividade “acolhedora, foi a organização de palestras nos grupos. Estas palestras possuem uma abordagem biologicista, pautada em doenças como a hipertensão arterial e suas complicações.

Assim, quando é palestra a gente já sabe ir avisando, oh vai ter palestra sobre coisa tal. Às vezes, quando a gente já sabe, vai ter sobre artrose. Ainda tem aquelas pessoas que tem problema no joelho, olha hoje vai ser bom, vai falar sobre seu problema. Aí ele corre pra lá. **(ACS)**

A gente trabalha é a questão da nutrição, a gente trabalha a questão também da educação física. São temas que a gente até acorda entre eles o que eles gostariam de ouvir e muitas vezes que a gente também leva com ajuda de outros profissionais, que a gente tem também uma outra equipe que dá uma retaguarda pra gente, como psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, educador físico e fisioterapeuta [...] **(Enf2)**

Assim, o único acolhimento que a gente tem aqui é que antes das consultas ele faz uma palestra, ou sobre a hipertensão, ou sobre o diabetes. Hoje foi sobre a dengue. **(Usu6)**

O acompanhamento e também as palestras, eles fazem com que a gente tenha conhecimento. Sempre antes de começar tem uma palestra. Ele (médico) traz

profissionais para o nosso conhecimento e isso é bom, a gente fica, sabe, aquela pessoa que parece uma mãe [...] (Usu7)

Neste acolhimento por meio de palestras há a participação dos profissionais do NASF com temas relacionados a doenças, também numa abordagem biologicista. Apesar disso, os usuários reconhecem como de fundamental importância a existência destas atividades. Inclusive, podemos observar a presença de metáforas com forte carga emocional – comparação do profissional com a figura materna – no relato da Usu7, demonstrando que há uma dimensão cuidadora. No entanto, Matumoto (2003), lembra-nos que o usuário submete-se ao que deseja, pelo medo de que o pior aconteça, aceita as regras do jogo naquele momento. Sentimos que a Usu7 traça seu discurso carregado de interpolações, silêncios, precavendo-se de denúncias que possa destituí-la do atendimento.

Com isso, lembramos de Freire (2001) que nos instiga a refletir sobre qualquer atividade educacional que não pontua subjetividades, não reconhece sujeitos e assim não desperta para a formação de sujeitos críticos-reflexivos.

Devemos pensar o acolhimento como um processo disparador para a mudança do modelo, na sua produção em processo, como possibilidade de fazer surgir brechas, fissuras no instituído, além de proporcionar reflexão sobre as atuais práticas de saúde, buscando identificar sujeitos e projetos terapêuticos (MERHY, 2002; 2007; MATUMOTO, 2003) e não como uma mera atividade de transmissão de conhecimento cuja abordagem não estimula a reflexão, a mudança e a autonomia do usuário.

Em íntima relação com o acesso e acolhimento está o vínculo, apontado como uma das ferramentas agenciadoras das mudanças das práticas em todos os níveis, imprescindíveis ao fortalecimento do SUS. Para Merhy (2002; 2007), o vínculo precisa ser construído no cotidiano do serviço, no “trabalho vivo em ato” a cada momento, de forma singular, personalizada, continuada, necessitando da presença de sujeitos que protagonizam o encontro intercessor, para se processar.

As equipes do CSFEF empreendem esforços para formar laços afetivos com os usuários, num processo que envolve a responsabilização. A busca por estratégias que permitam um olhar mais amplo e integral do problema relatado pelo usuário, considerando diversos aspectos que podem influir no processo saúde-

doença-cuidado faz-se possível a partir da maior aproximação que esse profissional estabelece com o usuário.

Os discursos dos usuários são coincidentes quanto à formação do vínculo no serviço de saúde estudado. Tais discursos apontam a existência de maior aproximação entre os usuários e os trabalhadores de saúde que os atendem e os acompanham. Os usuários relacionam o vínculo com o modo como os profissionais os tratam, na abertura que tem para conversar dentro e fora do espaço da consulta.

A doutora Med1 é uma excelente profissional, dá atenção à gente, não importa que seja o dia da consulta da gente ou não. Sempre ela tá ali pra conversar, pra falar com a gente, dá atenção, porque tem muito médico que passa pela gente e finge que nem conhece, A doutora Med1 não. Ela passa pela gente “oi, tudo bem?”, conhece todo mundo, bem, é muito bom pra gente. **(Usu1)**

[...] a pessoa se sente mais a vontade, quando a pessoa dar um apoio à gente, numa conversa, dar mais atenção para a pessoa, a gente se sente mais a vontade. Eu acho que seja assim. Ah na conversa mesmo, na conversa que a gente se sente a vontade, recebe a gente bem e a gente se sente bem, em conversar, eu acho que é assim. **(Usu4)**

Assim com o médico, por exemplo, se eu tô precisando falar com o médico, antes da consulta eles me escutam. Para! Por exemplo, eu dizer médico eu queria falar com o senhor, não é uma coisa da minha consulta, mas ele para e me ouve, o que eu quero dizer nem que depois eu vá pra minha consulta, mas eles são atenciosos com a gente. **(Usu6)**

As equipes do CSFEF operacionalizam meios de criação de laços afetivos e de respeito para com o usuário numa perspectiva de criar vínculos efetivos desde o início do acompanhamento. Numa luta constante, os trabalhadores desenvolvem meios para estreitar sua relação com os usuários, como demonstram os trechos de discursos a seguir:

[...] há uns dois anos a gente formou um grupo de educação em saúde para idosos, só que a maioria dos nossos idosos são hipertensos [...] dentro desses grupos de educação em saúde a gente buscava passeios com o objetivo de proporcionar lazer para essas pessoas, não só aquela coisa de consulta, de atendimento, acho que tem que fazer e a gente mostrar que o lazer também é importante na vida deles. Então, com isso a gente começou a perceber mais a aproximação desses usuários com a gente, de chegar e não ter tanta barreira, porque tem uns que chegavam e não sabiam nem como se dirigir, falar com a gente, e hoje não, já chega, já aborda [...] **(Enf1)**

[...] o nosso grupo funciona a três anos, né?, Este grupo que eu tô, que a gente acompanha, né? Então, assim a gente já fez várias comemorações de aniversários do grupo, né? A gente já teve passeios com eles, a gente fez festinhas, com bolo, com café da manhã, então acho que isso é uma forma de criar um vínculo com o grupo, né? A gente já fez, já celebrou missa pra celebrar o aniversário do grupo ( ). Então, isso é uma forma de vínculo. **(Enf3)**

Percebemos, então, que trabalhadores agem com a perspectiva de se aproximar do usuário e da sua necessidade, despendendo maior atenção, maior demonstração de interesse com aquele que chega ao serviço público.

Nos grupos de atendimento, observamos que os trabalhadores ao chegarem percebem os usuários, saudando-os. Essas atitudes, como nos lembram Bastos *et al.* (2011), traduzem as formas de acolher. Percebemos, assim, que o acolhimento é entendido pelos trabalhadores como uma postura, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população, tal como propõe Teixeira (2006). Ademais, esta postura favorece a formação de laços afetivos, aproxima o trabalhador do usuário, aumenta a confiança, produz ações em saúde mais resolutivas e considera o contexto e o existencial da pessoa em adoecimento (BASTOS, 2008).

Esta atitude acolhedora e com estabelecimento de vínculo para com a pessoa com HA possibilita que os profissionais alcancem o sentido de equilíbrio que é a saúde do ser humano, pois esse encontro terapêutico entre trabalhadores e usuários evidencia a complexidade e a singularidade do sujeito com este adoecimento crônico (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

No processo relacional de formação de vínculo, corpos se afetam, geram fluxos e potências, compartilham desejos com intuito de responder de maneira compartilhada às necessidades de cada sujeito, seja ele trabalhador de saúde ou usuário (MATUMOTO, 2003).

O cuidado necessita da garantia do acesso, da existência do acolhimento e do vínculo com responsabilização para que seja incorporada no cotidiano dos serviços práticas produtoras de saúde. O cuidado sem vínculo com responsabilização descaracteriza-se e perde sua efetividade. Os discursos e as atitudes dos diferentes sujeitos revelam a co-responsabilização na forma das equipes desenvolverem o cuidado.

De maneira similar ao estudo de Bastos *et al.* (2011), também percebemos que os trabalhadores de saúde no CSFEF desenvolvem suas tarefas de maneira eficiente. Realizam atendimento individualizado, procurando corresponder à

demanda do momento de cada usuário, de forma tranqüila, com afetividade e amizade para com os usuários e exibem responsabilização no cuidado às pessoas com HA.

Os discursos dos usuários são coincidentes ao afirmarem sobre a satisfação com o atendimento que recebem no CSFEF, bem como suas relações com os trabalhadores de saúde. Eles afirmam que os profissionais atendem bem e enfatizam, com carga emocional, que os profissionais e o serviço são “os melhores que já viram”, pois existem outros que são “muito ruins”, além disso, carecem de profissionais. Os usuários entrevistados em sua maioria afirmam que gostam dos trabalhadores, porque “conversam com eles” e sentem-se “bem tratados”.

Você sabe que realmente quando eu precisar dela ela vai estar disponível para me receber, porque caso ela passasse por mim e não desse atenção nem nada, eu iria ficar com medo de me aproximar dela, porque eu não saberia qual seria a reação dela, entendeu? **(Usu1)**

Elas (enfermeiras) conversam com a gente, fica falando sobre o problema da saúde da gente, dão conselho. Na hora da consulta, às vezes, ela também tem aquela hora antes de começar a consulta, aí faz uma entrevista com a gente aí ver todos os problemas, aí é muito bom, eu gosto, porque as vezes a gente aprende coisa que não sabe e fica sabendo, sobre os problemas de saúde. **(Usu4)**

[...] cada um de nós precisamos vim e disputar o que tem na unidade porque tem lugar aí que é muito difícil você ter um acesso ao médico. A gente ver a loucura até dentro dos hospitais e aqui não, aqui eu acho, eu gosto muito desse espaço, deles tudinho (trabalhadores de saúde), não tenho o que dizer de nenhum. **(Usu7)**

Como podemos perceber, em distintos momentos, há vislumbres de acolhimento, de vínculo por parte dos usuários, o que faz com que eles se sintam bem atendidos. Muitos são pessoas simples, acostumadas com uma vida dura, sendo assim qualquer atitude por parte dos trabalhadores de interesse, por mais fugaz que seja, lhes afigura como de suma importância. Apesar de todo o sofrimento e exclusão vivenciados, muitas vezes no próprio serviço de saúde, no cotidiano brota e aflora o reconhecimento (BASTOS, 2008).

O vínculo requer a confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido de serem capazes de equacionar seus problemas de saúde e, não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio à superação de obstáculos. Alguns entrevistados apontaram a

existência de responsabilização e co-responsabilização no cuidado desenvolvido pelas equipes do CSFEF.

[...] a gente tentar o vínculo, a gente tentar passar a responsabilidade, mas às vezes não consegue o que a gente pede. Às vezes até pelo costume, né? Mudar os costumes, o estilo de vida eu acho que é uma das coisas mais complicadas de mudar e eu posso até entrar com um bocado de remédio, de medicação, mas mudar de estilo de vida é difícil, mas não custa nada continuar tentando e tentando, explicando, mas é difícil. **(Med2)**

[...] identificar que aquela pessoa ( ), não vem as consultas regularmente, e aí numa conversa, numa consulta eu descubro que tem alguma coisa por trás disso, alguma coisa não relacionada à parte da saúde, mas digamos que, ah é por que eu não me dou bem com a minha filha e a minha filha é quem me traz para as consultas então quando ela quer é que eu venho, ( ) Eu posso já estar lançando mão de outras estratégias e buscando parcerias pra que eu possa estar de uma certa forma tentando contornar esse problema pra que ela venha a participar do tratamento dela, eu acho que seria uma forma ampliada no cuidado. **(Enf3)**

Os trabalhadores, portanto, parecem exaltar a postura que têm diante das necessidades e dos problemas trazidos pelos usuários, além do compromisso social que desempenham, fazendo com que a confiança no trabalhador se manifeste e a busca pelo profissional competente ocorra no cenário pesquisado (BASTOS, 2008). Porém, as constantes interpolações presentes no discurso da Enf3, evidenciam a insegurança e tentativa de demonstrar que existe uma responsabilização.

[...] a pressão sobe, eles vão na emergência, por exemplo, e é mudada a medicação. A maioria deles vêm aqui depois, oh o doutor pediu pra eu mudar essa medicação, eu mudo? Então agente vê que realmente eles têm um vínculo. **(Med1)**

Assim, o usuário não vai mais para qualquer profissional, mas para aquele que ele já conhece e confia, aquele que ele sentiu uma disposição, uma afetuosidade para com ele. Nesse sentido, Gomes e Pinheiro (2005) acrescentam que o vínculo tem a capacidade de atuar no desenvolvimento de uma responsabilização e compromisso da equipe/profissional com a comunidade/usuário, por meio dos quais se dão relações de troca e confiança.

Analisando a postura e os discursos dos usuários, podemos perceber que há uma predisposição, uma potência desprendida, para a construção do vínculo com o centro de saúde e com os trabalhadores. Para eles, este vínculo pode estar relacionado às mais simples manifestações, mesmo que sejam à prestação do serviço mínimo e à expectativa do “tratamento” da HA.

Eu tenho problema de artrose e ela passou raio x e passou a medicação. Uma vez eu tava com meus pés coçando, cheguei para ela e mostrei e ela disse que eu tinha que todas as vezes que meus pés molhassem eu deixasse eles bem sequinhos para não virar uma micose. Aí cada vez que eu molho meus pés ou tomo banho, eu tenho por obrigação me sentar e secar meus pés, aos cuidados dela, né? Porque se fosse outro passava uma medicação para micose. Acabou e o problema ia continuar ( ) Aí ela foi e disse que, se eu deixasse os pés bem sequinhos ia evitar a micose. **(Usu2)**

A menina agora me atendeu aí verificou minha pressão aí ela, assim ( ) São pequenas coisas que a gente cria o vínculo, aí ela disse: ta alta, ta comendo sal? Fale com o Dr. André. Aí é coisa que a gente pega vínculo. E aí me abraçaram, porque o abraço é muito importante. **(Usu7)**

Neste escopo, destacamos a postura de alguns trabalhadores ao considerarem os problemas emocionais dos usuários. Mesmo que se sintam impotentes para reverter a situação, os trabalhadores constantemente recorrem ao NASF para “resolver” esses problemas considerados complexos pelas equipes.

Já, principalmente pessoas que chegam com pico hipertensivo. Então, tem pessoas que trazem problemas, problemas familiares, eu acho que também é um momento de desabafar no momento da consulta [...] é feito uma conversa com ele e aí ele já é encaminhado para o atendimento com psicólogo do NASF. **(Enf1)**

Olhe a gente estimula a pessoa, você tá tendo algum problema? Alguma coisa? A gente estimula a pessoa a falar, eu tenho até um hipertenso que tem problema psiquiátrico e minha consulta com ele não demora menos de uma hora, porque ele não tem problema hipertensivo, ele tem outras coisas, ele tem esquizofrenia, ele é depressivo [...] tem muitas pessoas que chegam pra gente e dizem, por exemplo, “não Dra. minha pressão minha diabetes tá alta porque eu passei por problema tal”. **(Med2)**

Os trabalhadores referem que os usuários às vezes chegam com pico hipertensivo, agitados, com aparência de quem tem problemas não resolvidos, alguns com apatia, muitos são carentes e com problemas familiares. No entanto, demonstram certo desânimo em tentar proporcionar apoio emocional a estes usuários. Realidade que foi percebida durante a observação e no decorrer de algumas entrevistas.

Assim a gente não tem o preparo completo pra lidar com todos os tipos de problemas e aí a gente recorre a ajuda de outros colegas. Com ele, a gente se sente mais é, é, digamos assim, muito errado em tomar algumas atitudes [...] **(Enf2)**

Isso reforça o que afirmam Coelho e Jorge (2009) com relação a usuário que chega ao CSF: ele quer ser tratado como uma pessoa que tem sua individualidade, que necessita falar de seus problemas relacionados a fatores familiares, emocionais,



sociais, econômicos, entre outros. Muitas vezes, como forma de desabafo, no qual o simples ouvir e chamar aquela pessoa pelo nome, demonstrando interesse pelo que é dito, já traz alívio.

É importante lembrar que o indivíduo com uma doença crônica, como a hipertensão arterial, atravessa períodos de irritabilidade e autodepreciação, onde o processo de adaptação é lento e longo. Muitas vezes apresentam sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza, solidão, que geram angústia e pesar (SILVA; COSTA; RIZZO, 1980).

Compartilhamos com Pinheiro e Oliveira (2011) quando estes afirmam que só podemos transformar o processo de produção da saúde se o centrarmos no sujeito. Desta forma, o acolhimento e o vínculo constituem importantes instrumentos na mudança desse olhar que, por tanto tempo, se centrou somente no processo da doença, esquecendo o sujeito e outros fatores, como os psicossociais, tão importantes na determinação do plano terapêutico.

#### 4.2 CATEGORIA 2 – FLUXO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HA NO CSF

Explorar a dinâmica do cuidado às pessoas com HA permitiu-nos adentrar na micropolítica do processo de trabalho em saúde para compreender quem são seus agentes, o que é ofertado neste cuidado e que conflitos existem.

A dinâmica do cuidado processa-se a partir do que o serviço de saúde oferece, isto é, o serviço de saúde gera sua demanda conforme o que oferta, assim estabelece quem deve bater à sua porta, o que será atendido e de que forma. Este recorte é apreendido pelo usuário nas suas relações sociais, fazendo com que este traga um certo tipo de demanda ao serviço de saúde (MATUMOTO, 2003).

A partir daí, ocorre o encontro entre sujeitos, trabalhadores e usuários podendo resultar em produções de ações de saúde com enfoque no procedimento técnico como finalidade última, resultando em assistência impessoal, fria, endurecida pelas regras.

Os encontros entre trabalhadores de saúde e usuários devem resultar, então, no cuidado. Assim, concordamos com Collière (1999) e Bastos (2008), pois também compreendemos a necessidade deste cuidado para preservação dos valores, das características do ser humano, e da própria vida tanto do indivíduo quanto do grupo social. Bastos (2008) ainda complementa enfatizando a importância de resgatarmos o cuidado nas nossas práticas cotidianas.

O cuidado, portanto, faz parte da experiência humana. Toda a vida dos grupos humanos gira em torno do cuidado, que participa de suas vidas. Sejam aqueles de sobrevivência, voltados para o cotidiano até os de reparação. Desde os cuidados de manutenção da vida até os de recuperação do equilíbrio conforme assinalava os gregos, tornado difícil por algum dano, ou risco, à manutenção dessa existência, e até mesmo, para lidar com a morte (BASTOS, 2008).

A partir deste contexto e semelhante a Bastos (2008), procuramos resgatar a prática do cuidado no centro de saúde em estudo. Na realidade, vivenciamos práticas que fragmentam o cuidado, que possuem como finalidade última não a produção dele, mas a produção de procedimentos e medicalização da vida. Conforme destaca Bastos (2008), hoje se sabe pouco sobre o cuidado e ocorre desvalorização das suas práticas, principalmente aqueles mais próximos do corpo, sobressaindo pouco conhecimento dos seus valores, da sua importância, da sua eficácia, do seu alcance para a saúde das pessoas, sendo esquecido como prática de ação e substituído pelas tarefas rotineiras que devem ser cumpridas.

O cuidado transformou e se parcelou em tarefas rotineiras, automáticas, desumanizadas, descoladas do sujeito e de seu convívio social, hierarquizadas, formais, tecnicistas, com toda a carga de conseqüências daí advindas, e que se revelam no dia a dia dos serviços de saúde (BASTOS *et al.*, 2011).

Também há de se destacar que na maioria dos serviços, o cuidado foi capturado pelas forças instituídas da sociedade. O trabalhador se prende a um roteiro previamente definido, das regras de hierarquização para funcionamento do sistema, atribuições e competências instituídas pelos conselhos profissionais, normatizações de funcionamento do serviço, critérios técnico-científicos para abordar os usuários os quais estratificam o viver (MATUMOTO, 2003).

Há, dessa forma, a necessidade de se construir um cuidado, como uma interação entre dois ou mais sujeitos, objetivando alcançar algum bem-estar; permeado de movimento; com identidade-alteridade, em construção do eu diante do outro e vice-versa; interação; plasticidade, ou seja capacidade para transformar; com um projeto “desenhado” no e pelo “encontro desejante” dos sujeitos; que seja permissivo ao temporal ou histórico e o a-causal (como possibilidade) e que compreenda responsabilidade ou co-responsabilização (AYRES, 2004).

Entretanto, percebemos que o cuidado às pessoas com HA no centro de saúde em estudo é fragmentado por meio de ações individualizantes e pouco articuladas. As ações são desenvolvidas por meio de rotinas previamente estabelecidas. Não são pontuais e possuem acompanhamento necessário à sua continuidade. Porém, não contam com a participação do usuário, pois são centradas na medicalização do sujeito e de sua vida, nos procedimentos, nas consultas médicas e da enfermeira.

Na hora da minha consulta ele pergunta se eu tô tomando o medicamento direito, ele pergunta como é que eu tô tomando, isso daí ele pergunta pra mim, se eu tô tomando direitinho [...] quantos medicamentos eu tomo por dia, toda vida ele pergunta. **(Usu4)**

[...] às vezes se eu tiver dizendo pra ela que tô com dor de cabeça ela passa outro remédio, resolve meu problemas [...]. **(Usu10)**

Sendo assim, o cuidado no CSFEF é dependente do trabalho da enfermagem e da medicina. Isso leva-nos a reflexão, pois o cuidado é a alma da atenção à saúde como assegura Merhy (1998). Tais achados divergem dos resultados de Bastos (2008), pois a autora evidenciou que o cuidado era centrado na enfermeira. No entanto, retomamos o pensamento da mesma autora a qual afirma que assegurar que a enfermeira e, no caso deste estudo, também a médica são a alma do cuidado às pessoas com HA é, sem dúvida, acreditar que sem estes núcleos os usuários se afastam, o serviço e os outros trabalhadores têm dificuldades de conduzir o cuidado, deixando de proporcionar confiança e sensação o cuidado realmente existe.

É notória a relação de confiança entre enfermeira, médica e usuário e o reconhecimento, pelo menos em nível de Centro de Saúde, do seu esforço, demonstrando a energia despendida por esses na garantia de um cuidado resolutivo e co-responsável.

[...] a Enf1 eu não tenho muito contato assim com ela, eu tenho mais com a doutora Med1, mas sempre que eu tô ali precisando, “Enf1 eu estou precisando, minha pressão está alta, minha diabetes não tá bem.” Ela diz: “Usu1 vou dá um jeito, pra vê se a Med1 lhe recebe [...]” **(Usu1)**

[...] mas a equipe graças a Deus sempre é boa, sempre recebe assim, o atendimento da Dra. Med1 é muito bom, num é médico que olha pra você e descarta, ela sempre é assim, a Enf1 também é sempre do mesmo jeito. Se a gente tem outro problema de saúde, se chega a conversar com elas, elas recebem do mesmo jeito. **(Usu2)**

[...] eu pego mais o Dr. Médico e a Enf3, que é os que eu me entendo mais e eles trata a gente aqui muito bem. **(Usu5)**

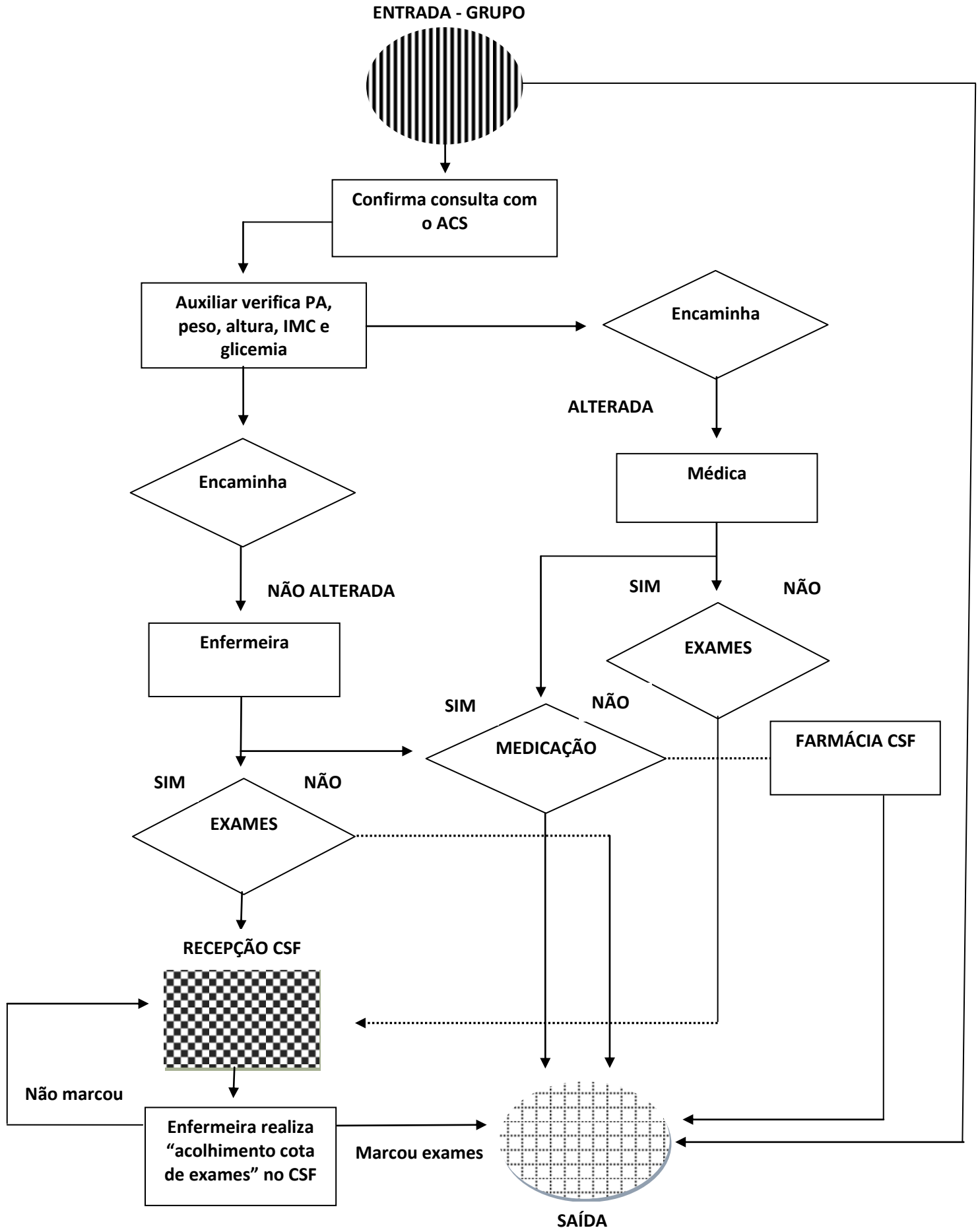
Ele (médico) me conhece assim mais ou menos, agora quem conhece mais é as enfermeiras. Por exemplo, a Enf3, tem mais conhecimento com elas, porque aqui vive trocando de médico, quando a gente vai se acostumando com um médico aí vai e muda. **(Usu4)**

No entanto, não podemos esquecer que o trabalho em saúde necessita da intercessão do usuário com todos os trabalhadores, pois a ação conjunta proporciona a construção de um cuidado composto por diversos olhares e saberes (BASTOS, 2008).

O cuidado deve perpassar por todos os setores (unidades de produção – consultórios médico e de enfermagem, sala de vacina, farmácia) e deve estar presente antes da chegada do usuário ao centro de saúde, passando pela interação das ações, pela sua saída e acompanhando deste usuário após a sua retirada, na família, na comunidade (FRANCO, 2006). Esse processo não foi encontrado no centro de saúde em estudo.

A dinâmica do cuidado ao usuário com HA no CSFEF obedece a uma lógica de organização, baseada na divisão social do trabalho, imposta pelo capitalismo. Esta lógica fragmenta o cuidado: de um lado o saber intelectual e do outro o trabalho “braçal” das auxiliares e técnicas de enfermagem, com mera execução de tarefas, como podemos observar na figura 6:

**Figura 6 – Acesso dos Usuários com HA à Consulta Programada nos Grupos**



Como podemos perceber inicialmente os usuários confirmam a consulta com a ACS e logo após têm verificado seu peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial e glicemia. Dependendo do resultado pressórico, o processo de trabalho é mais uma vez partilhado: os que não apresentam pressão alterada naquele momento consultam-se com a enfermeira. Caso contrário, a consulta será realizada pela médica. As consultas observadas demoraram em média de 30 a 50 min. A partir daí, são distribuídas fichas com o intuito de estabelecer a ordem dos atendimentos. Conforme observamos, esta ordem não se dá por ordem de chegada e sim de prioridades como usuário com pico hipertensivo, deficiente ou idoso. Enquanto esperam, os usuários aconchegam-se em cadeiras plásticas postas em círculo ou enfileiradas.

Após a consulta médica ou de enfermagem, caso haja a prescrição de medicação ou solicitação de exames que o profissional julgar necessário, o usuário vai à farmácia ou recepção do centro de saúde. Caso o usuário não tenha condições físicas de ir até o CSFEF, o acompanhante ou até mesmo vizinhos podem marcar procedimentos para o usuário ou receber medicação. Em caso de encaminhamento o usuário já sai com a solicitação e a referência para a unidade secundária ou terciária.

A espera pela consulta pode ser de até duas horas ou mais, e o atendimento varia entre 30 a 50 minutos. No período em que ficamos inseridos neste cenário, foram realizadas muitas consultas, em torno de 15 a 18, o que demonstra a existência de número considerado de pessoas com HA cadastradas no SISHIPERDIA do CSFEF.

Percebemos, por meio dos discursos dos usuários, conflitos relacionados à demora nas consultas e aos critérios estabelecidos para a ordem do atendimento. Alguns usuários demonstram desafetos e desencontros em seus discursos e revelam insatisfação com a “prioridade” de atendimento.

Eu chego 7 horas e sou atendida, às vezes, eu saí daqui 11:30h, 11:40h, isso é muito ruim. **(Usu5)**

É o que acho aqui, mas eu acho o atendimento ótimo, só mesmo a demora, que eu acho que devia ser mais rápido porque às vezes a gente pega uma ficha aqui, um número 5 e vai sair daqui 10 horas da manhã e isso não existe, num tem condições não, né?! Uma vez eu saí daqui meio dia com a

ficha 7 [...] eu acho muito vagaroso o atendimento, é o que eu acho viu. **(Usu6)**

[...] a gente só fica um pouquinho estressado na hora da divisão de ficha, que o negócio não anda bem, é tanto que às vezes eu passo o dia andando fora aí eu vou passo no posto, mede a pressão, tá normal 12 por 8, mas toda vida que eu venho pra consulta minha pressão aumenta, 16 por 10, 17 ( ) mas por quê?, Porque a tensão começa a aumentar na hora da divisão de ficha. **(Usu3)**

No discurso de Usu3, evidenciamos a insatisfação com os critérios definidos pelos trabalhadores. Notamos uma apelação na fala, quando ele destaca que o aumento das cifras pressóricas está relacionado a essa divisão. Como elemento enunciativo, evidenciamos que a Usu3 admite tensão, afirmando, inclusive, que ela começa na divisão. Questionamo-nos se estes critérios foram pactuados pelo grupo, se os usuários opinaram ou elaboraram eles junto às equipes.

Nas falas seguintes, Usu3 afirma que este descontentamento advém do descontentamento pelos trabalhadores não reconhecerem sua necessidade, além de denunciar que trabalhadores privilegiam algumas pessoas e outras não.

[...] porque aqui mais é o problema da idade, porque tem os idosos [...] aí essa questão mais de idade mesmo, no meu caso aqui eu me sinto [...] um pouco discriminado porque eu sou novo e caba novo com quarenta anos com pressão alta aí quer dizer eu cheguei aqui como de manhãzinha foi no segundo, como não é por ordem de chegada eu vou ser quase o último [...] no caso se eu fosse um empregado eu já tinha perdido um dia de serviço por conta do problema, tem gente que não é empregado [...] eu acho que muitas vezes é por cara, muitas vezes também, pessoa olha assim “ah eu conheço ele há mais tempo, ele é mais legal”. **(Usu3)**

Além dos conflitos e tensões existentes no estabelecimento de critérios para ordem de atendimento, observamos também tensões na unidade de farmácia. Lá os usuários esperam em filas durante 20 ou 30 minutos. O tempo de espera para dispensação do medicamento pelo profissional da farmácia poderia ser menor, às vezes demora até 10 minutos. A fila que se forma na farmácia para buscar os medicamentos necessários para o “tratamento” da HA gera frustrações e desânimo, repercutindo na saúde dos usuários.

[...] chateia se você estiver em qualquer setor numa fila ai você ( ) chega outro as vezes até mais jovem que a pessoa ai passa na sua frente aí você vai ficar chateado [...] Isso ai já influi, né? Chega vem às vezes vem normal ai chega encontra um mal atendimento, ai você altera sua pressão. **(Usu10)**

A espera, porque a gente perde muito tempo aqui, aí chega na farmácia e pega outra fila do tamanho de num sei nem o que. **(Usu5)**

Eu agora, nem que a fila esteja grande, eu tenho que esperar porque eu tô sem nenhuma medicação, eu tô aqui e já tô com dor de cabeça e tem que esperar e eu vou esperar. **(Usu7)**

Como podemos perceber, as filas geram tensões e condicionam os usuários à lógica perversa da organização do serviço. Atrelado a isso, encontra-se o desrespeito de funcionários e de outros usuários. Pode-se dizer que a fila considera o outro como alguém que está à disposição e pode aguardar, pacientemente pelo atendimento neutro e genérico. Vale lembrar o que nos dizem Rolnik e Guatarri (2005) sobre as filas: idéia que fica internalizada em nós e faz a fila existir antes de estarmos realmente na fila, uma subjetividade produzida e reproduzida. Todos os indivíduos postos em ordem na fila são iguais, assim, desconsidera-se a singularidade e subjetividade de cada usuário.

Conflitos também foram perceptíveis quando questionamos os sujeitos (trabalhadores e usuários) sobre o acesso a consultas com especialistas e exames de pequena, média ou alta complexidade. As pessoas com solicitação desses procedimentos encontram dificuldades de acesso. Entram na fila com a solicitação, tentam uma vaga e, em alguns casos, até desistem.

Nessa situação, recorremos a Franco (2006) quando afirma que o investimento no cuidado com acolhimento de qualidade, valorização do vínculo-responsabilização, com enfoque na referência e contra-referência e acompanhamento dos usuários descobre necessidades e buscar resolutividade no atendimento ao nível da rede assistencial da atenção básica.

Durante a coleta dos dados percebemos que as dificuldades de acesso a esses serviços vêm causando problemas não só ao usuário, mas também aos trabalhadores e o CSFEF, refletindo na resolutividade da atenção à saúde das pessoas com HA, como pode ser percebido nos discursos de alguns entrevistados.

Tem a fila de espera, o pior que tem, é o que eu falei a pouco tempo, o pior que tem é isso, a fila de espera você passa um ano, eu já passei um ano esperando um exame [...] **(Usu9)**

Para comprometer ainda mais o precário acesso aos exames, a prefeitura municipal de Fortaleza em setembro de 2011 diminuiu as cotas de exames dos centros de saúde. Exames que em geral eram realizados em quinze dias agora os



usuários só conseguem com um ou dois meses. As falas dos profissionais denunciam esta postura da gestão municipal.

[...] a gente conseguia marcar, mas com a diminuição da cota de exames pela prefeitura, a gente começou a ter dificuldade, mas assim vamos dizer que antes com 15 dias o paciente trazia o resultado pra gente, agora tem caso que é 1, 2 meses e às vezes volta com 2 meses o paciente dizendo “Dra. eu não consegui fazer o exames”, aí lá vai eu pedir tudo de novo, eu acho uma perda de tempo e também de coisa, eu acho que tá errada alguma coisa. **(Med2)**

A gente tem dificuldade sim por que a cota é pequena pra demanda. Então, assim, logo no início do mês a gente já não consegue mais, por que esses pacientes passam os exames necessários e aí isso vai demorando e muitas vezes o paciente não quer tá vindo aqui toda semana. **(Enf2)**

A gente tá tendo muita dificuldade aqui na unidade sobre exame, porque agora, porque o laboratório aqui é terceirizado e tem uma cota de exame e essa cota parece que diminuíram, mais ou menos dia cinco do mês já acabou a cota. Então em relação a exames eu tenho muita dificuldade **(Med1)**.

A organização dos serviços, com isso, pouco auxilia o usuário com HA, que se sente bloqueado, nem o SUS, sai desacreditado, ficando visível, tanto no plano simbólico como no plano de sua experiência concreta, a insuficiência do serviço público para com algumas de suas necessidades de saúde (BASTOS *et al.*, 2011), conforme abordam trechos de discursos a seguir:

[...] você marca que nem o ano passado eu marquei pro doutor otorrino, problema no ouvido, não consegui, não tinha vaga, não tinha vaga, até que desisti, aí ela marcou de novo, será que eu vou conseguir? Tem que ver isso aí, quer dizer, tem certas especialidades que na rede pública é complicado viu? Complicado. **(Usu3)**

Quando tem uma avaliação também oftalmológica precisa fazer o exame de retina, também não demora muito não, até que é rápido. Agora, eu preciso de um neuro. É sonho, lenda. Neurologista é mais difícil, se precisar de uma avaliação endócrino é muito difícil também. **(Med2)**

Percebemos, também, que o cuidado acontece por meio de atividades fragmentadas, com predominância das tecnologias duras e leve-duras e reduzida tecnologia leve, sendo que as atividades desenvolvidas, identificadas, pouco contribuem para a construção do cuidado.

Muitas pessoas com HA atendidas durante as observações apresentaram cifras pressóricas alteradas. Isso reforça a urgência de rever a organização do

atendimento, pois prazos muito longos de tempo entre as consultas e retorno ao centro de saúde quebra a seqüência e eficácia do cuidado.

[...] eles tão sempre voltando, apesar de ser 4 meses, que não tem mais demanda que dê pra fazer de 3 em 3 meses, agora é de 4 meses, se tiver bem compensado é até de 5 meses [...] **(Enf3)**

Os usuários chegam para as consultas, a cada três meses em média, ou a qualquer momento, caso haja necessidade, como já foi dito durante as entrevistas. A distância de três meses entre um e outro comparecimento ao serviço foi considerada longa em que pesem as considerações que este intervalo pode ser maior, cinco meses. Nesse tempo, como afirma Bastos (2008), parece haver um vácuo de cuidado, uma descontinuidade, uma brecha no cuidado que o torna frágil e pouco resolutivo.

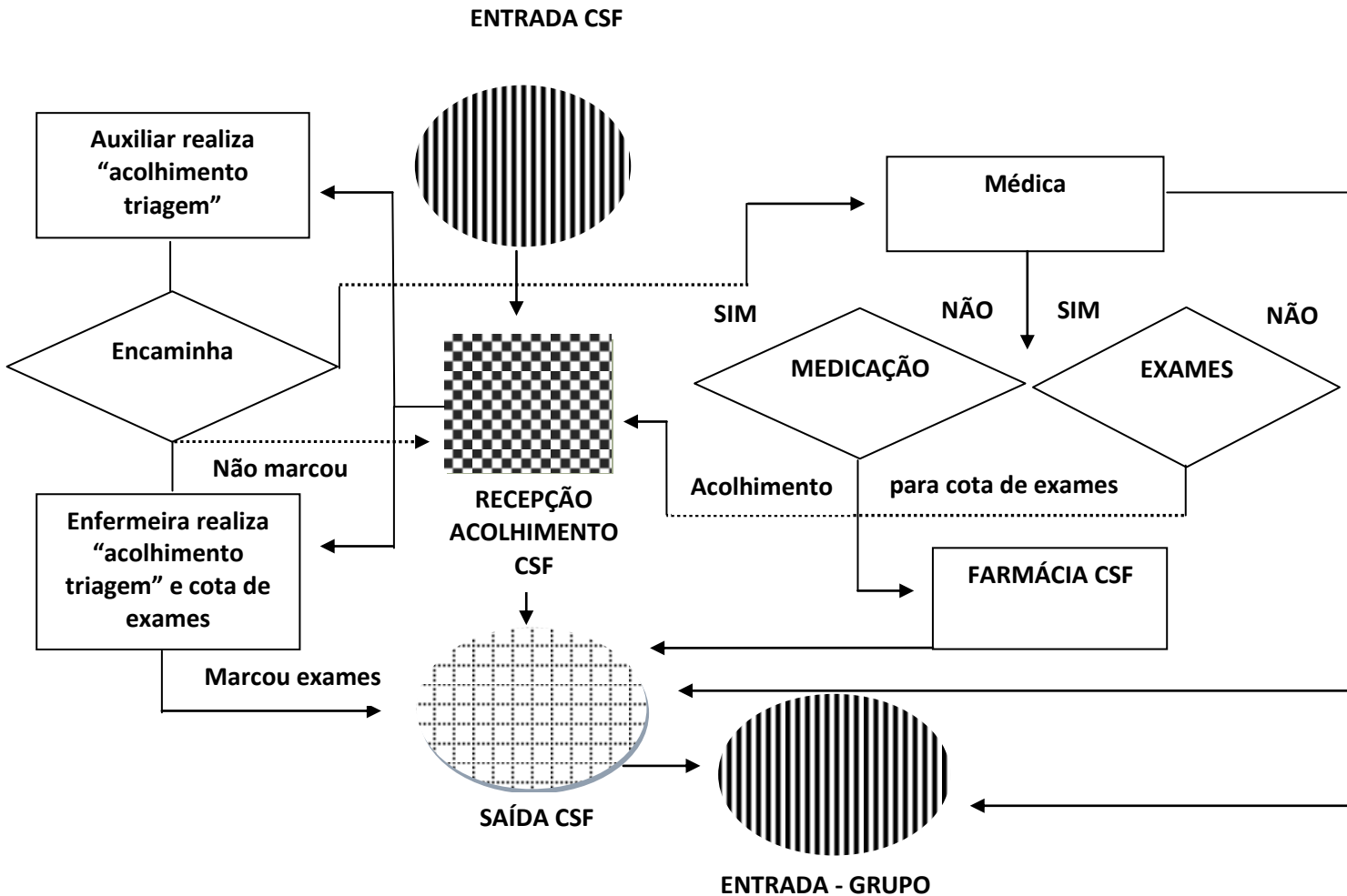
Caso as pessoas com HA necessitem de consulta médica para além dos grupos comparecem bem cedo ao centro de saúde, no dia em que será marcado o médico que buscam. Quando procuram atendimento pela primeira vez, eles se dirigem à recepção, é realizado um acolhimento pela equipe responsável do “dia de acolhimento” e posteriormente eles são encaminhados à consulta médica que providenciará exames e medicação, conforme ilustra a figura 7 e nos seguintes discursos:

Então pacientes que chegam com pico hipertensivo o quê que já é feito no momento? É verificado a pressão de todos e aí quando se identifica que tem um que está com pico hipertensivo, então esse paciente já é automaticamente... é feito uma conversa com ele e aí ele já é encaminhado para o atendimento. **(Enf1)**

Eu chego lá (no grupo) eles (trabalhadores) me recebem mesmo assim porque eles só recebem quando tá agendado, mas se eu tiver sentindo algum problema e não tiver agendado, ali elas fazem de tudo pra me atender, porque sabem que eu preciso. **(Usu2)**

[...] hoje não é dia da minha consulta, mas como eu tenho esse exame para mostrar aí eu vim para mostrar para ele e eu sou recebida igual os outros. **(Usu6)**

**Figura 7 – Acesso dos Usuários com HA pela Primeira Vez à Consulta.**



Se não estiver marcada a consulta e necessitarem de uma extra ou mostrar um exame, os usuários podem ir aos grupos, os profissionais acolhem e eles são inseridos naquele mesmo dia.

Deste modo, o cuidado ao usuário com HA se centra nas consultas, em particular médicas e de enfermagem, com levantamento de queixas, verificação de PA, solicitação de exames, prescrição de medicações, orientações e encaminhamentos a depender das necessidades. Vale ressaltar, ainda, que estas consultas possuem um caráter fortemente prescritivo, centrada no controle pressórico e nos fatores de risco. Os discursos dos trabalhadores de saúde e usuários são coincidentes para a predominância de tecnologias duras e leve-duras no cuidado às pessoas com HA.

Na hora da minha consulta ele pergunta se eu tô tomando o medicamento direito, ele pergunta como é que eu tô tomando, se eu to tomando direitinho,

aí eu como já tô naquele costume, aí eu passo por ele ( ) quantos medicamentos eu tomo por dia, toda vida ele pergunta. **(Usu4)**

Eu pergunto, checo se ele está tomando os medicamentos direitinho, conforme está na prescrição, com relação aos horários e tudo [...] faço o exame físico dele, agora assim não um exame físico bem aprofundado, é mais a ausculta e, depois renovo a receita dele, parabenizo se ele está com a pressão controlada e se ele não está eu reforço a importância de ele manter esse controle que essa pressão controlada. **(Enf1)**

As consultas médicas ocorrem no início do tratamento e sempre que necessário, em caso de intercorrências, problemas com a medicação ou dificuldade com o controle da PA. Obedecem a uma lógica centrada em protocolos assistências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b; 2008) e diretrizes clínicas (DBHA, 2010), conforme verificamos no depoimento a seguir:

É, por que o ideal da consulta médica é pelo menos duas vezes no ano que as diretrizes recomenda [...] a gente acaba que tá decidindo (consulta médica ou de enfermagem) ali na hora de acordo com a pressão de cada um, ou que tem alguma queixa ou não. **(Med1)**

A visão do atendimento como uma rotina de procedimentos ainda está inserida na concepção destes trabalhadores, cuja importância está em seguir padrões de forma “mecânica”, sem reflexão sobre a escuta do usuário para que ele seja atendido em suas necessidades, que muitas vezes é apenas de ser ouvido (COELHO, JORGE, 2009).

Observamos que no cotidiano das práticas de saúde destinadas aos usuários com HA, o cuidado ofertado induz à baixa autonomia de que vivencia esses adoecimento. Além disso, existe uma tendência à medicalização social excessiva, com forte consumo de procedimentos diagnósticos e farmacológicos, além da imposição por parte do trabalhador de saúde de condutas ditas saudáveis.

Para entender esta medicalização a que estão suscetíveis os usuários com hipertensão, recorreremos às colocações de Luz (1996), quando afirma que usuários acometidos por sofrimentos crônicos absorvem as concepções características da cultura hegemônica em saúde que impõe na vida destas pessoas um “tratamento”. O sucesso deste “tratamento” esta relacionado ao processo de peregrinação deste usuário pelos serviços de saúde a fim de conseguir agendamentos, exames, entre outros.

A partir do diagnóstico, leva-se o indivíduo com HA ao agrupamento classificatório do fenômeno hipertensão arterial. A identidade do sujeito é perdida, ele passa a ser conhecido por “hipertenso” com restrições e seus comportamentos passam a ser considerados indesejáveis. Com isso, evidenciamos a presença oportuna da medicalização na vida das pessoas com HA. As práticas medicalizantes, segundo Tesser e Barros (2008) estão ligadas às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina.

Na medicalização, portanto, há uma tendência à redução dos adoecimentos, pela biomedicina, a problemas da “máquina humana” que as tecnologias duras e leve-duras irão resolver (ou, enquanto isso não ocorre, demandam submissão ao “estilo de vida saudável”). E ocorre, ainda, a desvalorização da abordagem do modo de vida, dos valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, 2006).

No modo de funcionamento do estabelecimento, a necessidade do usuário e a produção do cuidado tornam-se marginais, bem como a ação clínica dos trabalhadores voltam-se mais para a produção de procedimentos, recepção e consultas e seu controle. Confirmando essa afirmativa, os trabalhadores de saúde relatam em seus discursos que o objetivo do “tratamento” é assegurar o consumo da medicação, desligando-se de sua existência enquanto sujeito, no sentido de abrir possibilidades de crescimento, ação e responsabilização em relação a si mesmo, seus próximos e seus problemas de saúde.

[...] questão da medicação, desde o fornecimento da medicação é, de orientações básicas de como ele deve se portar, comer. **(Enf2)**

[...] tento colocar para ele o que é que vai ser feito com ele, se precisa de exames, se precisa de medicação, qual é o medicamento que ele vai usar [...] às vezes não consegue o que a gente pede, às vezes até pelo o costume, de mudar os costumes, o estilo de vida eu acho que é uma das coisas mais complicadas de mudar e eu posso até entrar com um bocado de remédio, de medicação, mas mudar de estilo de vida é difícil. **(Med2)**

A fala da Med2 demonstra que ela reconhece que a construção de sujeitos é tarefa difícil, enquanto que enquadrar os usuários em diagnóstico e submetê-lo a medicalização e intervenções é mais fácil.

Percebemos que as pessoas com HA e sua história, na abordagem biomédica, são metamorfoseados em história clínica e dados de exame físico. Estes permitem a geração a mobilização de técnicas diagnósticas mais ou menos intervencionistas cujo fim é construção de um plano terapêutico que opera ou tenta operar apenas identificação da doença e no corpo.

Eu pergunto, checo se ele está tomando os medicamentos direitinho, conforme está na prescrição, com relação aos horários e tudo e sempre toco nos pontos do tratamento não farmacológico, da dieta com pouco sal, se ele ta fazendo atividade física, dieta com pouca gordura e, reforço as orientações independente de ele está seguindo ou não, essas orientações eu reforço, faço o exame físico dele, agora assim não um exame físico bem aprofundado, é mais a ausculta e, depois renovo a receita dele, parabenizo se ele está com a pressão controlada. (Enf1)

Percebemos que as pessoas com HA e sua história, na abordagem biomédica, são metamorfoseados em história clínica e dados de exame físico. Estes permitem a geração a mobilização de técnicas diagnósticas mais ou menos intervencionistas cujo fim é construção de um plano terapêutico que opera ou tenta operar apenas identificação da doença e no corpo.

Eu pergunto, checo se ele está tomando os medicamentos direitinho, conforme está na prescrição, com relação aos horários e tudo e sempre toco nos pontos do tratamento não farmacológico, da dieta com pouco sal, se ele ta fazendo atividade física, dieta com pouca gordura e, reforço as orientações independente de ele está seguindo ou não, essas orientações eu reforço, faço o exame físico dele, agora assim não um exame físico bem aprofundado, é mais a ausculta e, depois renovo a receita dele, parabenizo se ele está com a pressão controlada. (Enf1)

Analisando o depoimento da Enf3, visualizamos que na saúde há hoje uma urgência de abertura para a alteridade, como refere Ayres (2001) para com o usuário e suas necessidades. Dessa maneira, Bastos (2008), aludindo às concepções de Ayres (2001), destaca que construir o sujeito é colocar o outro no centro das atenções, estimulando seu protagonismo, diminuindo impasses e dificuldades da comunicação e da participação, criando espaços de manifestação do seu pensamento, das suas ações e respeitar e partilhando saberes, cultura e modos de ver e viver a vida.

Notamos em nossas observações, que feito o diagnóstico, o “doente” é convidado a aceitar a as intervenções propostas pelos trabalhadores e isso está atrelado ao grau de sucesso do “tratamento”. O usuário com HA, enquanto sujeito, praticamente não aparece: é portador de fatores de risco, genéticos,

comportamentos de risco, todas coisas que são do âmbito de sua vida, mas que lhe ficam estranhas no isolamento e na objetivação biomédica, por mais seus que possam ser (TESSER, 2006).

Percebemos que o poder concentra-se nos trabalhadores, ficando o espaço do usuário restrito à observância das prescrições principalmente em relação às medicações, ao comparecimento e pontualidade às consultas marcadas, realização de exames também na data aprazada e, alimentação conforme orientação.

Notamos também que o manuseio do dispositivo acolhimento também obedece a uma lógica medicalizante. Os trabalhadores enfatizam em seus discursos a necessidade de acolhimento e vínculo para que seja garantida a adesão do usuário ao “tratamento”. No entanto, esta concepção representa o risco das relações acolhedoras burocratizarem-se, voltando-se para a doença, as intercorrências e o sintoma numa perspectiva medicalizante.

[...] eu acho que isso (acolhimento e vínculo) é umas das estratégias que podem fazer diferença na adesão desse paciente, se ele se sente acolhido, se ele se sente vinculado, se ele sente que aquela equipe pode lhe dá o mínimo de resposta. **(Enf2)**

Para mim é essencial, é fundamental para que o paciente hipertenso tenha adesão ao tratamento e como eu até vou repetir, se aquele usuário confia em ti é bem mais fácil com que ele faça, siga as orientações que você fornece, do que se ele não confiasse. Então eu acho que isso é o ponto chave do tratamento anti-hipertensivo, além de outros [...] **(Enf1)**

Durante a consulta nos grupos, observamos que as práticas acolhedoras e os laços afetivos entre os sujeitos possuem uma abordagem que não busca resolver as necessidades dos indivíduos. Os trabalhadores referem em seus discursos que a importância destes dispositivos se dá somente na perspectiva de garantir a adesão ao tratamento farmacológico e as mudanças no estilo de vida e não de gerar autonomia ao usuário.

[...] por que eu acho que isso é umas das estratégias que podem fazer diferença na adesão desse paciente, se ele se sente acolhido, vinculado, se ele sente que aquela equipe pode lhe dar o mínimo de resposta, ou até um ato de resposta, digamos assim, que a gente pode resolver muitas coisas [...] **(Enf3)**

[...] se aquele usuário confia em ti é bem mais fácil com que ele faça, siga as orientações que você fornece, do que se ele não confiasse [...] é uma grande conquista pra adesão ao tratamento quando você consegue essa

confiança do hipertenso em você, no seu trabalho. Então eu acho que é um dos pontos chaves mesmo. **(Enf1)**

Faz-se necessário, então, a construção e estímulo para o “encontro desejante” de que trata Ayres (2001) e lembrado por Bastos (2008). Há a premência de, nas práticas de cuidado, priorizar as relações, a inter-subjetividade, a elaboração de projeto de vida, não centrado somente na doença. Os usuários com HÁ precisam (re)descobrir e (re)inventar seus modos de viver, exaltando e pontuando sua autonomia e subjetividade, desprendendo-se do que seria a clínica ou cuidado da doença e não do sujeito.

Trabalhadores de saúde são coincidentes em seus discursos que o objetivo do “tratamento” é assegurar o consumo da medicação, desligando-se de sua existência enquanto sujeito, no sentido de abrir possibilidades de crescimento, ação e responsabilização em relação a si mesmo, seus próximos e seus problemas de saúde.

[...] questão da medicação, desde o fornecimento da medicação é, de orientações básicas de como ele deve se portar, comer. **(Enf2)**

[...] tento colocar para ele o que é que vai ser feito com ele, se precisa de exames, se precisa de medicação, qual é o medicamento que ele vai usar [...] às vezes não consegue o que a gente pede, às vezes até pelo o costume, de mudar os costumes, o estilo de vida eu acho que é uma das coisas mais complicadas de mudar e eu posso até entrar com um bocado de remédio, de medicação, mas mudar de estilo de vida é difícil. **(Med2)**

Diante do exposto, acreditamos que procedimentos e exames são necessários para o projeto terapêutico das pessoas com HA, porém defendemos que este projeto centre-se no sujeito e suas necessidades, que siga na direção de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2005; 2006a; CUNHA 2007). Algo como uma “desconstrução” da clínica biomédica e invenção de novos modos e abordagens dos problemas de saúde.

Ao perceber o cuidado às pessoas com HA no CSFEF, compartilhamos com Tesser (2010) acerca da necessidade de se construir a autonomia destes sujeitos, uma vez que a realização de uma atenção à saúde “desmedicalizante” produz autonomia, mas, simultaneamente, oferece perspectivas de ação, interpretações para seus problemas, convites para a manutenção da esperança, terapêuticas que possam ser uma possibilidade de movimento em direção à solidariedade e ao auto-



serviço, à responsabilização e ao aprendizado vivencial, portanto, ao resgate da autonomia.

A interação medicalizante entre usuário-trabalhador-serviço destitui os sujeitos de sua autonomia e de seu poder, bloqueia o acesso a informações, impede a construção conjunta que leva à reflexão, à intervenção, a perceber e atuar sobre suas limitações e dependências e construir o bem-estar (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Com isso, devemos refletir sobre a forma como o cuidado se desenvolve, intervir na forma como esse trabalho vivo se dá, a fim de reverter atitudes pouco sensíveis e desenvolver ações mais integralizadas. Deve-se escutar as queixas em relação ao serviço, tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores, onde foram percebidas como linhas de tensões e conflitos, conforme ressaltam Santos *et al.*(2007), para que as ações de saúde promovam bem estar (BASTOS *et al.*, 2011).

No centro de saúde em estudo, encontramos importantes atividades de recepção, informação, marcação de consultas e exames, manutenção, limpeza e higienização e liberação de medicações aos usuários com HA. Entretanto, observamos dificuldades de acesso a exames e consultas com especialistas, bem como observamos ações de saúde fragmentadas, produtoras de procedimentos e com intensa medicalização social do sujeito com este adoecimento crônico.

Apesar do acolhimento, do vínculo com responsabilização, o CSFEF necessita do desenvolvimento de ações de cuidado integradas com uma clínica ampliada, capaz de considerar os sujeitos em todo o seu processo-saúde-doença-cuidado.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entendemos que o acolhimento às pessoas com HA no CSFEF existe e é explorado a partir de linhas de fuga, embora o acolhimento realizado esteja distante de um elemento disparador de autonomia, pois ele existe como triagem ou como uma tentativa de garantir a adesão ao tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco.

Vale ressaltar que o desejo, o esforço das equipes em garantir o acesso dos usuários com HA, inclusive transferindo-se, rompendo barreiras e penetrando no território vivo da comunidade, ou seja, o esforço das equipes para garantirem acesso, ao se desterritorializarem de seus consultórios, ao se desprenderem do atendimento tradicional, demonstra o desejo e a disponibilidade de ajuda e solidariedade.

Percebemos o vínculo e a aproximação existente entre os usuários os trabalhadores de saúde que os atendem e os acompanham em seus projetos terapêuticos. A perspectiva de que o vínculo tem a ver com o tempo em que os usuários permanecem no CSF, a longa duração do tratamento, com os modos como eles se vinculam aos serviços e aos trabalhadores de saúde, bem como com a forma como tais usuários são recebidos e acompanhados. Os trabalhadores de saúde demonstram respeito aos usuários com HA, evidenciado nos discursos das pessoas com HA. Nesse sentido, a análise de enunciação de Bardin (2009), foi bastante útil para descobrir as nunces, as interpolações, abstraídas pelas forças instituintes que influenciam na vivência dos diversos sujeitos que compõem a micropolítica do cuidado em saúde.

No que diz respeito à responsabilização, há dificuldades relacionadas ao acesso a consultas. Contudo, há a disponibilidade por parte dos trabalhadores de saúde para com a necessidade dos usuários, demonstrando responsabilização pelas demandas de saúde dos das pessoas com hipertensão arterial. O cuidado ainda se encontra focalizado e restrito a consultas nos grupos e na distribuição de medicamentos, sendo desenvolvido de forma compartimentada, pontual, superficial, porém existe acolhimento e vínculo e certa responsabilização.

No entanto, ainda prevalece um modo sumário e burocrático de produzir cuidado, evidenciado pelas consultas centradas em procedimentos e com forte medicalização social, mostrando que o usuário com HA ainda não é o centro deste cuidado. Isso também foi demonstrado pela atenção estruturada no binômio médico-enfermeiro, deixando os outros trabalhadores à margem do cuidado. Fato observado nos discursos destes profissionais, pois afirmaram suas deficiências quanto aos problemas sociais e emocionais.

Os resultados alcançados nos permitem inferir também que a atenção à saúde Centro de Saúde da Família cenário deste estudo, se encontra estruturada e, não tão distante daquilo que preconiza o SUS, no que concerne ao acesso, ao vínculo-responsabilização, porém se distancia com relação à própria dinâmica do cuidado, uma vez que foram percebidas dificuldades em relação à construção do cuidado e ao acesso a exames e consultas com especialidades.

Há necessidade premente de um esforço conjunto de defesa e re-afirmação do SUS como suporte do direito à saúde, como uma política de promoção e inclusão social em constante e contínua defesa da vida, em todas as suas manifestações.

Notamos, assim, que muitas máquinas desejantes foram criadas para que se quebre as barreiras físicas. Para que se construam relações com o objetivo de co-responsabilizar e gerar autonomia, mudanças devem passar pelo modelo de organização dos serviços, pelo planejamento, detendo-nos na reconstrução dos seus sujeitos e na sua formação.

Não podemos, para finalizar, deixar de citar Matumoto (2003) quando nos diz que aprendemos a acolher com o tempo, o necessário para o processo de mudança, embora freqüentemente vemo-nos atravessados pela lógica do “tempo zero, distância zero”. É preciso dar tempo ao tempo, pois, o tempo cronológico é diferente do tempo da mudança, o tempo dos limiares dos fluxos, das intensidades, das diferenças que provocam estados inéditos em nós, para devir-nos outro.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. V.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na Atenção Médica ao Paciente com Hipertensão Arterial no Programa Saúde da Família. **Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, 2006.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 106-115, 2007.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; LIMA, W. C. M. B.; OLIVEIRA, S. S.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B.; MARTINS JR., D. F. JESUS, S. R. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. **A Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EdUFBA, 2010, p. 13-38.

\_\_\_\_\_. M. M. A.; VILLA, T. C. S. NASCIMENTO, Maria A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 815-823, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 8, n.14, p. 72-92, 2004.

\_\_\_\_\_. J. R. C. M. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em Serviços de Saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 1, p. 113-120, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Lidel, 2009. 225p.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 235p.

BASTOS, L. S.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; OLIVEIRA, L. C. F. Construção da Integralidade no Cuidar de Pessoas com Diabetes *Mellitus* em um Centro de Saúde em Feira de Santana-BA. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1417-1426, 2011.

\_\_\_\_\_. L. S. **Integralidade no Processo de Cuidar de Pessoas com Diabetes Mellitus em um Centro de Saúde de Feira de Santana – BA**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana. 2008. 169 p.

BOURGUIGNON, J. A. O Processo da Pesquisa e suas Implicações Teórico-metodológicas e Sociais. **Revista Emancipação**, n. 6, v. 1, p. 41-52, 2006.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a Promoção, Prevenção e Controle de DCNT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 138 p.

CAMARGO JR., K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da Atenção Básica pela Ótica Político-institucional e da Organização da Atenção com Ênfase na Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A, C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, 2007.

\_\_\_\_\_. G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

\_\_\_\_\_. G. W. S. Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, Hucitec, 2006b, p. 29-87.

\_\_\_\_\_. G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO R. T. (Orgs). **O Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006a, p. 229-266.

\_\_\_\_\_. G. W. S. Reflexões sobre a Clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Health Practices, Constructed Meanings and Senses: theoretical instruments to help the interpretative analysis. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, n.29, p.313-326, 2009.

CARVALHO, S. R., CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O Cotidiano da Vida de Hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.145-153, 2000.

CAVALCANTE FILHO, J. B.; VACONCELOS, E. M. S.; CECCIM, R. B.; GOMES, L. B. Acolhimento Coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, n.31, p.315-328, 2009.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Ceará. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Ceará**. Fortaleza: SESA, 2007

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual das equipes de saúde da família**. 2. ed. Fortaleza: SESA, 2005. 346p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das Relações como Dispositivo do Atendimento Humanizado na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva do Acesso, do Acolhimento e do Vínculo. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. n. 1, v. 14, n. 1, p.1523-1531, 2009.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a Vida**. 2 ed. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, 1999.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DELEUZE, G. **Conversações**. 2. ed. São Paulo: Editora. 34, 2010. 226p.

\_\_\_\_\_. G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998. 179p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (Orgs). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; NEMES, M. I. B.; IYDA, M. Motivos do Abandono do Seguimento Médico no Cuidado a Portadores de Hipertensão Arterial: a perspectiva do sujeito. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2063-2010, 2010.

FELIPE, G. F. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos Contemplados na Consulta de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão Atendido no Programa Saúde da Família **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42. n.4, p. 620-627, 2008.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J. TURATO, R. J. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em 12 outubro 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **História da Cidade**. Imprensa Municipal, 2007.



FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp (Campinas-SP). In: MERHY, E. E. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006, p 135-60.

\_\_\_\_\_. T. B.; MAGALHÃES JR., H. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2006, p. 125-33.

\_\_\_\_\_. T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim-MG. In: MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2006, p. 37-54.

\_\_\_\_\_. T. B. Fluxograma Descritor de Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.161-98.

\_\_\_\_\_. T. B.; MERHY, E. E. A produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação nos espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 181-193.

\_\_\_\_\_. T. B.; PANIZZI, M.; FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde in **Divulgação em Saúde para Debate**, N. 30, Rio de Janeiro, Março, 2004.

\_\_\_\_\_. T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, P. **Educação, Atualidade Brasileira**. São Paulo: Cortez Editora/Instituto Paulo Freire, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V R.; SANTOS, A. A. Controle da Pressão Arterial em Pacientes Atendidos pelo Programa HIPERDIA em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.17, n. 3, p.132-9, 2010.

GOMES, M. C. P. A., PINHEIRO, R. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 17, p.2 87-301, 2005.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005. 195p.

GUSMÃO, J. L.; GIANINI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. F. MION JR., D. Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.16, n. 1, p.38-43, 2009.

HIPERTENSÃO Avança e Atinge 24,4% dos Brasileiros. **Portal de Notícias do Ministério da Saúde**, Brasília, 26 abr. 2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11290](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11290). Acesso em: 26 setembro 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos censitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo**. Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 de setembro de 2010.

IDE, C. A. C. Atenção ao Doente Crônico: um sistema teórico-instrumental em resignificação. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO, E. T.; SOUSA, A. L. L. A Abordagem Não Medicamentosa do Paciente com Hipertensão Arterial. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SAOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental e Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-60, 2011.

KEARNEY, P. M., WHELTON, M., REYNOLDS, K., MUNTNER, P., WHELTON, P. K., HE, J. Global Burden of Hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**. v. 5, n. 365, p. 217-223, 2005.

LE MOS, D. M.; FUNDÃO, L. N.; FERREIRA, M. V. L.; MILL, J. G.; MOLINA, M. C. B. Redução quantitativa do risco cardiovascular no tratamento da hipertensão arterial em unidade do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 117-125, 2006.

LUNA, R. L. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Série Estudos em Saúde Coletiva 62, 1996.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do Modo de Vida de Portadores de Hipertensão Arterial: o objetivo e subjetivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. 4, p. 573-580, 2007.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O Percurso da Linha do Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.14, n.34, 2010.

\_\_\_\_\_. D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no Contexto do SUS. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

\_\_\_\_\_. D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.319-330, 2007.

\_\_\_\_\_. D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T., MERHY, E. E. Mudando o Processo de Trabalho na Rede Pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 21-34, 2000.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P. Preparando a Relação de Atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 223-230, 2009.

\_\_\_\_\_. S. **Encontros e Desencontros entre Trabalhadores e Usuários na Saúde em Transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 214f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

\_\_\_\_\_. S. **O Acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MENDES-GONÇALVES, R.B.M.; **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**; HUCITEC, São Paulo, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. E. E. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

\_\_\_\_\_. E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006a.

\_\_\_\_\_. E. E. *et al.* Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

\_\_\_\_\_. E. E. O ato de cuidar, a Alma dos Serviços de Saúde. Texto didático. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil. **Cadernos de Texto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição Técnica do Trabalho em Saúde Centrada no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves. Apostando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

\_\_\_\_\_. E. E.; FRANCO, T. B. Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, Hucitec, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. E. E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.15-36.

\_\_\_\_\_. E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, HUCITEC, 3. ed. 2002.

\_\_\_\_\_. E. E. O SUS e um dos Seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. E. E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA D. C. *et al.* (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM, 1998, p.1-23.

\_\_\_\_\_. E. E. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. C. O. (Org). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 117-160.

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação de Vínculo no Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 43, v. 2, p. 358-364, 2009.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S.; CAETANO, J. A. Aplicação do Modelo de Crenças em Saúde na Adesão do Trabalhador Hipertenso ao Tratamento. **Revista Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das Doenças Crônicas Não-transmissíveis na Concessão de Benefícios pela Previdência Social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 6, p. 1661-1672, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, p. 669-688.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec,/ABRASCO, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A Contribuição do Acolhimento e do Vínculo na Humanização da Prática do Cirurgião-Dentista no Programa Saúde da Família. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.15, n.36, p.187-98, 2011.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z.; ANDRADE, A. S. Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 293-302, jul/set 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNLGER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O Processo de Trabalho da Enfermagem na Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente Comunitário de Saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p 907-915, 2010.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B.. Vínculo e Autonomia na Prática de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2007.

\_\_\_\_\_. A. M., ASSIS M. M. A., RODRIGUES A. A. A. O. Nascimento M. A. A., Jorge M. S. B. Linhas de Tensões no Processo de Acolhimento das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 1, p. 75-85, 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA JR., R. A. G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1998.

SILVA, A. L. C.; COSTA, H. G.; RIZZO, L. M. G. O Enfermeiro e o Paciente em Tratamento de Longa Duração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.356-364, 1980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo (SP): SBH; 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/Dfid, 2004.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e Transformações no Processo de Trabalho de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Construção **da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

\_\_\_\_\_. R. R. Agenciamentos Tecnosemiológicos e Produção de Subjetividades: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

TESSER, C. D. (Org.) **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. 245p.

\_\_\_\_\_. C. D.; POLI NETO. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (Des) medicalização Social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

\_\_\_\_\_. C. D.; BARROS, N. F. Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 42, n. v 5. p. 914-920, 2008.

\_\_\_\_\_. C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TOLEDO, M. A.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007.

XIMENES NETO, F. R., MELO, J. R. Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica em Saúde: uma análise das práticas do enfermeiro. **Revista Enfermería Global**, Murcia, v. 23, n. 6, p 1-16, 2005.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão Arterial em Idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.



## APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Leilson Lira de Lima, discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Acolhimento e Vínculo no Cuidado a Usuários com Hipertensão Arterial Acompanhados na Estratégia Saúde da Família”. Com ela pretendemos analisar o acolhimento e vínculo às pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-CE. Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Se necessário, pode entrar em contato com as coordenadoras da pesquisa: Leilson Lira de Lima (85 88373229) e Thereza Maria Magalhães Moreira (85 99353376). Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo fone 85 31019890.

\_\_\_\_\_  
Leilson Lira de Lima  
(Orientando)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira  
(Prof<sup>a</sup>. Orientadora)

Tendo sido informado sobre a pesquisa “Micropolítica do Cuidado a Usuários com Hipertensão Arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização”, concordo em participar da mesma.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Polegar Direito



APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE  
SAÚDE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

**I – Dados de identificação**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Formação Profissional: \_\_\_\_\_ pós-graduação: ( )  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não  
 Tempo de formado: \_\_\_\_\_  
 Tempo de atuação: \_\_\_\_\_  
 Instituição onde atua: \_\_\_\_\_  
 Tempo de atuação na Instituição: \_\_\_\_\_  
 Vinculo empregatício: \_\_\_\_\_  
 Remuneração: \_\_\_\_\_

**II - Questionamentos sobre:**

Fale como é realizado o acolhimento aqui no posto de saúde.

Fale sobre o momento da consulta. Como é realizada?.

Fale sobre suas relações com os usuários com HA.

Comente sobre a marcação de exames, consultas quando você solicita.

Fale sobre as atividades realizadas para recepcionar os usuários aqui no posto de saúde.

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA****I – Dados de identificação:**

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade (anos): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Motivo pelo qual procurou o posto pela primeira vez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de Tratamento: \_\_\_\_\_

Medicação utilizada: \_\_\_\_\_

Acesso a unidade: \_\_\_\_\_

**II - Questionamentos sobre:**

Fale como o Sr (a) é atendido quando no posto de saúde (tempo que espera, como lhe recebem).

Fale sobre o momento da consulta. Como é realizada? Existe disponibilidade por parte dos trabalhadores para ouvir suas necessidades, sua vontade, seu desejo.

Fale sobre suas relações com as pessoas que trabalham neste posto de Saúde.

Comente sobre a marcação de exames, consultas quando você necessita.

Fale sobre as atividades realizadas para lhe recepcionar no posto de saúde.

## APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

#### Elementos de referência

1. Relações interpessoais entre trabalhadores e usuários
2. Relações dos usuários com o serviço
3. Ações desenvolvidas
4. Acomodação dos usuários
5. Concepções sobre acolhimento e vínculo
6. Atividades de recepção
7. Responsabilização das equipes para com as necessidades dos usuários
8. Capacidade de resolver problemas
9. Organização do processo de trabalho
10. Fluxo do cuidado

## APÊNDICE E – OFÍCIO PARA AUTORIZAÇÃO DE APROXIMAÇÃO COM O CAMPO



Universidade Estadual do Ceará – UECE  
Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa – Propgpq  
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – CMASP

Ilma. Sra. Coordenadora do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza-CE,

Solicito a Vossa Senhoria a autorização para realizar a pesquisa “Acolhimento e Vínculo no Cuidado a Usuários com Hipertensão Arterial Acompanhados na Estratégia Saúde da Família”, sob orientação da Profª. Drª. Thereza Maria Magalhães Moreira, no período de abril a julho de 2011, especificamente no Centro de Saúde da Família (CSF) EF.

Informo, também, que após a autorização desta instituição o projeto de pesquisa será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará a fim de garantir que os direitos dos participantes serão assegurados conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa terá como participantes quarenta sujeitos entre trabalhadores e usuários com hipertensão arterial.

Agradecido,

---

Leilson Lira de Lima

Enfermeiro

Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE

Ilma. Sra.

Drª. A. P. C. R. B.

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza-CE.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**Governo do Estado do Ceará**  
**Fundação Universidade Estadual do Ceará**  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE**

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi  
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce  
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 20 de março de 2011.

**IDENTIFICAÇÃO**

Título: Acolhimento e vínculo no cuidado a usuários com hipertensão arterial acompanhados na estratégia saúde da família  
 Folha de rosto: FR-402130  
 Processo Nº: 10725943-5  
 Pesquisador responsável: Leilson Lira de Lima  
 Área temática: Saúde

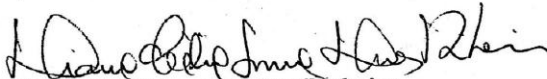
**RESUMO**

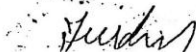
O projeto tem como objetivo geral Descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde-usuários, que geram vínculo e acolhimento no cuidado às pessoas com hipertensão arterial na equipe de Saúde da Família (ESF) e Identificar o fluxo do cuidado ao usuário com hipertensão arterial na ESF. É um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada em Fortaleza em um Centro de Saúde da Família (CSF) Edmar Fujita pertencente a SER VI – programa HIPERDIA. Participarão da pesquisa trabalhadores de saúde dos níveis superior e médio pertencentes à ESF. Farão parte do estudo 40 indivíduos (trabalhadores e usuários). Serão incluídos os trabalhadores com no mínimo um ano de serviço na equipe e atuar no atendimento direto às pessoas com hipertensão arterial; sendo excluídos aqueles que estão de férias ou de licença. Por outro lado, serão incluídos usuários cadastrados no HIPERDIA, ser maior de 18 anos, frequentar o CSF e estar em acompanhamento há no mínimo um ano, sendo excluídos indivíduos com disfonia, disartria ou desorientação. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturadas com questões norteadoras e observação sistemática utilizando um roteiro e um diário de campo para registro. As informações obtidas serão analisadas através da análise de conteúdo proposta por Minayo. As informações serão tratadas com confidencialidade e os resultados divulgados respeitando os preceitos éticos. Apresenta TCLEs adequados para trabalhadores e usuários. Orçamento e cronograma compatíveis ao estudo. A folha de rosto está preenchida adequadamente. Estão anexados os roteiros de entrevistas. Informa a existência de CV na plataforma Lattes. Os custos da pesquisa são por conta dos pesquisadores.

**PARECER**

O tema do projeto é relevante, podendo haver retorno à comunidade. O protocolo de pesquisa apresentado atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.

**OBS: Deverá ser enviado ao CEP um relatório ao final do projeto.**

  
 Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro  
 Coordenadora do CEP/UECE





## ANEXO II – OFÍCIO DE LIBERAÇÃO PARA APROXIMAÇÃO COM CAMPO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.  
Dra. Rosane de Lucca Maerschner.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“ACOLHIMENTO E VÍNCULO O CUIDADO A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEISON LIRA DE LIMA** é discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

- - A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelo pesquisador.
- A pesquisa será realizada no Centro de Saúde da Família Edmar Fujita na SER VI.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **ABRIL A JULHO DE 2011**.
- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 02 de março de 2011.

.....*Brilhante*.....

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola