UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVANA MARIA COELHO LEITE FAVA

**Os significados da experiência da doença e do tratamento para a
pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de
cuidado à saúde: um estudo etnográfico**

Ribeirão Preto
2012

SILVANA MARIA COELHO LEITE FAVA

**Os significados da experiência da doença e do tratamento para a
pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de
cuidado à saúde: um estudo etnográfico**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo do cuidar do
adulto com doenças agudas e crônico-
degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Suely Nogueira

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGráfICA

Fava, Silvana Maria Coelho Leite

Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico. Ribeirão Preto, 2012.

270 p. : il. ; 30 cm

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônicas-degenerativas.

Orientadora: Nogueira, Maria Suely.

1. Hipertensão. 2. Cultura. 3. Enfermagem. 4. Etnografia.
5. Adesão do paciente.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FAVA, Silvana Maria Coelho Leite

Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do
adulto com doenças agudas e crônico-
degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Suely Nogueira

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, por sempre acreditarem em minha capacidade para vencer os desafios, pelo estímulo e apoio incondicionais.

Sem vocês, não seria possível a conclusão deste projeto de felicidade.

Esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer na fé e pela proteção nesta caminhada, suporte necessário para vencer mais esta etapa!

À Profa. Dra. Maria Suely Nogueira, minha orientadora, pela sensibilidade que sempre demonstrou ao me perceber como ser humano em constante busca pelo conhecimento para o aprimoramento profissional. Obrigada pelo respeito e pela confiança e por sua maneira de acompanhar e conduzir-me nesta trajetória. A sua sensibilidade, confiança, competência, humildade e disponibilidade foram decisivas para a construção deste estudo.

Às Profas. Dras. Márcia Maria Fontão Zago e Maria Cristina Silva Costa, pelo exemplo intelectual, atenção, dedicação, disponibilidade e pelas valiosas contribuições e apoio para que eu trilhasse caminhos até então desconhecidos da antropologia e da etnografia para a realização deste estudo.

À Universidade Federal de Alfenas, em especial ao Reitor Prof. Dr. Paulo Márcio de Faria e Silva, e, na gestão anterior, ao Reitor Prof. Dr. Antônio Martins de Siqueira e ao vice Roberto Martins Lourenço, a Pró-reitoria de Graduação e Pós Graduação e Pesquisa e aos colegas de trabalho da Escola de Enfermagem pela compreensão, pelo apoio e pela diponibilidade.

Aos docentes do Curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, meus agradecimentos pela acolhida, pela contribuição e pela aprendizagem.

À banca examinadora, pela disponibilidade, empenho e sugestões.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família - Unidade Santos Reis, pela disponibilidade, pelo respeito, pela atenção, pela confiança e pela oportunidade em compartilhar espaços e saberes para a elaboração deste estudo.

Aos informantes, que abriram não apenas as portas, mas, sobretudo, que se abriram para que pudéssemos conhecer o seu modo de pensar e de conviver com o adoecimento crônico.

À Profa. Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves pela acolhida, pela confiança e pelo incentivo que, com todo o saber, me fez aproximar dos princípios de Vygotsky e reconhecer a potencialidade desse referencial para o desenvolvimento de estudos na enfermagem.

À Profa. Eugenia Velludo Veiga, pela acolhida, pela confiança, pelo estímulo e pela oportunidade para ampliar os conhecimentos relacionados à Hipertensão Arterial.

À Profa. Giseli Bastos Singi, pelo empenho e pela dedicação.

Aos colegas da Pós-graduação, pelo prazer da troca e da convivência.

As colegas da Oficina de Esfingmomanometria, obrigada, pela oportunidade da convivência e da troca de conhecimentos.

Nesta caminhada, **muitos amigos** contribuíram e se fizeram presentes. Nomeá-los fica difícil em tão pouco espaço. Por isso, minha eterna gratidão pelo companheirismo constante.

A todas as pessoas que me incentivaram para a realização deste estudo, minha profunda gratidão!

Ao CNPq, que subvencionou recursos para a concretização do presente estudo.

Não há saber mais ou saber menos
Há diferentes saberes

Paulo Freire

RESUMO

FAVA, S.M.C.L. **Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico.** 2012. 270f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Este estudo teve como objetivo interpretar os significados que as pessoas com hipertensão arterial sistêmica atribuem à doença e ao tratamento e à produção dos cuidados em saúde. Para interpretar tais experiências, foram adotados os referenciais da antropologia interpretativa de Clifford Geertz e da antropologia médica de Arthur Kleinman e do método etnográfico. Participaram deste estudo 22 pessoas com hipertensão arterial, com 18 anos e mais, cadastradas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Sul de Minas Gerais. Foram respeitados os preceitos éticos, como a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos informantes. Os dados foram coletados no período de abril de 2010 a novembro de 2011, em diferentes espaços, onde as pessoas vivem e os fatos acontecem. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante, grupo focal, diário de campo e análise de prontuário. A análise e a interpretação dos dados foram orientadas pelo referencial teórico - metodológico e por meio da compreensão do contexto histórico dos informantes no qual os sentidos são produzidos, buscando decodificá-los para a apreensão dos significados implícitos na experiência com o adoecimento. Dessa análise, emergiram quatro núcleos de significados: “A doença como expressão do estilo de vida”, “A perspectiva de cura da doença”, “A experiência com o sistema formal de saúde”, “A produção dos cuidados em saúde: o distanciamento com a humanização”. O *problema de nervoso* representa a categoria nosológica para os informantes, que se apresenta de forma sintomática caracterizada por uma expressão do estilo de vida urbano. Apoiam-se na crença da cura do *problema*. A família, a espiritualidade e a religião constituíram suas principais redes de apoio social. Os itinerários terapêuticos se interpenetram para a cura do *problema de nervoso*. O subsistema de saúde popular constitui importante itinerário devido à identidade cultural que se estabelece com o grupo social pesquisado, pelo vínculo frágil com o subsistema profissional e por proporcionar melhor bem-estar e, conseqüentemente, a remissão dos sintomas. As dificuldades de vencer as ladeiras e as barreiras decorrentes da idade, das limitações, da acessibilidade geográfica, das dificuldades de acesso à consulta e aos medicamentos, o vínculo frágil com a Unidade, aliados à influência cultural e às experiências de exclusão social, dificultam a adesão ao tratamento. A insatisfação com as diferentes dimensões organizacionais, de estrutura e de funcionamento do serviço, repercute de forma negativa no acolhimento, no vínculo, nos cuidados e na adesão ao tratamento. O processo de trabalho estruturado no modelo biomédico dificulta abrir espaços para o diálogo, para a interpretação e para o atendimento das necessidades da pessoa com Hipertensão Arterial. Novas competências tornam-se necessárias no processo de trabalho, capazes de aliar a competência técnica à humana para a implementação de ações em saúde humanizada. As lacunas evidenciadas entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e dos informantes nos servem de orientações para repensar nossa práxis, com vista a prover cuidados integrados e contextualizados, o que estimula a potência para o viver, para o empoderamento e para o autocuidado.

Palavras-chave: Hipertensão. Cultura. Enfermagem. Etnografia. Adesão do paciente.

ABSTRACT

FAVA, S.M.C.L. **The meanings ascribed to falling ill and to treatment by high blood pressure carriers and health care system context: an ethnographic study.** 2012. 270 pages. Thesis (Doctoral). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The object of this study was to interpret the meaning ascribed to illness and to treatment as well as to health care production by high systemic arterial blood pressure carriers. In order to interpret such experiences, references to Clifford Geertz' Interpretive Anthropology, Arthur Kleinman's Medical Anthropology and the Ethnographic Research Method were used. Twenty-two hypertensive individuals, aged 18 and over, enrolled in a Family Health Strategic Unity in a city in the South of Minas Gerais took part in the study. Ethic principles were taken into consideration, the study being approved by the Ethic Committee and the Informed Consent Form being signed by the participants. Data were collected where people live and facts do happen from April 2010 to November 2011. Semi structured interviews, participative observation, focus group, field journal and medical records analyses were carried out. Data analysis and interpretation were guided by the theoretical-methodological referential and by understanding the informers historical context where the meanings are produced, by trying to decode them in order to apprehend the meanings implied in the experience with falling ill. From the analysis, four meaning classes were found: "Illness as life-style expression", "Illness cure perspective", "Experience with the official health care system", "Health care production: distance from a humanized approach". Nervousness, which presents itself in a symptomatic way characterized by an expression of the urban life-style, represents the nosological category for the informers. They hold tightly to the belief in the cure of the problem. Family, spirituality, and religion are their main net of social support. The therapeutic itineraries intertwine themselves for the cure of the nervousness problem. The popular health subsystem is an important itinerary due to the cultural identity that is established with the social group under study, to the fragile bond with the professional subsystem and by offering better well-being which leads to the removal of symptoms. The difficulties of braving slopes and barriers, associated to age, physical limitations, geographical accessibility, and difficulties of access to medical assistance and to medication, the fragile bond to the Family Health Strategic Unity, associated to cultural influence and to social exclusion experiences, interfere with adherence to treatment. Dissatisfaction with different organizational dimensions, both structural and operational, has negative influence on receptivity, bond, care and adherence to treatment. The work process founded on the biomedical model makes opening space for dialogue, interpretation and assistance difficult. New competencies, which enable putting together technical and human competences for the implementation of humanized health actions, are necessary for the work process. The evidenced gaps between the health professionals' points of view and those of informers are hints to be used when rethinking *praxis*, with the aim of providing integrated and contextualized care, which stimulates energy for living, empowerment and self-care.

Key words: Hypertension. Culture. Nursing. Ethnography. Patient adhesion.

RESUMEN

FAVA, S.M.C.L. **Los significados de las experiencias de la enfermedad y el tratamiento para la persona con hipertensión arterial y el contexto del sistema del cuidado de la salud: un estudio etnográfico.** 2012. 270f. Tesis (Doctorado) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Este estudio tuvo como objetivo interpretar los significados que las personas con hipertensión arterial sistémica atribuyen a la enfermedad y al tratamiento y la producción de los cuidados de la salud. Para interpretar tales experiencias fueron adoptados los referenciáis de la antropología interpretativa de Clifford Geertz y de la antropología médica de Arthur Kleinman e del método etnográfico. Participaron de este estudio 22 personas con hipertensión arterial, con 18 años o mayor, registrados en una Unidad de Estrategia de Salud de la Familia en una ciudad en el sur de Minas Gerais. Fueron respectados los preceptos éticos, tal como la aprobación del estudio por el Comité de Ética y la firma del Termo de Consentimiento Libre y Explicados por los informantes. Los datos fueron cogidos en el periodo de Abril de 2010 a Noviembre de 2011, en diferentes sitios, donde las personas viven y donde los fatos acontecieron. Fueron echas entrevistas medias-estructuradas, observación participante, grupo focal, diario de campo y análisis de registros. El análisis y la interpretación de los datos fueron orientados por el referencial teórico – metodológico y por medio de la comprensión del contexto histórico de las informaciones en la cual los sentidos son producidos, buscando decodificar-los para la aprehensión de los significados implícitos en la experiencia con la enfermedad. De esta análisis surgieron cuatro núcleos de significados: “La enfermedad como expresión de estilo de vida”, La perspectiva de cura de la enfermedad”, “La experiencia con el sistema formal de la salud”, “La producción de los cuidados en la salud: el distanciamiento con la humanización”. El *problema de nervioso* representa la categoría nosológica para los informantes, que se presenta de forma sintomática caracterizada por una expresión de estilo de vida urbano. Se apoyan fuertemente en la creencia en la cura del *problema*. La familia, la espiritualidad y la religión formaron sus principales redes de apoyo social. Los itinerarios terapéuticos compenetran-se para la cura del *problema de nervioso*. El subsistema de salud popular constituye importante itinerario debido a la identidad cultural que se establece con el grupo social pesquisado, por el vinculo frágil con el subsistema profesional y por proporcionar mejor bien estar y consecuentemente la remisión de los sistemas. Las dificultades de vencer las pendencias y barreras, provenientes de la edad, de las limitaciones, de la accesibilidad geográfica, de las dificultades de acceso a consultas y médicos, el vinculo frágil con la Unidad, aliados a la influencia cultural y las experiencias de exclusión social, y dificultades de adhesión al tratamiento. La insatisfacción con las diferentes dimensiones organizativas, de estructura y de funcionamiento de servicio, se refleta de forma negativa en el acogimiento, vinculo, cuidados y adhesión al tratamiento. El proceso de trabajo estructurado en el modelo biomédico dificulta abrir espacio para el dialogo, la interpretación y el atendimento de las necesidades. Nuevas habilidades tornan-se necesarias en el proceso del trabajo, capaces de aliar la competencia técnica y humana para la implementación de acciones en salud humanizada. La faltas evidenciadas entre el punto de vista de los profesionales de la salud y los informantes nos sirven como orientación para repensar nuestra practica, de modo a fornecer cuidados integrados y contextualizados, el que estimule la potencia para el vivir, el empoderamiento y el auto-cuidado.

Palabras claves: Hipertensión. Cultura. Enfermería. Etnografía. Cooperación del paciente.

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Modelo Explanatório entre profissionais de saúde e informantes sobre Hipertensão Arterial Sistêmica	224
--	-----

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica dos informantes com Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Sul de Minas Gerais	89
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AF	Atendente de Farmácia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Carmen	Conjunto de ações para redução da multifatorial das enfermidades não transmissíveis
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença cardiovascular
E	Enfermeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
M	Médico
MEs	Modelo Explanatório
MS	Ministério da Saúde

NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NIC	Nursing Interventions Classification
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNH	Plano Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
S	Secretária
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário mínimo
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição, epidemiologia, fatores de risco, tratamento e complicações - modelo biomédico	24
3.2 Construção histórica da atenção à saúde no contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	35
4.1 Referencial Teórico	35
4.1.1 Antropologia Interpretativa e a Antropologia Médica	35
4.1.2 Antropologia: novos elementos para repensar o cuidado relacionado à Hipertensão Arterial Sistêmica	47
4.2 Trajetória Metodológica	54
4.2.1 Tipo de estudo	54
4.2.2 Etnografia	55
4.2.3 A escolha do contexto social	57
4.2.3.1 O grupo social pesquisado.....	58
4.2.3.2 Local do Estudo.....	59
4.2.3.3 Unidade da Estratégia de Saúde da Família	65
4.2.3.4 Aspectos Éticos	71
4.2.3.5 O trabalho de campo.....	72
4.2.3.6 Análise dos dados	86
4.2.3.7 A descrição do grupo social pesquisado.....	88
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO.....	91
5.1 A doença como expressão do estilo de vida.....	91
5.2 A perspectiva de cura da doença	120
5.3 A experiência com o sistema formal de saúde	194
5.4 A produção dos cuidados em saúde: o distanciamento com a humanização.....	208

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	227
REFERÊNCIAS	235
APÊNDICES	265
APÊNDICE A - Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas	265
APÊNDICE B - Ofício a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família	266
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	267
APÊNDICE D - Instrumento para coleta de dados	269
ANEXO.....	270
ANEXO A – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	270

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a enfermagem enfrenta grandes desafios, dentre eles, lidar com a complexidade do ser humano com condições crônicas tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Como a condição crônica tem caráter permanente, impõe alterações ininterruptas no estilo de vida das pessoas, e estas são levados a ficarem de alerta para qualquer sinal de anormalidade no organismo, evitando-se, assim, o agravamento da doença (SILVA; TRENTINI, 2000).

Desse modo, geralmente carecem de repetidas interações com os diferentes representantes dos sistemas de cuidados à saúde ao longo da vida, para tratar a doença ou para o cuidado intrínseco às suas condições de vida.

No cuidado à pessoa com HAS, o enfermeiro precisa participar dos processos de construção do conhecimento, no sentido de assimilar e utilizar inovações, tanto tecnológicas, como humanísticas, de modo equilibrado, para que se possa oferecer-lhe condições de desenvolver o autocuidado de forma mais satisfatória ao seu contexto de vida.

Como docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, desenvolvemos o projeto de extensão universitária intitulado “DIPER: em busca de uma melhor qualidade de vida”, desde março de 1991. Esse projeto, constituído por 20 acadêmicos do curso de graduação, tem por objetivo o atendimento à família e à pessoa com Diabetes Mellitus e HAS, com vistas à promoção do autocuidado e à adesão ao tratamento. O público atendido pelo projeto é constituído pelas pessoas com HAS e Diabetes Mellitus com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS).

A maioria dos participantes é constituída por mulheres de baixo grau de escolaridade e de baixa condição socioeconômica que apresentavam dificuldade de convivência com a atual condição de hipertensão arterial.

As atividades desenvolvidas, por meio de visita domiciliária, inicialmente numa visão monológica, unidimensional, unidirecional e hierárquica (MARTINÉZ-HERNÁEZ, 2010), consistiam de orientações sobre a patologia e suas complicações, sobre o uso de medicação, o retorno ao médico, a importância do regime dietético, a necessidade da adoção de práticas de esporte e lazer, a aferição de pressão arterial, a dosagem de glicemia capilar, dentre outras. Contudo, mesmo após terem recebido as orientações, as dificuldades na adesão ao tratamento ainda persistiam.

Nosso olhar voltou-se prioritariamente às pessoas com HAS dada a dificuldade de convivência com um processo crônico e de caráter assintomático conforme descrito por Busnello et al. (2001); Pierin et al. (2001).

Soma-se, ainda, uma condição de vida cerceada, marcada por monitoramento constante, pela necessidade de controle pautado em abstinência pelo viver correto, incluindo a medicalização da alimentação, atividade física e hábitos de vida.

Ao longo de nossa atuação nesse projeto e com aproximação ao contexto em que vivem, identificamos que os problemas relacionados à adesão ao tratamento não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica, existem outras dificuldades implícitas nesse processo. A fim de levantar essas dificuldades, desenvolvemos estudos com as pessoas com HAS cadastradas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Em um desses estudos, realizado por Franceli, Figueiredo e Fava (2008), concluímos que dentre as dificuldades para a adesão ao tratamento da HAS, estão o conhecimento deficiente em relação à patologia e as suas consequências. Apontamos, ainda, como grandes desafios a serem superados, a necessidade de mudança de comportamento das pessoas mediante inclusão das medidas não farmacológicas no cotidiano de vida para redução dos níveis pressóricos, principalmente no tocante à redução do consumo do sal e de gordura saturada, à importância da redução da obesidade centrípeta, à realização de atividades físicas e de atividades de lazer, ao abandono ao hábito tabáquico e à redução do consumo de bebidas alcoólicas. Fundamentadas nestas dificuldades, replanejamos as ações educativas junto às pessoas com HAS.

Contudo, era necessário ampliar nossos conhecimentos acerca das dificuldades relacionadas à adesão. Buscamos nos referenciais de Taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA, 2008) identificar as características definidoras e os fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento Deficiente” e estabelecer intervenções de enfermagem com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem-

Nursing Interventions Classification (NIC), conforme McCloskey, Bulechek (2004). (FAVA et al., 2010).

É importante ressaltar que o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente”, de acordo com Pavan et al. (2005), refere-se ao “padrão da resposta humana conhecer” e significa a ausência ou a deficiência de informação cognitiva, ou seja, a ausência de informação correta ou completa sobre aspectos necessários para o processo saúde-doença. Envolve também a compreensão de informações e as variáveis de conhecimento, de aprendizagem, e do processo de pensamento.

Constatamos, pelo padrão de respostas, que as principais características definidoras referiam-se à verbalização do problema e ao seguimento inadequado das instruções. Como fatores relacionados, verificamos a falta de capacidade de recordar; a falta de interesse em aprender; a falta de exposição; a falta de familiaridade com os recursos de informação e a interpretação errônea de informação.

Ao analisar os dados a partir desse referencial, não valorizamos devidamente o conhecimento do senso comum e julgamos a ausência de conhecimento ao atribuir à HAS, *pressão do sangue que sobe pela cabeça, efeito dos aborrecimentos da vida, é a pressão da vida*.

Outros, entretanto, se apropriaram do conhecimento da biomedicina para explicar o significado da patologia, sem, contudo, entender a complexidade do processo.

Nossas conclusões foram de que a não adesão ao tratamento estava fortemente vinculada à falta de conhecimento sobre a patologia, sobre o tratamento e sobre os cuidados necessários.

Considerávamos que as ações educativas pautadas na oferta de informações eram capazes de produzir os modos de viver saudáveis nos indivíduos conscientizados. Contudo, mesmo diante aos esforços empreendidos no decorrer de alguns anos, percebemos que as dificuldades na adesão ao tratamento persistiam e que os objetivos propostos tinham sido parcialmente alcançados, pois, mesmo entre aqueles que receberam orientações acerca da doença, do tratamento e dos cuidados, a não adesão ainda constituía uma realidade.

Esses estudos nos permitiram repensar que no processo de adesão também estão implícitas a experiência de vida e a subjetividade no processo de adoecer e de cuidar de si.

A partir dessa compreensão, entendemos que a adesão é um processo comportamental complexo como refere Pierin, Strelec e Mion Jr. (2004); Pires e Mussi (2009), pois é fortemente influenciada pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde,

pelos cuidados de assistência médica e pelas dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais.

Constatamos que o SUS constitui um suporte que se destina às consultas médicas, à realização de exames e à distribuição de medicação.

No entanto, desconhecíamos, que para além desses, o apoio do SUS, bem como outros itinerários terapêuticos possibilitavam, para essas pessoas, suporte e apoio para o tratamento.

Esses estudos responderam, em parte, às nossas inquietações, pois ainda vivenciamos no decorrer de nossa atuação situações geradoras de expectativas e angústias que se traduziram nas seguintes questões: Como é a vida cotidiana deles? Qual a percepção deles sobre a doença? Como eles lidam com a condição de hipertensos? Como é formado o seu sistema de cuidados à saúde? Como é formada a rede de suporte?

Para responder nossas inquietações, buscamos outros referenciais além do biológico, já que se reconhece que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e aos cuidados a longo prazo, estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, com os hábitos, com as rotinas e com os rituais na vida das pessoas.

Encontramos na Antropologia, principalmente na interpretativa de Geertz (1989) e na antropologia médica de Kleinman (1988), correntes teóricas que têm como foco a cultura, referencial que nos possibilitou encontrar respostas para nossas preocupações, uma vez que elas têm por objetivos observar, descrever, analisar e compreender os sistemas culturais a partir do ponto de vista de seus integrantes.

A cultura tem uma significativa influência na vida das pessoas, incluindo suas percepções, emoções, linguagens, sua dieta, seu comportamento, sua estrutura familiar e suas atitudes em direção à doença (DONNELLY, 2006; GOOD, 1994; KLEINMAN, 1978).

A Antropologia é considerada uma ciência da diferença e da diversidade, que permite desenvolver uma perspectiva crítica frente às nossas “verdades” mais fundamentais, favorecendo a construção de uma nova abordagem. Ela preocupa-se em estudar as características dos homens em sociedade, com foco na cultura, com os seus sistemas de símbolos, ideias e significados, o que propicia a compreensão do comportamento do ser humano de uma forma ampla, levando em consideração as diversas dimensões da vida.

Essa ciência tem procurado demonstrar que a aflição, a doença e o corpo são realidades profundamente imersas em domínios culturais e em contextos sociais particulares. A doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente.

Apesar do interesse crescente das pesquisas para se entender a construção cultural do processo saúde doença, são poucos os trabalhos relacionados à HAS nessa perspectiva. A escassez de trabalhos ancorados nesse referencial e a busca por respostas às nossas inquietações, que envolvem como as pessoas com HAS pensam, sentem e fazem para conviver com a doença e terem adesão ao tratamento, justificam o desenvolvimento desse trabalho.

Fundamentados nos referenciais da antropologia, compreendemos que a doença não pode ser considerada como um simples processo patológico no sentido biomédico. Ela é um processo dinâmico que requer interpretação e ação do meio sociocultural, o que implica uma constante negociação de significados na busca pelo tratamento e pela cura (LANGDON, 1994; SILVA; TRENTINI, 2000; UCHOA; VIDAL, 1994).

Por meio da interação prolongada e da relação dialógica nos diferentes espaços onde os fatos acontecem, tornou-se possível captar as sutilezas, interpretar os códigos e entender os comportamentos e as atitudes das pessoas perante a doença, porque nos permitiu fazer ligações entre o modo de pensar e agir e o mundo em que estão inseridos, como uma realidade social e cultural.

Apreendemos que a experiência da doença é moldada pelo contexto sociocultural que determina formas culturais e simbólicas de expressão para traduzir a percepção da doença, a forma como sente e expressa seus sintomas, utiliza os recursos de cura e os impedem de fazer alterações no estilo de vida.

A busca pelo tratamento da HAS depende dos significados construídos no decorrer da vida, que muitas vezes se confrontam com as ações prescritivas dos profissionais de saúde. Reconhecemos que conviver com a HAS é uma experiência complexa, dada a exigência da medicalização vida; dadas as abdições do cotidiano e a necessidade de interações com os subsistemas de cuidado à saúde ao longo da vida, para tratarem da doença ou para o cuidado intrínseco às suas condições de vida.

Este estudo propiciou repensar nossa práxis e reconhecer a importância de se valorizar a subjetividade e o conhecimento do senso comum, além da necessidade de se estabelecer a relação dialógica com base nos critérios de “multidimensionalidade, de bidirecionalidade e de reciprocidade” (MARTÍNÉZ-HERNÁEZ, 2010, p.15), pois ela possibilita ao adoecido ressignificar o cuidado à saúde e, ao profissional, reorganizar os processos de trabalho em saúde para a implementação de práticas compreensivas e contextualmente integradas.

Mesmo reconhecendo os limites de nossa atuação no projeto de extensão e as lacunas nos estudos até então desenvolvidos, a realização desta pesquisa constituiu um desafio, devido

ao fato de a nossa formação pautar-se essencialmente nos conhecimentos biomédicos; concomitantemente, nossa imersão no universo sociocultural cotidiano das pessoas com HAS e distanciamento para não assumir posturas etnocêntricas (LANGDON; WIIK, 2010); pela necessidade de deixar o conhecimento científico em suspenso para abrir-se ao conhecimento do senso comum, estabelecendo polaridade entre familiaridade e estranheza, e o exercício de alteridade que se fizeram necessários para compreender como a pessoa com HAS apreende e vive nessa sua nova condição.

Assim, ancorados no referencial da Antropologia Interpretativa, descrevemos a seguir os objetivos deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Interpretar os significados da experiência da doença, do tratamento e da produção dos cuidados em saúde entre pessoas com HAS cadastradas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Sul de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos informantes e o contexto em que estão inseridos;
- Construir os modelos explanatórios para a doença e para o tratamento;
- Analisar e interpretar a produção dos cuidados em saúde;
- Interpretar os sentidos atribuídos pelas pessoas com HAS, fornecendo significados para a experiência com o adoecimento.

No capítulo a seguir, apresentamos a revisão de literatura.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição, epidemiologia, fatores de risco, tratamento e complicações - modelo biomédico

O envelhecimento populacional, as mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, combinados com os efeitos de um aumento da pobreza e da violência nas cidades, tem amplamente contribuído para aumentar a prevalência das condições crônicas, incluindo aquelas relacionadas com a instabilidade social. Dentre essas condições, está a HAS (STRAHL, 2003).

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), tendo como critério clínico em indivíduos acima de 18 anos, níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg x 90mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É considerada uma doença assintomática, de evolução clínica lenta que, sem tratamento adequado, pode ter consequências graves, comprometendo a qualidade de vida da pessoa (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

É reconhecida como uma das principais causas de morbimortalidade e principal causa de doenças cardiovasculares (DCV), constituindo-se num problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (SARAIVA et al., 2007).

No Brasil, essas doenças foram responsáveis por 35% dos óbitos na população adulta, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Ressalta-se também que o impacto da mortalidade por doenças cardiovasculares atinge estratos populacionais mais jovens (em idade laboral) de modo mais intenso do que em países como os Estados Unidos, Canadá, Japão e os da Europa ocidental (BRASIL, 2009). Representam, ainda, uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS; no setor suplementar, maior custo econômico para as famílias e para a sociedade (MALTA et al., 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Tais custos ocorrem tanto

de forma direta, ou seja, custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, como de forma indireta, decorrente da perda de produção associada a essas doenças, como aposentadorias precoces, entre outras questões (BRASIL, 2006a).

Revisão sistemática quantitativa relacionada à HAS de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA, et al., 2009).

No Brasil, inquéritos populacionais nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2009), 24,4% da população brasileira com idade de 18 anos e mais referem diagnóstico médico de HAS (BRASIL, 2010).

Estima-se que o número de adultos com HAS deve exceder a 1,5 bilhões em 2025 (KEARNEY et al., 2005).

Estudo desenvolvido com o objetivo de comparar as frequências, respectivamente, de conhecimento, de tratamento e de controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e ao controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) (PEREIRA et al., 2009; ROSÁRIO et al., 2009) em especial, em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) (ROSÁRIO et al., 2009). Esses dados revelam que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e de controle da HAS.

Mesmo com o panorama nacional superior aos de outros países, ainda é necessário implementar esforços para elevar as taxas de conhecimento, de controle e de tratamento da HAS, o que requer ações conjuntas da pessoa com HAS, dos trabalhadores em saúde, dos gestores, do sistema de saúde, da indústria e do governo. Cada um no âmbito de sua competência deve desenvolver ações que visem à prevenção e ao controle de acordo com o contexto socioeconômico e cultural da população.

Uma das principais dificuldades relacionadas à prevenção e ao controle da HAS é a sua característica multifatorial. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) preconiza como fatores: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, e outros fatores de risco cardiovascular que envolvem a predisposição genética e os fatores ambientais, que incluem o tabagismo e o estresse.

No tocante à idade, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década (CESARINO et al., 2008; MARTINEZ; LATORRE, 2006).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (BRANDÃO et al., 2004).

No tocante ao padrão alimentar de sal, estudos brasileiros revelam que a população apresenta um consumo em torno de 12 gramas diárias, enquanto o recomendado é de 5 gramas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral (MARTINEZ; LATORRE, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (PESCATELLO et al., 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Por outro lado, é difícil estabelecer a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS (CONEN et al., 2009).

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem até o momento variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver a HAS (DE OLIVEIRA et al., 2008).

É importante considerar que os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada; a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (CESARINO et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Ao aprofundar nossos conhecimentos acerca desses fatores para fundamentar os achados deste estudo, reconhecemos a complexidade do processo saúde-doença, pois eles conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais, razão pela qual estudos ancorados apenas na epidemiologia que estuda a distribuição das doenças e a busca dos determinantes dessa distribuição não oferecem subsídios suficientes para a compreensão do processo de adoecimento.

Apreende-se também a necessidade de compreender a influência dos contextos social e institucional sobre as enfermidades e sobre os comportamentos dela decorrentes.

Nessa perspectiva, a Teoria da Determinação Social apreende a saúde-doença como uma síntese do conjunto de determinações e que acaba por resultar em riscos ou

potencialidades, que se evidenciam em padrões de saúde-doença (MUÑOZ-SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Os determinantes sociais da saúde são atribuídos, às dimensões sociais, econômicas, culturais, étnicos/raciais, e a seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com esses autores, para alcançar a melhoria na saúde, faz-se necessário atuar sobre todo o universo de seus determinantes, tanto naqueles de natureza estritamente pessoal, como o sexo ou o hábito de fumar, quanto naqueles de abrangência coletiva, que são os macrodeterminantes como as dimensões econômicas, sociais e culturais.

Conforme o Modelo de Determinação Social de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), na base, encontram-se os indivíduos, com suas características individuais (sexo, idade, genética) que têm uma influência relevante sobre seu estado de saúde. Próximos a esses determinantes, estão os hábitos de vida dos indivíduos. Esses aspectos comportamentais estão no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde, já que, em parte, o hábito de vida e o comportamento do indivíduo são influenciados pelos determinantes sociais de saúde, tais como o acesso às informações. As camadas seguintes estão intimamente ligadas aos determinantes sociais da saúde, contemplando as redes sociais nas quais os indivíduos estão inseridos, as condições de trabalho, a educação e a habitação. Por fim, permeando todas as relações, encontram-se as condições socioeconômicas. Essas condições, conforme Noronha e Andrade (2005), interferem no local de moradia, na necessidade de conviver com maior criminalidade e, conseqüentemente em maior nível de estresse, que tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida.

Os determinantes sociais de saúde influenciam fortemente os fatores comportamentais e de estilo de vida, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Atuando exclusivamente sobre os indivíduos, às vezes se consegue que alguns deles mudem de comportamento, mas logo eles serão substituídos por outros.

Para atuar nesse nível de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, por meio de programas educativos, de comunicação social, de acesso facilitado a alimentos saudáveis, de criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como de proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

A interpretação do processo saúde-doença, além de se apoiar nos processos de produção e de reprodução social, deve se apoiar na dimensão subjetiva, que diz respeito aos

significados que os indivíduos atribuem a fatos e à vida em si, o que acaba por refletir-se nos comportamentos e nas atitudes das pessoas (MUNÓZ-SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O processo de adoecimento constitui uma experiência individual porque emerge do mundo subjetivo sob influência sociocultural, que leva as pessoas a se envolverem mais ou menos em comportamentos de risco, não sendo apenas a soma de fatores de risco.

O comportamento de risco não se refere apenas a escolhas pessoais equivocadas, envolve também o contexto macroeconômico e político, as dimensões subjetivas dos determinantes sociais do processo saúde-doença, a influência da cultura e do cuidado em saúde (BAGRICHEVSKY et al., 2006).

De acordo com esses pressupostos, o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve com ele num complexo único de múltiplas dimensões, biológica, social e cultural. Há de se considerar que o risco não é um fenômeno estático e objetivo, mas é constantemente construído e negociado como parte de uma rede de interações sociais e de construção de sentidos (CARVALHO, 2004).

De acordo com essa perspectiva, a antropologia médica se inscreve numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde, integrando uma apreensão da dimensão cultural, com vistas a ampliar o contexto que deve ser levado em consideração na leitura dos processos patológicos. O universo sociocultural do doente é visto como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas (MUNÓZ-SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; UCHOA; VIDAL, 1994).

Esses avanços no conhecimento dos determinantes sociais e da dimensão subjetiva que se relacionam às condições de saúde-doença ainda são pouco valorizados para a definição de políticas de saúde do país e para a produção científica relacionada à HAS.

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo, modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças facilitam ou dificultam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (BRASIL, 2006a).

É consenso de que as mudanças de hábitos de vida, dentre as quais, alimentação adequada, restrição do uso de sal, prática regular de exercícios físicos, abandono ao tabagismo e redução de consumo de bebidas alcoólicas, constituem o pilar para o efetivo controle. Essas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, muitas vezes, deveriam ser orientados por profissionais de saúde. Porém, seu controle tem constituído um desafio para esses profissionais, pois se, de um lado, seu trabalho envolve a participação ativa das pessoas com

HAS no sentido de modificar algum comportamento prejudicial a sua própria saúde e assimilar outros que beneficiam sua condição clínica (CADE, 2001), de outro, os profissionais de saúde ainda não incorporaram a concepção de visualizar o homem como ser integral (MARCON et al., 2004).

Assim, o tratamento integra o comparecimento do cliente às consultas, o uso regular do esquema medicamentoso, a adoção do estilo de vida saudável e o compromisso desses com a própria saúde e com as atividades de autocuidado, tendo como base a participação individual, interpessoal e familiar no cuidado (SANTOS et al., 2005).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) tem recomendado para o tratamento não farmacológico da HAS, o controle de peso, as mudanças no padrão alimentar com redução no consumo de sal para 5 gramas diárias; a redução do consumo de gorduras saturadas; o incentivo ao consumo de ácidos graxos insaturados como óleo de oliva, canola, azeitona; o consumo de fibras, proteínas de soja; o consumo de oleaginosas, laticínios, alho, chocolate amargo; o aumento das atividades físicas; a restrição no consumo de álcool; o controle do estresse e a cessação do tabagismo.

Ao compararmos essas recomendações com as anteriores, propostas pela Sociedade de Cardiologia, constatamos que práticas até então consideradas populares foram reconhecidas cientificamente pelas sociedades, tais como o consumo do alho, de chocolate amargo, a meditação, a musicoterapia, a yoga, o que demonstra o interesse da ciência pelas práticas de origem popular.

O período de tempo recomendado para as medidas de modificação de estilo de vida isoladamente em pessoas com HAS é de no máximo seis meses. Caso não estejam respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação, em seis meses, deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação.

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, a lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (PA).

Apesar de todo empenho dos serviços de saúde, é muito grande o número de pessoas com HAS sem tratamento adequado. Muitas vezes, quando se busca pelo tratamento, já se instalaram complicações graves com danos irreversíveis.

As complicações decorrentes do controle inefetivo da HAS se relacionam às doenças cardiovasculares, como angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, representado pelo acidente vascular encefálico, diminuição da acuidade visual e insuficiência renal.

Pela magnitude da doença relacionada a sua alta prevalência, as graves consequências advindas de um controle ineficaz e as altas taxas de não adesão ao tratamento revelam que apenas o investimento direcionado exclusivamente nas consultas médicas e na medicação parece não atender às necessidades de cuidados com a saúde requeridas pelas pessoas com HAS. Torna-se necessário, além dessas medidas, rever o processo de cuidar, o que propicia ao profissional de saúde compreender o conhecimento e o significado que as pessoas atribuem ao seu adoecimento e ofertar práticas de cuidado que lhes possibilitem o empoderamento, de forma a intervir nas suas próprias vidas de forma a criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.

3.2 Construção histórica da atenção à saúde no contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica

A busca pelo controle da HAS com vistas a reduzir as taxas de complicações e de morbidade tem sido uma preocupação dos órgãos internacionais e nacionais e das sociedades científicas nas últimas décadas. As iniciativas provenientes desses órgãos resultaram no diagnóstico precoce da HAS e na adoção de tratamento para o controle da doença.

Nesse contexto, é importante resgatar tais iniciativas, mesmo que seja de forma sucinta, para compreender as linhas de cuidado que se propõem na atenção às pessoas com HAS.

A Declaração de Alma-Ata em 1978, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), marca um repensar nas ações em saúde ao reconhecer que, para o alcance de seu objetivo, “Saúde para todos no ano 2000,” recomendava a atuação da medicina tradicional junto à medicina científica. Ela reconhece como recursos humanos para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade a parteira, os auxiliares, os agentes comunitários e os praticantes tradicionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Essa declaração constituiu um marco para as mudanças do setor de saúde que culminou na criação do SUS, pelo Ministério da Saúde, conforme Lei nº 8080 de 1990.

O SUS é uma política garantida na Constituição Federal, que estabelece a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Novos paradigmas foram estabelecidos para o processo saúde-doença, com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, na prevenção de agravos e de tratamento.

Constitucionalmente, o SUS está organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. A integralidade na atenção à saúde, consagrada pela Constituição de 1988, orienta as políticas e ações programáticas que respondam às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões biológica, cultural e social do ser cuidado.

A partir da implantação do SUS, tornou-se necessária a criação de um modelo de assistência à saúde inovador, que, além de atender às diretrizes básicas do SUS, estivesse fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro (SOUSA, 2004). Assim, foi criado em 1993 o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como prioridade a assistência ao paciente dentro de um contexto familiar e comunitário, com ênfase na importância do ambiente social na determinação do seu estado de saúde. A equipe de saúde nesse programa age a partir do estabelecimento de “vínculos e da criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre si e a população” (SCOTT, 2001).

Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e nos comportamentos.

Diante desse panorama, a OMS juntamente com a Sociedade Internacional de Hipertensão decidiram estabelecer diretrizes abrangentes baseadas na totalidade das evidências para ajudar numa mudança de paradigma com abordagem de fatores de risco e facilitar o desenvolvimento de políticas para a implementação de estratégias de base populacional. Assim, foram criados a partir de 1994 pelas Sociedades de Cardiologia, de hipertensão e de nefrologia, os Consensos e as Diretrizes para o tratamento da HAS.

O CONJUNTO DE AÇÕES PARA REDUÇÃO MULTIFATORIAL DE ENFERMIDADES NÃO TRANSMISSÍVEIS (Projeto Carmen), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), implantado em 1995, constituiu outra iniciativa relevante com o intuito de estabelecer políticas e implementar intervenções para a redução do tabagismo, da HAS, da obesidade/sobrepeso, do diabetes mellitus e do consumo excessivo de álcool para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD, 1997).

Em 2002, foi publicado pela OMS o Relatório Mundial sobre os Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação, que apresenta um modelo para

elaboração de políticas que se inserem em um contexto político mais abrangente o qual envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Constituem princípios norteadores desse modelo a tomada de decisão com base em evidências científicas, o enfoque na população, na prevenção, na qualidade e a integração dos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde, representado respectivamente pelo paciente, pelas organizações de saúde, pela comunidade e pela política (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A Campanha Nacional para Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, desenvolvida em 2002, constitui um marco na atenção à HAS, pois sua ação fundamental era descobrir e vincular às unidades básicas de saúde os novos casos dessa doença (BRASIL, 2002a).

A partir da Portaria nº 1575 de 2002 do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, tem se desenvolvido em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de combater o tabagismo, o que corrobora para reduzir as taxas de HAS (BRASIL, 2002b).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria Conjunta 02 de 05 de março de 2001, constituiu uma das iniciativas mais relevantes, que tem por objetivos detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e para o Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

Em 2002, conforme a Portaria nº 371/GM foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica com o objetivo de oferecer medicações de forma contínua às pessoas com HAS e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002c).

Nesse mesmo ano, foi desenvolvido o Sistema de Informação do Ministério da Saúde para Acompanhamento das Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – SIS-HIPERDIA, que tem por objetivo cadastrá-las, acompanhá-las e oferecer dados para o planejamento das políticas públicas (BRASIL, 2002d).

No contexto das políticas de saúde, destacam-se também as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, de 22 de fevereiro de 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 399. São definidas nesse Pacto três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) desenvolveram um processo de construção de consensos e de atribuição de responsabilidades, ratificando a autonomia dos entes federados como expresso no texto constitucional (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008ab). Dentre as prioridades nacionais pactuadas, encontram-se a existência de

enfermidades não transmissíveis; a consciência de que a saúde é determinada socialmente e pede a melhoria das condições e da qualidade de vida das coletividades; e a necessidade de um modelo de organização do sistema de saúde que esteja mais próximo dos cenários em que vivem sujeitos e coletividades e, portanto, possa compreendê-los melhor e intervir de forma mais resolutiva e integrada.

Dentre as ações preconizadas pelo Pacto da Saúde em DCNT, além dos já contemplados como os investimentos na assistência e nos medicamentos destinados às pessoas com DCNT, há uma preocupação em estabelecer estratégias para a promoção da saúde, da prevenção, e da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e/ou da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde (BRASIL, 2008b).

Concomitantemente à aprovação do Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a). Essa política caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A Política Nacional de Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) lançada em 2007 tem por objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e de proteção para DCNT, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta (BRASIL, 2007a).

A Política Nacional sobre o Álcool aprovada pelo Decreto nº 6117 de 22 de maio de 2007 tem por objetivo promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool (BRASIL, 2007b).

Iniciativas recentes têm sido aprovadas com o intuito de reduzir as altas taxas de HAS e facilitar a acessibilidade ao tratamento. Dentre estas, estão a Resolução-RDC Nº 24, de 15 de junho de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que regulamenta a oferta, a propaganda, a publicidade, a informação e outras práticas correlatas, cujo objetivo é a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de

açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional.

A Portaria 184 Ministério da Saúde/ GM de 14 de fevereiro de 2011, dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos em farmácias populares para as pessoas com HAS e Diabetes Mellitus, oriundos da rede privada ou pública de saúde, tendo a validade da receita por 120 dias e a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) integrada à ESF para o atendimento as pessoas com doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

Foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2012, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos (BRASIL, 2011).

Nesse breve levantamento, a partir da publicação da Declaração de Alma - Ata em 1978, constatamos os esforços tanto de políticas internacionais como nacionais, para minimizar a incidência da HAS, por meio da redução dos fatores que corroboram para o aumento da vulnerabilidade da população à HAS.

Mesmo diante dos esforços empreendidos, a HAS constitui-se dentre as condições crônicas, como uma preocupação, devido ao aumento na sua prevalência, as sérias consequências econômicas e sociais que ameaçam os recursos de saúde e a dificuldade na organização dos sistemas que supram demandas iminentes e crescentes.

A Declaração de Alma - Ata dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade, a valorização dos agentes de cura como coadjuvantes no processo de tratamento e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.

Contudo, merece destaque a Política Nacional de Atenção Básica, pois foi a única iniciativa a valorizar o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Esse é um dos aspectos mais relevantes, uma vez que a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que faz no seu dia a dia, onde elas aprendem, trabalham, divertem-se. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida.

Dada a singularidade do processo de adoecimento na vida de cada um, buscamos aprofundar nossos conhecimentos acerca dessa experiência ao resgatar a perspectiva antropológica como base para essa interpretação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A busca pela interpretação dos significados da experiência da pessoa com HAS, ainda pouco explorado na perspectiva da cultura, nos conduziram para a apropriação dos referenciais teórico e metodológicos da antropologia interpretativa (GEERTZ, 1989) da antropologia médica (KLEINMAN, 1988) e do método etnográfico, como bases para sustentação deste estudo.

4.1 Referencial Teórico

4.1.1 Antropologia Interpretativa e a Antropologia Médica

A antropologia interpretativa, uma das vertentes da antropologia contemporânea, desenvolveu-se a partir do século XX sob a influência das ideias de Dilthey, Ricouer, Gadamar, mas o paradigma hermenêutico na antropologia foi introduzido por Geertz.

A Antropologia é a ciência que busca significados das condutas humanas, dos rituais, das instituições, dos hábitos, das concepções e dos valores. Nessa procura de significados, a análise antropológica considera a história e o contexto social e cultural em que ocorrem as condutas e interrelações focalizadas (GEERTZ, 1989).

Nessa concepção, Geertz (1989, p.15) defende o conceito de cultura

[...] o homem é um animal amarrado a teia de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; [...] como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Entende-se, assim, a forma como o homem significa o seu mundo a partir da teia de signos e símbolos que ele criou e teceu ao longo de sua história.

A cultura é entendida por conjuntos de significados transmitidos e incorporados sob a forma de símbolos que fornecem modelos “de” e modelos “para” a construção de realidades, isto é, assumem o caráter de padrões, normas que orientam ações e representações (GEERTZ, 1989).

No modelo “de”, a pessoa usa o sistema simbólico para interpretar seu mundo e agir nele, enquanto o modelo “para”, ao agir, a pessoa recria a realidade, alterando-a (LANGDON, 1994).

A cultura é expressa na interação social, em que os atores comunicam e negociam os significados. Para compreender o seu papel, deve-se considerar o contexto no qual o homem se insere, ou seja, as dimensões históricas, sociais, econômicas e políticas.

A cultura não é apenas um lugar subjetivo, ela constitui o lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano sem significado e sem apenas uma explicação para os fenômenos (MINAYO, 2008).

De acordo com esses pressupostos, cultura não deve ser entendida como uma unidade estanque de valores, crenças, normas e práticas, mas

[...] um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos (LANGDON; WIIK, 2010, p.175).

É de se compreender a cultura como dinâmica porque ela se origina das relações sociais que estão constantemente em mudanças e compreendem as variáveis econômicas, políticas, religiosas, psicológicas e biológicas, que afetam todos os aspectos da experiência. É também heterogênea, porque em um mesmo grupo, as pessoas pensam e agem de modos diversos.

A cultura nos possibilita dar sentido e significado às coisas do mundo e a nossas ações, permitindo um pensar reflexivo sobre nossa maneira de ver o mundo e orienta nossos conhecimentos, práticas e atitudes diante da vida. Ela nos permite pertencer a uma sociedade, nos dá a possibilidade de decodificar os símbolos e signos, confirmar uma identidade individual, social e, principalmente partilhar, conviver, trocar e interagir no meio cultural e humano.

A cultura deve ser considerada como componente de uma mistura complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas (HELMAN, 2009).

Os processos culturais envolvem a incorporação do significado em resposta às reações psicofisiológicas, às relações interpessoais, ao desempenho das práticas religiosas, às interpretações do senso comum e à identidade individual (KLEINMAN; BENSON, 2006).

Para conhecer uma cultura, é preciso apreender os símbolos compartilhados pelos membros dessa cultura, interpretando-os e considerando-os dentro do contexto grupal (MUNIZ; ZAGO, 2009).

Os estudos desenvolvidos nesse paradigma buscam a construção do significado. A noção de significado, como enfatiza a filosofia hermenêutica, é sempre um significado para alguém.

Os significados resultam do esforço analítico do pesquisador para interpretar os sentidos que estão vinculados à experiência concreta dos sujeitos (COSTA et al., 2008).

Elaborar os significados requer uma interpretação das interpretações, como preconiza Geertz (1989). O pesquisador, a partir de sua subjetividade, busca interpretar o modo pelo qual o pesquisado interpreta o seu modo de viver. Porém, não basta apenas a descrição pura e simples da realidade ou da interpretação que as pessoas elaboram acerca dela, mas consiste essencialmente em empregar atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo lógico que seja explicativo dessa realidade.

Assim, o sentido é sempre um sentido para e, compreendê-lo, significa compreender para quem o sentido se faz, isto é, o intérprete precisa compreender já dentro do universo significativo do outro. A interpretação não está acima da interpretação do seu interpretado, mas concorre com ela. Influencia e é influenciada, e é esse complexo jogo de interpretações e contra interpretações que produz a compreensão cultural (GEERTZ, 1989).

Para interpretar diferentes práticas culturais, não se exige a determinação de qual forma é correta, nem tampouco abrir mão dos próprios hábitos. É necessário que os conhecimentos sejam colocados temporariamente em suspenso para refletir sobre os outros e, em um processo de estranhamento e familiaridade, apreender o sentidos que se relacionam à experiência para a interpretação de significados.

Na busca pela compreensão desses referenciais, aprendemos que a Antropologia preocupa-se com os aspectos socioculturais do comportamento humano. Ela nos permite um olhar crítico ao outro e a nós mesmos, o que nos faz repensar nossas verdades, favorecendo a construção de novas abordagens. Privilegiando em suas análises a dimensão simbólica da vida humana em sociedade, para a Antropologia, a cultura se constitui num modo de vida, isto é, o modo de conceber, de ser e de fazer de um grupo humano.

Os conceitos de cultura adotados neste estudo iluminam nossas concepções para interpretar a dimensão cultural e simbólica que se relaciona à experiência e orienta as ações das pessoas com HAS.

Fundamentado nos conceitos de Geertz, desafia-nos identificar e analisar as teias de significados tecidas pelo homem que orienta sua percepção e suas atitudes diante da convivência com a HAS. Esses significados, por sua vez, estão em constante processo de ressignificação, a partir do seu contato com a rede social ou com a pluralidade dos subsistemas de saúde, o que permite mudar estilos de vida, hábitos, valores e crenças.

Nessa perspectiva, surge a antropologia médica que se desenvolveu em Harvard, principalmente a partir da década de 1970, por um grupo de pesquisadores fortemente influenciados pela antropologia interpretativa de Geertz, de quem incorporaram o conceito de cultura como "teias de significados" e a prioridade conferida à interpretação, para a análise da doença como um fenômeno que não diz respeito apenas ao indivíduo e à biologia, mas que também inclui importante dimensão simbólica, revelando uma concepção diferente do que se pensava a cultura.

Kleinman (1941), médico psiquiatra, influenciado pelas ideias de Gadamer e de Geertz, é considerado um dos principais representantes da antropologia médica, e trouxe para a antropologia a análise dos fatores culturais que influenciam o campo da saúde.

Seu interesse pela antropologia deu-se a partir de seus encontros com os pacientes ao constatar as experiências da doença e o modo pela qual ela afetava a vida das pessoas. Seus estudos foram principalmente relacionados às doenças crônicas e desenvolvidos com pacientes da China e dos Estados Unidos.

A antropologia médica tem como objetivo de estudo a forma como, em diferentes contextos socioculturais, agrupamentos humanos interpretam, atribuem significados e lidam com a saúde e a doença.

Trata-se de uma disciplina que supera o modelo biomédico fragmentado, ao valorizar a integralidade das dimensões biológicas e socioculturais do comportamento humano, que influenciam na percepção sobre a doença, suas causas, as formas de tratamento e os recursos em que se apoiam para enfrentar essas adversidades.

É de conhecimento que Rivers, desde 1924, já se preocupava com a ligação entre a medicina e a cultura, e não a medicina como um problema fragmentado (LANGDON, 1995).

Na atualidade, essa concepção vem sendo revisitada, ocupando espaço de discussão entre os profissionais de saúde preocupados em estudar o processo saúde-doença, considerando o homem, seus relacionamentos socioculturais e sua maneira de lidar com o mundo e consigo próprio.

A Antropologia, nessa concepção, permite examinar as relações entre os modelos de prática, que suportam a organização dos serviços, os programas de prevenção, as intervenções

terapêuticas, e os modelos culturais dos usuários, o que torna possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde (UCHOA; VIDAL, 1994).

A escolha desse referencial fundamenta-se nas possibilidades trazidas pela Antropologia para interpretar as maneiras de pensar e agir sobre o adoecimento, integrando-as ao contexto sociocultural, dadas as limitações do modelo biomédico, principalmente na atenção às pessoas com doenças crônicas (BURY, 2001).

As limitações desse modelo devem-se ao enfoque principal dado pela biomedicina nas áreas de biologia humana, de fisiologia e de patofisiologia, em que a doença é vista particularmente como um processo biológico universal; ao dualismo entre corpo e mente; ao excessivo valor atribuído aos instrumentos tecnológicos e à pouca valorização às dimensões psicossociais da doença.

Embora seja importante reconhecer os processos fisiopatológicos que envolvem as condições crônicas, interpretar a experiência da enfermidade é essencial porque demanda cuidado a longo prazo.

As intervenções tradicionais, ancoradas apenas no modelo biomédico, têm dificultado a compreensão dos problemas e significados envolvidos no processo de adoecimento, assim como da adesão das pessoas com HAS ao tratamento.

Em contraste a essa perspectiva, a Antropologia pauta-se no princípio de que as atividades de cuidado à saúde, que inclui a doença, a resposta à doença, a experiência da pessoa, o tratamento e a rede social estão interconectados, formando o sistema de cuidado.

A doença, nessa concepção, é vista como uma experiência, como um processo subjetivo construído nos contextos socioculturais e vivido pelas pessoas (GEERTZ, 1989). Langdon (1995) Langdon et al. (2006) corroboram com esse paradigma ao enfatizar que a doença não deve ser vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva de aflição. Deve ser entendida como um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

Ancorado nesses pressupostos, é de se compreender que a percepção da doença pela pessoa com o adoecimento é determinada pelas redes de símbolos que articulam os conceitos biomédicos e culturais e definem formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde. É por essa razão que, quando a doença está sob controle, ela não mais constitui motivo de preocupação, e muitas vezes a pessoa suspende os cuidados a que havia se dedicado na fase de exacerbação.

Esse modo de pensar contrasta com a percepção dos profissionais de saúde, uma vez que a doença é vista de forma facetada, como um problema físico ou mental, ou como um distúrbio biológico ou psicológico e dificilmente como um processo multidimensional, com suas ações sendo determinadas pelo conhecimento biomédico.

Diferentes autores têm enfatizado que os dados socioantropológicos deveriam ser mais utilizados pelos trabalhadores em saúde para subsidiar as práticas em saúde. Defendem que os tratamentos prescritos, coexistindo práticas etnoculturais, têm mais probabilidade para o sucesso, ou seja, promoveria um entendimento de comportamento de adesão, pois elas representariam a visão de mundo da comunidade (BERG et al., 2006; IRIART, 2003).

Para implementar práticas efetivas na perspectiva cultural, torna-se imprescindível aprender sobre os rituais históricos e as normas relacionadas à saúde, avaliar os comportamentos de saúde no contexto cultural do cliente para determinar competidores prioritários, obstáculos do meio ambiente, ou etapas de conhecimento e habilidades. Essa compreensão corrobora para reconhecer que as causas da não adesão ao tratamento, podem estar nas diferenças ideológicas ou filosóficas (BERG et al., 2006).

Tendo como base nas ideias de Eisenberg e influenciado por Byron Good (1977), Kleinman (1988), com a noção de modelos explanatórios de doença, descreve em seu Modelo Explanatório (MEs) ou Explicativo as construções "profissionais" (o modelo de doença na aceção biomédica) e "culturais" (correspondente aos modelos populares) de doença.

Associada à elaboração dos distintos modelos explicativos de doença, encontra-se, na Antropologia Médica, a distinção entre *disease*, “doença processo” como as anormalidades dos processos biológicos e ou psicológicos, orientada pela objetividade biomédica.

A “doença experienciada” (*illness*) refere-se à experiência psicossocial da doença, está centrada na subjetividade, a qual inclui os elementos culturais, sociais e pessoais da doença.

Independentemente ou não de serem reconhecidas pela biomedicina como doença, é o modo como a doença é trazida à experiência individual e se torna significativa para o paciente.

Descreve, ainda *sickness* (doença) como a dimensão social da enfermidade. O autor parte da concepção de que os fatores sociais, políticos e econômicos são determinantes sociais da doença.

Almeida-Filho (2001) propõe para os termos norte-americanos descritos por Kleinman, a seguinte equivalência em português: patologia se refere a *disease*, enfermidade a *illness* e doença a *sickness*.

Castiel emprega o termo “moléstia” que representa a doença-experiência em substituição a *illness*. Ele concluiu, ao pesquisar a acepção da palavra, que o mesmo verbete doença refere-se não só a um objeto da medicina, mas também à dimensão da doença-experiência (GADELHA, 2000).

Nessa mesma perspectiva, Oliveira (2002) emprega a acepção “perturbação” como substituto ao termo *illness*, que é a forma como os indivíduos e os membros da rede social percebem os sintomas, categorizam e dão atributos a esses sintomas, experienciando-os, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos específicos em busca da cura.

Apesar das várias acepções encontradas para doença, inclusive em âmbito nacional, optamos em nosso estudo pelas definições de doença propostas por Kleinman, por ser o referencial adotado neste estudo.

Conforme Kleinman (1980), a *disease* (patologia) afeta o indivíduo, mesmo quando ela acomete uma população, mas a *illness* (enfermidade) frequentemente afeta os membros da rede social, pois os familiares, principalmente, compartilham as experiências do adoecimento.

Diante dessas concepções, ele alerta que os profissionais de saúde rotineiramente fazem o uso indevido de enfermidade, que sistematicamente interpretado poderia ter um profundo impacto no cuidado aos pacientes crônicos.

Ele atribui à doença o caráter de expressão cultural, que corresponde a como uma dada coletividade experimenta e concebe a doença, assim como lida com ela. Em todas as culturas, a enfermidade, as respostas a ela, as formas como os indivíduos a experimentam e lidam com ela, e as instituições sociais a ela relacionadas, estão todas sistematicamente interconectadas. A totalidade dessas interrelações constitui o Sistema de Cuidado à Saúde.

O modelo de Sistema de Cuidados à Saúde é uma articulação entre diferentes elementos ligados à saúde, envolvendo a experiência dos sintomas, as decisões em relação ao tratamento, as práticas terapêuticas e a avaliação dos resultados.

Os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo. A doença, nessa concepção, deve ser vista como uma experiência individual subjetiva, que inclui crenças e valores e os modelos de comportamento, sendo esses influenciados pela interação das pessoas com o seu mundo social e com suas interrelações. Assim, os Sistemas de Cuidado à Saúde são social e culturalmente construídos.

Além dessas dimensões, exercem influência na configuração desses Sistemas, os determinantes políticos, econômicos, históricos e ambientais, os quais incluem a geografia, o

clima, a demografia, os problemas ambientais, a poluição, o desenvolvimento industrial e a agricultura.

A estrutura interna do Sistema de Cuidados a Saúde é composto por três subsistemas, quais sejam, Familiar, Folk ou popular e Profissional.

O subsistema familiar, que inclui o indivíduo e suas redes sociais, como familiares, amigos e vizinhos, é o mais importante e o mais utilizado do ponto de vista do itinerário terapêutico. É nele que primeiro se percebem e se experimentam os sintomas, rotula-se e avalia-se a doença, sobre a qual se estabelece a condição aguda, crônica, e se avalia o efeito do tratamento e a cura. Os primeiros cuidados são estabelecidos nesse setor os quais incluem, dentre outros, a alteração na alimentação, o repouso, o remédio caseiro, a automedicação, o suporte emocional e as práticas religiosas.

A pessoa e sua família utilizam crenças e valores sobre doença, o que é parte da estrutura cognitiva da cultura popular, para validar a doença e o papel do doente, ou para desconsiderar sinais de doença por serem tratadas como naturais.

É interessante notar que a pessoa é um membro familiar doente em um setor, paciente em outro, e cliente em outro contexto. Em cada um, sua doença é percebida, rotulada e interpretada e uma forma especial de cuidado é aplicada, o que reafirma que a construção da experiência da doença é frequentemente uma resposta adaptativa pessoal e social.

É nesse setor que se decide quando buscar outro setor para tratamento, se os cuidados estão sendo efetivos, e se eles estão satisfeitos. Mesmo após os pacientes receberem tratamento do setor profissional, eles retornam ao setor familiar para avaliar as condutas e redirecionar as ações em busca da assistência e da cura. A escolha pelos subsistemas apoia-se nas orientações cognitivas e no valor da cultura popular.

O subsistema *folk* ou popular se refere aos especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que utilizam recursos como o uso de ervas, de tratamentos manipulativos, de exercícios especiais e de rituais de cura, dentre outros. Esse setor é uma mistura de vários componentes, alguns intimamente relacionados ao setor profissional.

É frequentemente classificado como secular e sagrado. Representa um subsistema de relevância dentre os demais subsistemas de cuidados à saúde, devido ao aumento desses cuidadores em sociedade em desenvolvimento e a ineficácia do subsistema profissional.

O subsistema profissional compreende as profissões de saúde organizadas burocraticamente, cujos profissionais passam por um treinamento formal. Em determinadas sociedades, incluem-se também nesse setor a medicina Chinesa tradicional e a medicina

Ayurvedica. Outras tradições de cura, como a homeopatia e a acupuntura também foram direcionadas para esse campo.

Os profissionais de saúde que têm o modelo flexneriano como eixo de formação têm dificuldade em reconhecer a existência de outros subsistemas de saúde, para além do profissional, além de considerar o público leigo, outros profissionais e os praticantes folclóricos como irracionais e não científicos. Assim, qualquer atividade relacionada à saúde empreendida pelo próprio cliente ou por qualquer membro de outros setores, é considerada danosa e não deveria ser tolerada.

Nessa visão, o encontro entre médico e paciente é um encontro entre especialista e aquele que é ignorante. Nessa situação, o papel do médico é dar ordens e do paciente é ouvir passivamente e obedecer. Isso faz com que o médico ou qualquer outro profissional de saúde seja mais responsável para o cuidado do que o próprio paciente.

Esta ideologia que permeia a formação dos profissionais de saúde os faz reconhecer que apenas os aspectos biológicos dos problemas médicos são reais, enquanto os aspectos psicossociais e culturais são fenômenos de ordem secundária.

Atualmente, ainda de forma incipiente, alguns profissionais de saúde têm buscado pela participação ativa do cliente no tratamento, tornando-o responsável pelo cuidado, assim como, tem procurado conjugar práticas etnoculturais ao tratamento prescrito, apesar das críticas tecidas por outros profissionais de saúde.

Dada a pluralidade dos sistemas de cuidados à saúde e as singularidades no modo de pensar, faz com que os limites entre os setores funcionam como pontos de entrada e saída para os pacientes que seguem a trajetória para suas doenças através do intrincado sistema de cuidado à saúde.

Nessa perspectiva, o itinerário terapêutico deve ser entendido como o conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento da aflição, permitindo estabelecer a relação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de cada indivíduo.

Na busca pela acepção da palavra *aflição* encontramos em Ferreira (2008): s.f. Grande sofrimento, dor profunda, padecimento físico, angústia, tormento. Pena moral, ânsia, mágoa.

Entendemos a dualidade nesta acepção, pois ela representa tanto a enfermidade como a doença, o que faz com que as pessoas busquem o alívio do ‘grande sofrimento, da dor profunda, do tormento, do padecimento físico e da mágoa’ em diferentes subsistemas de saúde.

Estudos de Loyola (1984) revelam que é muito comum a busca por ajuda terapêutica em diferentes subsistemas de cura, consultando médicos, terapeutas religiosos dentre outros, até que seja compreendida a natureza de seu problema e construído seu significado.

É de se compreender que muitas vezes o insucesso na adesão do cliente à terapêutica, deve-se ao fato de que o objetivo terapêutico do modelo biomédico é intervir no processo saúde-doença, visando à cura da patologia (*disease*) sem considerar a dimensão subjetiva (*illness*) do adoecimento. Nesse modelo, o objetivo é a remissão de sintomas, ou seja, a cura da patologia, denominada de *curing*, em vez da cura da enfermidade (*healing*), que traduz a percepção do paciente sobre seu problema e se ele se considera curado (KLEINMAN, 1988).

Os objetivos terapêuticos da cura da enfermidade (*healing*) não estão necessariamente voltados para os sinais e sintomas, e visam, sobretudo, a trazer ao entendimento do paciente aspectos escondidos da realidade da enfermidade, transformando-a e reformulando a maneira como são compreendidos esses aspectos.

A experiência profissional nos tem revelado a insatisfação de muitos clientes com o atendimento que recebem do sistema formal de saúde. Percebemos que objetivos terapêuticos dos profissionais de saúde e dos usuários divergem e a falta da dialogicidade dificulta a compreensão das necessidades, o que corrobora para o insucesso do tratamento. É por essa, dentre outras razões, que a busca em diversas agências de cura de forma simultânea ou substitutiva, ainda constitui uma realidade, mesmo diante do avanço da ciência.

Os cientistas sociais têm contribuído para esclarecer que as diferenças entre as perspectivas dos agentes de cura e dos pacientes podem influenciar as interações nos cuidados à saúde e no comportamento do paciente quanto ao tratamento.

Para compreender o processo de adoecimento na perspectiva do adoecido, Kleinman elaborou os Modelos Explanatórios (MEs) para os quais define como mapas conceituais/cognitivos de doenças realizados por pacientes e profissionais em todos os sistemas de saúde. Constituem-se de processos cognitivos e comunicativos construídos para ordenar e dar significado à experiência de uma doença, variando mesmo dentro de um determinado grupo cultural, conforme se modificam as reações à experiência e ao contato entre o doente, seus familiares e os serviços de saúde (KLEINMAN, 1988).

A finalidade, a priori, dos MEs era a de ser um instrumento para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes, dada a divergência no modo de pensar e agir diante de um problema de saúde. Diante desse modelo, os médicos foram motivados a discutir diferenças e semelhanças entre os pontos de vista e negociar a melhor forma de tratamento.

Por meio dos MEs, é possível conhecer como a doença é percebida, como as experiências são interpretadas e como as escolhas de tratamento são feitas (AIDOO; HARPHAM, 2001).

Quando os MEs do paciente e do agente de cura se confrontam, é preciso que se estabeleça a relação dialógica para a receptiva negociação entre os modelos a fim de se obter o sucesso do tratamento.

Os MEs, conforme Kleinman (1988), procuram explicar a enfermidade a partir de cinco questões básicas:

1) etiologia; 2) tempo e modo de início dos sintomas; 3) fisiopatologia; 4) curso da doença (incluindo o grau de severidade e o tipo de papel de doente, ou seja, agudo, crônico, incapacitado; 5) tratamento.

Encontramos no decorrer de nossas leituras aspectos críticos tecidos por diferentes pesquisadores acerca da eficácia do MEs proposto por Kleinman e por seus seguidores.

Na concepção dos pesquisadores, a proposta não esclarece como os modelos na visão do adoecido e do profissional de saúde são compartilhados e quais são os elos entre doença e contexto social (RUBEL; HASS, 1990). Essa proposta responde parcialmente à questão da experiência da enfermidade, pois não dá a devida atenção ao fato de, geralmente, as pessoas atribuírem, ao mesmo tempo, diferentes interpretações para as suas aflições (ALVES, 1993). Os MEs não permitem uma visibilidade do processo dinâmico de experiência da enfermidade, porque o conhecimento é sempre recorrente e processual (CANESQUI, 2007). Embora seus proponentes reconheçam a importância dos fatores sociais e interativos, ele acaba por enfatizar apenas os elementos culturais (ALVES; SOUZA, 1999). Apesar de o autor reconhecer que a prevenção integra o sistema de cuidado à saúde, a ele pouco se refere, bem como à noção de promoção da saúde (COELHO; ALMEIDA- FILHO, 2002).

Mesmo diante das críticas aos MEs de Kleinman, encontramos nesse modelo subsídios adequados que nos possibilitaram interpretar os significados da experiência da doença e do tratamento na perspectiva da pessoa com HAS. Esclarecemos que, ao assumir uma preocupação com a interação mente-corpo-sociedade-cultura e sua influência no processo de adoecimento, buscamos nas falas, nos gestos, nas atitudes e nos diferentes espaços onde os fatos aconteceram, analisar as singularidades do modo de pensar e de agir dos informantes e relacioná-las ao contexto sociocultural, a partir de uma interação dialógica e prolongada.

Vários estudos relacionados à doença crônica têm revelado que inicialmente os pacientes mantêm a visão distinta da doença e, após longo período de interação com a perspectiva biomédica autoritária, desenvolvem conceitos de doença que são similares às dos

profissionais de saúde. Outros aspectos como causas e curso da doença ainda permanecem divergentes (HUNT; ARAR, 2001).

A percepção que os pacientes têm sobre o adoecimento orienta suas atitudes em busca de tratamento. É por esse motivo que muitos pacientes com problemas crônicos relataram que a melhora foi muito maior após encontros com os praticantes do sistema de saúde popular do que com os médicos. Tal comportamento pode ser atribuído à similitude entre a classe social do paciente e a do agente de cura, um aumento na ênfase sobre a explanação e uma grande concordância entre o modelo explanatório do paciente e do agente de cura (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 2006).

Com o escopo de superar algumas limitações da concepção de MEs, foi desenvolvido por Good (1977) o Modelo de Redes Semânticas com a finalidade de comparar os MEs da doença sob o ponto de vista da biomedicina e do adoecido e relacionar as crenças sobre as causas das enfermidades, os problemas sociais relacionados ao adoecimento, o rótulo da doença e a busca por cuidados em saúde.

Em sua concepção, a significação dos episódios patológicos seria construída em redes de significações, por meio das quais elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais.

Essas redes de símbolos associadas a doenças seriam utilizadas pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência e exprimi-la de forma socialmente legítima.

Em nosso estudo, optamos pelo modelo explanatório proposto por Hunt e Arar (2001) para contrastar a doença crônica nos contextos do mundo clínico e do mundo vivido, ou seja, do ponto de vista dos profissionais de saúde e das pessoas com HAS.

Esse modelo expande a abordagem do MEs de Kleinman (1988), por explorar diversas metas, estratégias e critérios de avaliação e como eles emergem no tratamento a longo prazo, o que propicia melhor entendimento de como as mudanças de comportamentos recomendadas são entendidas e aplicadas.

Essa abordagem pretende apreender não apenas o entendimento e a explanação da doença, como também a abordagem do profissional de saúde e do paciente para a implementação do tratamento. Os autores reconhecem a possibilidade de divergência entre as duas perspectivas, dadas as diferenças étnicas, sociais e econômicas, e reconhecem também que diferenças podem ter importante implicação na administração efetiva da doença.

Para eles, as metas são como objetivos específicos que cada grupo assegura na administração da doença, as estratégias são procedimentos que cada grupo implementa para

alcançar a meta e a avaliação, que é o critério que cada um usa para julgar o alcance das metas.

Diante das concepções descritas acerca da importância da construção biosociocultural da doença e das diferentes perspectivas do mundo vivido e do mundo clínico e as dificuldades de entendimento do profissional de saúde acerca do conhecimento do senso comum, torna-se imprescindível repensar nossa prática profissional na busca pela compreensão da doença como um processo que demanda interpretação e ação do meio cultural, o que implica a negociação de significados na busca pelo tratamento.

Interpretar o significado da experiência da doença como um processo multidimensional, dinâmico, tendo como mediadores do comportamento as dimensões sociais e culturais para ofertar práticas de cuidado que correspondam às necessidades e às perspectivas do adoecido, constitui, ainda, um dos grandes desafios dos profissionais de saúde.

Ayres (2001, 2005) apresenta esse desafio para os profissionais de saúde, de forma a criar condições para que se torne possível a fusão de horizonte entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e “os projetos de felicidade” da população, tendo em vista que a vida em sociedade é que fornece para nós as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade.

Ancorados no referencial da antropologia interpretativa, buscamos ampliar nossos conhecimentos ao interpretar os significados da experiência na perspectiva da pessoa com HAS para repensar a reorganização dos processos de trabalho em saúde e a implementação de práticas compreensivas e contextualmente integradas entre o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum.

4.1.2 Antropologia: novos elementos para repensar o cuidado relacionado à Hipertensão Arterial Sistêmica

Conjugar conhecimentos sobre HAS numa perspectiva biomédica com as características do homem, como ser que apresenta comportamentos e pensamentos singulares que refletem na suas noções sobre saúde e na experiência com o adoecimento, constitui um novo olhar de um grupo ainda restrito de profissionais de saúde, dentre estes os profissionais da enfermagem.

Diferentes teorias e marcos conceitual têm sido utilizados pela enfermagem para fundamentar o cuidado, a essência de sua práxis.

A teoria da enfermeira Madeleine Leininger, denominada Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, com base na Antropologia, constitui-se em uma proposta para estabelecer uma relação entre a enfermagem originária do sistema formal de saúde e a rede familiar e popular de saúde.

Esses sistemas cuidam de formas diferentes e, em função disso, o enfermeiro, ao interagir com os clientes, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006)

A Antropologia traz contribuições importantes para a atuação do enfermeiro porque possibilita analisar como a pessoa vive no seu cotidiano, suas interpretações acerca do processo saúde doença, os modos de viver e a decisão em busca de cuidado.

Contudo, a dimensão da experiência do vivido é pouco valorizada no processo de cuidar dos profissionais de saúde. Suas ações limitam-se a orientações de forma verticalizada, numa tentativa de controle comportamental.

O cuidado deve ser realizado de forma processual, na vivência humana e apreendido como competência profissional, mediante o compromisso com o humano em sua integralidade corpo/mente/alma, abraçando a ética, a moral e a estética capaz de contemplar as multidimensões da pessoa humana, a partir da transversalidade entre o saber científico e o ser humanístico (NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

As dificuldades relacionadas à compreensão da convivência da pessoa com o adoecimento crônico e com a adesão ao tratamento, contribuíram para o questionamento da eficácia do modelo biomédico e para a necessidade de se conjugar outros referenciais para a práxis em saúde.

Os estudos sobre HAS, fundamentados na Antropologia nos permitem apreender a percepção que as pessoas têm da doença, como pensam e como agem diante dessa condição e das escolhas de tratamento.

As práticas de saúde, nessa perspectiva, passariam do intervencionismo para o controle e para o monitoramento, ou de um modo-de-ser-trabalho, que se dá na forma de interação e de intervenção, para um modo de ser cuidado (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004), tem que a relação não é sujeito-objeto, mas “sujeito-sujeito onde experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade frontal” (BOFF, 2004, p. 95).

A HAS, classificada dentre as condições crônicas, apresenta características peculiares que influenciam a percepção e a convivência da pessoa com o adoecimento. A casualidade na descoberta da doença, a intemporalidade das fases de remissões e exacerbações (SOUZA; LIMA, 2007), acompanhadas por manifestações e perda do bem-estar social (MUNÕZ et al., 2003) e a medicalização, trazem repercussões significativas no modo de ver a vida, porque a doença modifica a relação da pessoa consigo mesma e com o mundo.

Apesar de as condições crônicas aparentemente não terem uma relação entre si, apresentam um ponto em comum: persistem, necessitam de certo nível de cuidados permanentes e compartilham características preocupantes como aumento na prevalência, que constitui um desafio para os atuais sistemas de saúde; a eficiência e efetividade das ações que causam sérias consequências econômicas e sociais e podem ser minizadas com ações que adotem mudanças e inovações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A concepção de Strauss et al.(1984 p.16) sobre as repercussões da doença crônica é apropriada para compreender a complexidade da HAS na vida das pessoas ao mencionar:

[...] são de longa duração, incertas, desproporcionalmente intrusivas, que requerem paliativo porque são incuráveis com repercussões importantes no seu cotidiano de vida, nas suas relações com a família, grupos sociais e instituições de saúde.

Kleinman (1988, p. 8) destacou, em seu conceito de doença crônica, a inseparabilidade da doença com o processo de viver da pessoa, ao mencionar que “ela é assimilada na vida da pessoa, construindo assim o desenvolvimento de uma vida onde a doença se torna inseparável de sua história de vida”.

Diante da inseparabilidade da condição crônica e de suas repercussões no processo de viver, a condição crônica ocasiona transformações expressivas na vida das pessoas, seja na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo a longo prazo. Essas transformações reforçam a tese de que as questões relativas à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências (LANGDON; WIIK, 2010).

Para analisar as repercussões da HAS na vida das pessoas, torna-se imprescindível considerar as peculiaridades da doença, como a cronicidade que leva as pessoas a perder a esperança de melhora, a característica assintomática e as sérias complicações advindas de um controle ineficaz.

Essas peculiaridades repercutem em dilemas para o adoecido, pois, se inexistem sintomas característicos da HAS, não há o que ser controlado (CANESQUI, 2007), pois somente ela é percebida diante da exacerbação de sintomas.

Portanto, perante pessoas com HAS, deve-se perguntar se elas se sentem doentes, pois além de a doença fazer parte da história de vida, na maioria das vezes, apresenta-se de forma assintomática, o que corrobora para não se interromper a normalidade da vida.

Contra a afirmação biomédica sobre a natureza assintomática da HAS, muitas pessoas experienciam sintomas, mesmo na fase inicial da doença, e estes constituem formas culturais e simbólicas que emergem das concepções populares e traduzem a experiência do adoecimento. Assim, a HAS passa a constituir um marco entre o passado e o presente e um futuro de muitas incertezas.

As mudanças no cotidiano de vida, provocadas pelo processo de adoecimento, produzem rupturas no modo de viver, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, enfim, mudanças que exigem uma nova reestruturação em suas vidas (BASTOS; BORENSTEIN, 2004).

Essas mudanças produzem “rupturas biográficas”, conforme rotulam Adam e Herzlich (2001), porque as estruturas da vida cotidiana, seus significados e as formas de conhecimento em que se apoiam, sofrem rupturas, conduzindo o enfermo a mobilizar recursos para enfrentar a nova situação, que inclui o repensar a sua biografia.

A mobilização de recursos para o ajustamento à doença não se restringe apenas aos serviços de saúde, dirige-se também para o mundo do trabalho, da família, podendo acrescentar a influência das demais formas alternativas de cura e dos seus respectivos agentes (CANESQUI, 2007).

Contudo, cada um tem uma maneira singular de perceber a doença, pois recebe influência do próprio modelo cultural e dos diversos modelos culturais próprios dos grupos sociais aos quais pertence, envolve as relações que estabelece com o mundo e o sistema de suporte, pois as pessoas não organizam histórias apenas para si próprias. Dessa forma, a experiência com o adoecimento não pode ser vista apenas pelo seu lado negativo. Estudos atuais têm revelado outra interface da doença. Ela é uma autodescoberta, oferece a possibilidade de renovação e de mudança, ou a oportunidade para pôr à prova a própria capacidade de “mostrar-se à altura das circunstâncias” e “ser um doente bem-sucedido” (HERZLICH, 2004 p. 389).

Apreende-se que a HAS integra o convívio contínuo por parte pessoa e o que se relaciona à doença, como a forma pela qual é interpretada, e os conhecimentos sobre as

medidas para o controle e para o tratamento como o comportamento de risco e a vulnerabilidade, que são fenômenos culturalmente construídos, interpretados e traduzidos como experiência para a pessoa com o adoecimento.

Nessa perspectiva, abordar a dimensão sociocultural das enfermidades de longa duração significa olhar para o sujeito convivendo com uma condição que o acompanha a todos os lugares e cuja forma de entendê-la, explicá-la, representá-la e de lidar com ela decorre de um constante movimento em que interpretação e ação se realimentam reciprocamente, balizadas pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo no qual se inserem (ADAM; HERZLICH, 2001).

Esse olhar, de acordo com esses autores, constitui novos elementos para repensar cuidados que atendam às necessidades e às expectativas das pessoas diante ao adoecimento.

Em consonância com essa perspectiva, o cuidado deve ser entendido

[...] como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social [...] é a “entre-relações” de pessoas, com interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

Estudos que têm como foco a interpretação dos significados atribuídos pelas pessoas à HAS e ao tratamento, que buscam pela dimensão simbólica, ainda são escassos, principalmente na literatura nacional. Alguns desses estudos antropológicos aqui destacados contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento deste estudo.

Carvalho, Talarolli Júnior e Machado (1998), ao compreender as concepções populares sobre a hipertensão arterial em idosos de Araraquara, constataram concepções de etiologia tipicamente populares e ressaltaram que esses aspectos devem ser considerados quando da realização de ações de educação em saúde. Maciel (1994), a partir de seus estudos em Recife, constatou que a aflição físico moral, expressa por meio da linguagem do nervoso, traduzia o significado da HAS. Dressler e Santos (2000), a partir do Modelo de Consonância Cultural, concluíram que quanto maior a consonância cultural de um indivíduo menor será a sua pressão arterial, sendo assim, quanto maior a possibilidade e a habilidade de os indivíduos viverem próximos aos padrões definidos pela comunidade de que compartilham, mais saudáveis eles serão.

Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), em Bambuí, a partir do modelo de signos, significados e ações, investigaram as maneiras de pensar e de agir dos idosos diante a HAS e

constatarem que a doença é de característica sintomática e que, diante dessas manifestações, o tratamento torna-se indispensável. Strahl (2003), na Tanzânia, examinou a experiência da doença como uma representação de sofrimento social e, na percepção dos entrevistados, a HAS é interpretada como uma aflição da modernidade.

Muñoz et al. (2003) investigaram o universo cultural das pessoas com HAS e constatarem a doença como “ruína total”, dado o comprometimento do bem-estar. Vieira (2004), em Carangola, Minas Gerais, buscou relacionar as percepções de pessoas hipertensas e diabéticas que participaram de grupos de aconselhamento, buscando valorizar a linguagem narrativa enquanto possibilidade de troca de conhecimentos entre os diversos discursos e comportamentos envolvidos na convivência e no tratamento dessas doenças. Dela Cruz e Galang (2008), nos Estados Unidos, adotaram o MEs para a *illness* e concluíram que, em geral, o Modelo Explanatório de filipinas americanas com HAS correspondem ao modelo biomédico em relação às causas, às consequências e ao tratamento da HAS.

Souza e Garnelo (2008), em Manaus, tiveram por objetivo avaliar o Programa HIPERDIA em Unidades Básicas de Saúde e concluíram a baixa capacidade de responsabilização, de vínculo, de escuta e de acolhimento. Trad et al. (2010), na Bahia, constatarem a importância dos serviços de saúde na produção de conhecimento e de comportamentos vinculados à HAS. Apesar da forte valorização do sistema formal e do conhecimento médico especializado, foi recorrente a alusão à adoção de práticas domésticas complementares no enfrentamento da hipertensão.

Outros importantes estudos antropológicos, como os de Blumhagen (1980), Helman (1994; 2003; 2009), Suzanne Heurtin-Roberts (1993), Thomas Csordas (1990; 1994), serão apresentados no decorrer deste trabalho.

Esses estudos apontam que a experiência é moldada pelo contexto sociocultural que determina a percepção sobre a doença e a busca pelos recursos de cura.

Os estudos falam menos de doença em si e mais da articulação simbólica na construção de identidades sociais e na inserção dos parâmetros simbólicos da cultura (CANESQUI, 2003).

É oportuno, nesse contexto, apresentar as concepções distintas e contrastantes entre os conceitos de saúde e de doença propostos pela OMS e por Kleinman.

Saúde, para a OMS, “é o estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1998). Doença, na visão de Kleinman (1988, p. 24), é “uma experiência psicossocial, a qual inclui os elementos culturais, sociais e pessoais da doença.

Percebemos que, no conceito de saúde, há a distinção entre corpo, mente e sociedade, enquanto Kleinman reconhece a doença tanto como alterações biológicas, psicológicas como de processos de significação cultural. Para ele, o corpo está conectado ao conjunto de relações que constituem os significados da vida.

O significado de bem-estar pode ser a noção subjetiva de sentir-se bem, não ter queixas ou de não ter prejuízo de desempenho pessoal ou social. Pode também significar condição de satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e das necessidades sociais, o que contraria o conceito da OMS, uma vez que elas não devem ser apenas satisfeitas, mas completamente atendidas. Há que se considerar que os homens sempre criam novas necessidades, portanto estas nunca serão completamente satisfeitas.

Enquanto para a biomedicina, a doença trata de um processo único entre causa, patologia e tratamento, para a antropologia, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida, em primeiro lugar, como um processo experiencial cujo significado é elaborado por intermédio de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como um evento biológico (KLEINMAN, 1995).

Na visão de Kleinman (1978), a saúde, a enfermidade e o cuidado são parte de um sistema cultural e, assim, devem ser entendidos em suas relações mútuas; examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza de cada um deles e o modo como funcionam em um dado contexto.

Fundamentado nessas concepções e em nossas vivências com as pessoas, percebemos que conviver com a HAS é uma situação complexa, pois a doença passa a ser incorporada ao processo de viver e requer para o efetivo controle o monitoramento contínuo, a convivência com os efeitos adversos das medicações, com as limitações, incluindo a medicalização da vida. A vida passa a ser cerceada principalmente pelos profissionais de saúde, que numa atitude prescritiva, que precisa mudar o comportamento ou estilos de vida, sempre ordenam, não coma, não fuma, não beba, tome sempre os medicamentos.

A partir dessas premissas, buscamos interpretar os significados da experiência na perspectiva da pessoa com a HAS, para que, como mediadores desse conhecimento, possamos estimular os futuros profissionais a adequar os cuidados às pessoas com HAS, de acordo com as suas necessidades e com os contextos sociais e culturais nos quais eles se inserem.

Em consonância com o referencial teórico proposto para o estudo, adotamos a pesquisa interpretativa e o método etnográfico.

4.2 Trajetória Metodológica

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa interpretativa que, conforme Minayo (2008), é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das motivações humanas, produtos das interpretações que os agrupamentos humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

O universo das investigações interpretativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.

A pesquisa interpretativa busca explorar, descobrir, descrever, e interpretar o fenômeno do mundo, numa tentativa de compartilhar significados na busca pela compreensão aprofundada da experiência humana (MOREIRA; CALLEFE, 2006).

Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores estão interessados em ter acesso a documentos, experiências e interações em seu contexto natural e de uma forma que dê espaço às suas particularidades e aos materiais que serão estudados.

Uma característica dessa metodologia é que os pesquisadores são parte importante do estudo, seja na sua posição de pesquisadores, seja em termos de suas experiências no campo e com capacidade de reflexão que trazem ao todo como membros do campo em estudo (FLICK, 2009).

A pesquisa interpretativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem a suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem esse mundo (POPE; MAYS, 2009).

Moreira e Caleffe (2006) corroboram com esses autores e ressaltam que o pesquisador deve iniciar o estudo com um conjunto geral de problemas ancorado em uma estrutura teórica; deve ser capaz de reconhecer, classificar e distinguir as sutilezas do significado que emergem dos dados. Deve, ainda, buscar em diferentes ferramentas e técnicas suporte para coleta de dados e ter em mente a necessidade de uma interação dialética contínua, análise, crítica, reiteração, reanálise, levando a uma construção articulada do caso.

Apesar da pluralidade de interpretações das correntes de pensamento, todas têm em comum o reconhecimento da subjetividade e do simbólico como partes integrantes da realidade social. Elas trazem para o interior das análises o “indissociável imbricamento entre

subjetivo e objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações” (MINAYO, 2008, p. 60).

Essas definições vêm ao encontro dos objetivos propostos para este estudo, porque nos possibilitaram identificar e analisar a mediação que exercem o social e o cultural na construção de formas de pensar e de agir das pessoas com a HAS.

Nas leituras, aprendemos que os maiores atributos da pesquisa na perspectiva da Antropologia são a análise e a interpretação dos significados das experiências do homem inserido no seu contexto de vida, o que contribui para repensar nossa práxis.

4.2.2 Etnografia

Adotamos o método etnográfico, pois ele propicia um olhar diferenciado para o processo de adoecimento ao levar em consideração as dimensões sociais e culturais para além da biológica.

Geertz compreende a etnografia

[...] como uma descrição densa, [...] é como tentar ler no sentido de construir uma leitura, um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não como os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado (1989, p. 20).

Entende-se por descrição densa, não apenas a descrição minuciosa de detalhes, de contextos, de emoções e de nuances de relacionamento social que se fizeram presentes durante a coleta de dados, mas, sobretudo, o esforço intelectual que representa para os pesquisadores a análise dos dados e a interpretação dos significados.

Para Geertz, a etnografia não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha.

Como um método de pesquisa, a etnografia se caracteriza por ser desenvolvida onde as pessoas vivem e os fatos acontecem; ser face a face num processo dialógico de interação em longo prazo; holístico, por revelar o retrato mais completo possível do grupo estudado e conduzido de modo a usar um acúmulo descritivo de detalhes para construir teorias explicativas (ANGROSINO, 2009).

Na concepção de Magnani (2002), a etnografia permite um olhar de perto e de dentro, diferente de um olhar de fora e distante, o que nos possibilita novas leituras sobre a realidade, revelando a lógica e os desdobramentos de fatos inicialmente percebidos como fragmentados e sem lógica.

A etnografia constitui uma estratégia que informa o trabalho de pesquisa, rica para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e das representações. Possibilita por todas as suas características, acessar a complexidade, a singularidade, e a "arte de fazer." Permite documentar o não documentado, obter sempre uma descrição, como produto de trabalho analítico, permanecer muito tempo no campo, interpretar e integrar conhecimentos locais junto com a descrição, construir conhecimentos, descrever realidades particulares, relacionando-as às inquietações gerais (SATO; SOUZA, 2001).

Constitui um método adequado aos referenciais teóricos propostos neste estudo, pois o acesso ao campo, a posição de não-saber, a procura de um saber que é de outro, o contato, a entrevista com os atores sociais para assimilar o vocabulário e o universo dos sentidos dos informantes, implicam uma forma de análise e de intervenção do tipo fundamentalmente hermenêutico (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2010).

Por meio da hermenêutica, é possível entender como as pessoas no seu cotidiano lidam com suas experiências. A análise da linguagem e das ações que se desenvolvem nesse cotidiano permite definir os códigos que estruturam o pensamento e conferem um significado ao mundo (GEERTZ, 1989)

Estudos nessa perspectiva que elegem a relação "dialógica" e a "fusão de horizontes" como condições do saber, exigem a inclusão, a penetração e o confronto dos horizontes culturais do pesquisador e do pesquisado (COSTA, 2002). A fusão de horizontes requer do pesquisador um constante exercício de autorreflexão e crítica para evitar o relativismo cultural e o etnocentrismo.

A pesquisa etnográfica tem sido desenvolvida com a preocupação principal de entender a visão de mundo e as experiências vividas pelas pessoas no seu cotidiano. Ela traz contribuições relevantes ao campo das pesquisas qualitativas, principalmente, quando se busca compreender a complexidade dos comportamentos relacionados ao processo saúde-doença (MATTOS, 2001).

Para compreender esses comportamentos, é preciso reconhecer a cultura como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana, o que possibilita atribuir sentido e significado às coisas do mundo e às nossas ações, pois ela influencia a percepção das pessoas acerca da saúde e da doença e o modo de agir na busca por cuidados.

Esses comportamentos que se relacionam ao processo saúde doença são apreendidos a partir de uma relação dialógica, com base nos “critérios de multidimensionalidade, bidirecionalidade e simetria ou de reciprocidade”, tendo como princípios de causalidade os processos biológicos, sociais e subjetivos (MARTINÉZ-HERNÁEZ, 2010, p.15).

Ao adotar a etnografia como método de pesquisa, tendo como princípios a relação dialógica e prolongada com os informantes, o abrir-se para o conhecimento do senso comum, numa visão de perto e de dentro, nos permitiu decifrar os códigos que dão o sentido à maneira de pensar e de agir dos informantes convivendo com a HAS, numa visão geral e contextualizadora da realidade e, ainda propiciou ao pesquisador e ao informante, a troca, o envolvimento e a transformação de ambos.

No que se refere à coleta de dados, de maneira geral, há um consenso entre os pesquisadores de que ela envolve a participação do pesquisador, cobrindo a vida diária das pessoas por um extenso período de tempo, ouvindo, vendo o que acontece, perguntando questões em entrevista formal e não formal e a busca dos dados em diferentes fontes documentais.

Na perspectiva de Hammersley e Atkinson (2007), o trabalho etnográfico requer que o pesquisador se coloque no campo para analisar a ação das pessoas no seu contexto diário, mais do que as condições criadas pelo pesquisador. Os dados são obtidos de várias fontes e sua coleta não envolve acompanhamento de um desenho de pesquisa detalhado.

O pesquisador entra para a entrevista com uma lista de assuntos a serem investigados, adota a mais flexível abordagem, o que permite a discussão fluir em um caminho que parece natural. Em diferentes momentos da entrevista, a abordagem pode ser diretiva ou não diretiva, dependendo da função pretendida pela questão.

De acordo com esses autores, cumprimos as seguintes etapas: a escolha do contexto social, o trabalho de campo e a análise dos dados.

4.2.3 A escolha do contexto social

Essa etapa envolve a escolha dos informantes da pesquisa e o local onde eles vivem. Para apreender as teias de significados atribuídas à doença e ao tratamento, seu local de moradia, seus sistemas de cuidados de saúde e sua história compõem o cenário deste estudo.

4.2.3.1 O grupo social pesquisado

O grupo social selecionado foi composto pelas pessoas com HAS, cadastradas no HIPERDIA de uma Unidade de ESF de uma cidade do Sul de Minas Gerais.

Elegemos a ESF para tornarmos mais próximos e integrados com os valores culturais das pessoas e de suas famílias, por ser uma área de atuação de um projeto de extensão universitária e para encontrar respostas as nossas inquietações acerca da convivência da pessoa com a HAS.

De acordo com o Consolidado Anual de Famílias cadastradas por área da Secretaria de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente, do Sistema de Atenção Básica (2008), a ESF é composta cinco áreas adstritas, compreendidas por 881 famílias cadastradas, totalizando 2911 pessoas, das quais 1390 são do gênero masculino e 1521 do gênero feminino. A faixa etária predominante é de 20 a 39 anos. Das 2911 pessoas cadastradas, 227 têm cobertura de plano de saúde. Em 878 domicílios, o destino do lixo é coletado; em 3 residências, o lixo mantém-se a céu aberto, e em 847 residências, a água é filtrada.

Contudo, é importante destacar que se encontra em estudo na Secretaria Municipal de Saúde a reestruturação das áreas adstritas pertencentes a essa ESF.

Conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de junho de 2009, referente ao HIPERDIA, foram cadastradas 508 pessoas com HAS, o que corresponde a 17,45% da população. As pessoas com HAS são classificadas conforme o grau de risco, sendo alto, médio e baixo. Essa classificação, em consonância com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), visa a um melhor acompanhamento, pois leva em consideração o acometimento de órgãos-alvo, de valores pressóricos e de co-morbidades associadas.

De acordo com essa classificação, estabeleceu-se o aprazamento para o acompanhamento, sendo que os de alto risco devem retornar à Unidade de 2 em 2 meses, os de médio risco, de 4 em 4 meses e os de baixo risco, anualmente.

Para a seleção dos informantes, foram considerados os seguintes critérios que estivessem cadastrados no HIPERDIA da Unidade de ESF; que fossem residentes em áreas que permaneceriam mesmo após a reestruturação da ESF; com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do gênero; com capacidade para responder às questões e que concordassem em participar do estudo.

4.2.3.2 Local do Estudo

No contexto do município, de acordo com Ayer (1986), a cidade surgiu no início século XIX, a partir da construção da Capela de São José e Dolores.

Localiza-se no Sul de Minas Gerais, banhada pelo lago de Furnas, com população de 74 mil habitantes; é atendida por 3 hospitais gerais, sendo um de ensino; 13 Estratégias de Saúde da Família (ESF); 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 3 Ambulatórios; 1 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) tipo I; 2 universidades, sendo uma pública e uma privada; 2 jornais de circulação regional; 4 emissoras de rádio, sendo duas universitárias; e uma emissora de televisão.

Em relação ao histórico do bairro, é descrito que, na segunda década do século XX, foi construída uma capela em homenagem aos Santos Reis, edificada na região outrora conhecida por *Aflitos*, composta por moradas rústicas, cobertas de sapé, e que é considerada nos dias de hoje como a mais antiga capela em homenagem aos Reis Magos construída em Minas Gerais. A primeira missa foi nela celebrada em 1917. O local foi pouco a pouco se expandindo em torno da capelinha, moldando o atual bairro, já incorporado ao perímetro urbano. A capela ainda está de pé, e é uma grande referência para a cultura popular regional.

Os negros foram (e ainda o são) importantes figuras na manutenção do patrimônio cultural representado pelas festas e pelos folguedos populares. Hoje compõem grupos que, já "misturados" aos brancos, quer seja pela miscigenação racial, quer seja pela convivência social, são expressivos mantenedores da cultura popular na região, conservando costumes de origem africana como as congadas e as folias de reis. O bairro localizado numa região de altitude está distante a 2 km do centro da cidade; limita-se com um bairro de classe média alta. Recebeu no passado, e ainda perduram na concepção de algumas pessoas mais antigas da cidade, diversas denominações, algumas inclusive pejorativas. [...] *quando eu vim pra cá, daqui pra cima num tinha nada, era tudo mato, num tinha água, num tinha esgoto, tinha só uma mina lá embaixo, as ruas eram só de terra, num era rua não, era um trilho, aí tinha que subi com as lata d'água na cabeça, dia de chuva, era cada tombo só você vendo* (Cleonice, 58 anos). [...] *aqui chamava 'escorrega um e cai dois, porque aqui tinha só um trilho de terra, e quando chovia, fazia buraco e por causa desse morro, a pessoa num conseguia subi, se sabe que nem condução num subia não* (Isadora, 74 anos). [...] *também lembro que o povo da cidade chamava aqui de 'cata piolho' e 'esquenta sol' porque as mulheres ficavam na porta da casa catando piolho na cabeça das crianças* (Isadora, 74 anos e Maria Cândida, 75

anos). Outra denominação muito utilizada no passado era ‘Aflitos’ que, na concepção de alguns dos mais antigos moradores do bairro, *é porque aqui o povo era muito divertido e briguento* (Pedro, 80 anos e Maria Cândida, 75 anos), *eu acho que é porque o povo era muito sofredor* (Cleonice).

A ACS4 e a M lembram histórias dos moradores que expressam formas de exclusão social [...] *tem uma história que um usuário me contou uma vez, que ali em cima passava a linha de trem que ia até Cruzeiro (SP), que quando o trem passava, as pessoas que estavam doentes, principalmente com hanseníase e tuberculose não aguentavam seguir viagem e desciam aqui e ficava morando aqui, foi assim que começou o bairro.*

Segundo M, até há pouco tempo, era alto o índice de Hanseníase e de Tuberculose. Atualmente, a Hanseníase está mais sob controle. Salienta a dificuldade no tratamento e no controle dessas doenças porque muitas pessoas recusam o diagnóstico.

Percebemos que as pessoas experimentaram e ainda carregam consigo sentimentos de estigmas e de formas de exclusão social.

Cleonice, 58 anos; Pedro, 80 anos e Maria Cândida, 75 anos lembram que as festas, principalmente em homenagem aos Reis Magos, aconteciam na porta da igreja. Eram muitas folias de reis, mas aos poucos foram se acabando. [...] *aqui fazia muita festa, tinha barraca, leilão, agora as pessoas mais novas não querem saber disso não, mais era uma brigaiada danada* (pausa, coloca a mão na boca e gesticula com a cabeça de forma negativa) *só a senhora vendo...*(pausa) *quando tinha festa a gente nem dormia, de tanta bagunça, tinha muita facada* (Cleonice, 58 anos). [...] *aqui pra cima*, (aponta com o dedo em direção ao bairro de classe média) *era o cemitério dos bichiguento* (varíola) (Cleonice, 58 anos e Isadora, 74 anos). *Eles falavam que num podia entrar lá, nem pisar descalço, até há pouco tempo, antes de construir aquela casa ali, a senhora está vendo* (aponta para uma casa logo do início do bairro de classe média) *tinha uma carneira, eu lembro muito disso. Nossa!...*(pausa e coloca a mão no rosto) *mais aqui era só casa de sapé, num tinha carro, o povo bebia muito e quando ficava ruim, tinha que ir lá no hospital de carroça ou ia lá de carro de boi.* [...] *aqui as meninas não podia de jeito nenhum namorar, nem casar com gente que num era daqui, tinha uma turma que ficava lá na ponte* (aponta para a ponte no início do bairro), *se eles visse um rapaz que era diferente aqui, eles davam uma coça nele que quase matava* (coloca as mãos postas) *então as meninas só podiam namorar só gente daqui* (Cleonice, 58 anos). Esse fato explica a razão pela qual os casamentos aconteciam e ainda acontecem, com maior frequência, entre as famílias ou com os conhecidos do bairro.

As famílias, donas de grandes terrenos, dividiam seu patrimônio para a construção da casa dos filhos, sendo que até hoje permanece essa tradição; em algumas, é possível constatar a inexistência de muros entre a casa da mãe e a dos filhos.

Essa tradição é confirmada pelos trabalhos de saúde. [...] *eles não gostam de gente que num é do bairro morando aqui, é a cultura deles. A cultura deles é assim, eles casam só com gente que é daqui. Agora até que mudou um pouco, mais antes era só gente daqui mesmo* (ACS2). [...] *aqui é assim, é a casa da mãe, dos filhos tudo pertinho, do lado, as cunhadas* (ACS3). [...] *sabe o que eu acho, quando eles tão aqui pra consultar e tem gente de outro bairro aqui pra consultar, eles num gostam não. Eles ficam separados, eles têm um problema interior, eu não sei o que é isso, eles têm alguma coisa diminuído, eles não gostam que os outros venham aqui não, principalmente os da Vila F* (ACS2). [...] *eles são mais fechados e retraídos* (ACS5).

O índice de parentesco entre os moradores é grande, bem como a semelhança nas trajetórias de vida; nasceram, viveram, casaram e criaram seus filhos na comunidade, exercendo atividades profissionais como pedreiro, lavrador, donas de casa e empregada doméstica.

Na concepção da esposa de Vinícius, [...] *aqui era muito bom, o povo era bom demais, era calmo, depois que fez aquelas casa ali* (aponta para as casas construídas pelo governo municipal) *é que veio um povo estranho pra cá. Agora a gente tem até medo de saí. Vinícius, 54 anos também tece seus comentários sobre as mudanças que ocorreram no bairro [...] eu gostava muito de sentar naquele banco ali, debaixo daquele jatobazeiro* (aponta para uma grande árvore que está na esquina de sua casa), *mais um dia eu estava lá e vi umas pessoas muito esquisitas e ouvi umas conversas estranhas... eu tive até medo, abaixei a cabeça, cruzei as mãos, fiquei quietinho e fui saindo de fininho* (fala com o olhos semifechados e com a testa franzida), *nunca mais eu sentei lá.*

Constatamos que a urbanização, tendo como consequência a entrada de pessoas estranhas ao bairro, rompe com a tradição e afeta a identidade cultural.

Na concepção da ACS4, eles deveriam sentir orgulho por residir no bairro [...] *eu acho que eles tinham que ter orgulho, porque é o bairro mais antigo da cidade, mais não, eles falam que moram em outro bairro.*

Certo dia, perguntei de forma equivocada a um dos usuários há quanto tempo ele morava no bairro Santos Reis, pois a princípio tinha dificuldades de estabelecer os limites do bairro. Ele, de forma agressiva, me respondeu que nunca havia morado neste bairro, ele morou a vida toda na estação.

Mas os problemas decorrentes da urbanização, da violência e da falta de estrutura do bairro, motivaram seus moradores a repensar as condições em que vivem, como podemos perceber no depoimento de Paulo: [...] *agora que eu já estou velho num dá mais pra saí daqui não, mas aqui num dá para morar mais não, num tem nada, num tem um açougue uma padaria, um mercadinho, num tem nada. Aqui num tem nada, nem essas coisa é....*(pausa) *associação de bairro, não tem. Pra falar a verdade, nunca teve nada, nem quando tinha aquele vereador, então as coisas ficam difíceis. Você sabe que ônibus mesmo demorou muito pra ter aqui, porque o povo era tudo pobre, num tinha dinheiro para andar de ônibus, depois eles até quiseram tirar, mas quando entrou essa Alfetur, eles mudaram o caminho do ônibus, e agora vai até lá em cima (bairro de classe média limítrofe), mas até hoje, é pouca gente daqui que anda de ônibus. Agora aqui num tem nada, é só uma confusão danada. Teve uma vez que montaram uma escola aqui, aqui na igreja (aponta para cima), e quando foi começar eles vieram aqui saber se eu tinha interesse, eu falei que eu tinha. Eu fui lá, e a professora misturou os que sabiam, com os que não sabiam nada, aí eu pensei* (pausa) *o que que eu vou aprender com isso! Vou largar mão disso!*

Segundo relato dos informantes, não é costume as visitas de amigos, nem da família, exceto por motivo de doença ou festa. No bairro havia, até há poucos anos, três terreiros de umbanda, mesa branca e um consultório do terapeuta leigo, constituindo o subsistema popular de grande procura para tratamento da aflição de muitos informantes. Atualmente, apenas o terapeuta leigo oferece atendimento, porém, com menos frequência, devido a seu estado de saúde. Ele comenta essas mudanças ao dizer [...] *aqui antes o movimento era tanto, era de dia e de noite, que este banco que esta aí do lado de fora* (aponta com dedo um banco de tábua na porta da sua casa de cerca de 5 metros) *ficava cheio de gente. Mais agora...*(pausa e esfrega as mãos no rosto) *eu atendo mais pouco, porque estou doente e tive internado* (terapeuta leigo em 16/09/2010). *Ele ficou doente assim, diz a esposa, porque não tinha tempo nem para comer, eu punha comida para ele no prato, ele dava uma garfada já tinha gente chamando, ele largava, quando voltava já estava frio, é isso que fez ele ficar doente, agora num dá pra ele comer, tá tudo fechado até aqui em cima* (aponta do estômago até o esôfago). *É...*(pausa e olha fixo em minha direção) *mais eu vou continuar atendendo porque eu faço as coisas para o bem, porque é Deus na frente junto com N. Sra. Aparecida.*

No decorrer de nosso estudo, em dezembro de 2010, o terapeuta leigo veio a falecer por “doença ruim” (segundo a esposa). Mais tarde tive a confirmação da equipe da ESF que teria sido câncer de esôfago.

Ao se chegar ao bairro, sentido centro-bairro, há dois grandes terrenos que foram vendidos à prefeitura; não são cercados, têm lixo, restos de material de construção e ainda servem de pastagem. Nessa área, tem uma mina, que segundo os moradores é uma água de “boa qualidade”, que serviu a comunidade durante várias décadas. As mulheres utilizavam essa água para lavar roupa, tomar banho e cozinhar. Ao lado dessa mina, tem uma ponte de concreto, mas parte dela está quebrada, têm alguns fios de arame farpado amarrado da ponte a um galho de árvore, porém ainda oferece perigo para os menores. Alí passa um córrego de água suja e mal cheirosa; o esgoto até há pouco tempo, corria a céu aberto e passava ao lado desse córrego, que foi recentemente canalizado. Ainda, próximo as suas margens, há muitas minas, onde são cultivadas três grandes hortas de verduras. Logo na entrada do bairro, funcionava uma igreja evangélica, mas as atividades foram suspensas, segundo Margarida, porque as instalações apresentavam sérias rachaduras. [...] *está tudo rachado, mais eles fizeram essa igreja dentro de uma mina, e lá era um aguão danado.* Ao caminhar um pouco mais, cerca de 150 metros e subir a ladeira, está a Unidade de ESF. Ela ocupa as antigas instalações de uma escola estadual, mas foi adaptada para o funcionamento da unidade. Ao lado desta, funciona o Centro de Atendimento Psicossocial I-CAPS I.

O movimento nesse centro é constante. Alguns clientes ficam na porta, caminham pelo bairro, ou vão até a Unidade. Mais adiante, cerca de 300 m de caminhada ladeira acima, estamos no ponto mais alto do bairro onde se localiza a igreja católica. É uma construção pequena, pintada de verde claro com molduras brancas, partes já descascadas. O acesso é apenas pela frente com degraus e rampa e a entrada se dá por uma porta de madeira; tem uma pequena torre com sino. O seu interior está conservado, com piso e paredes claras, com bancos de madeira, altar em granito e, atrás deste, um grande crucifixo e as imagens dos Reis Magos. A posição destas imagens na igreja tem sido motivo de muitas discórdias entre alguns informantes e ministras da eucaristia. No entender dos informantes, as imagens representam os padroeiros do bairro e da igreja, por essa razão, merecem ser colocadas na frente e não atrás da porta como havia sido definido.

A igreja abre duas vezes por semana, para catequese e para missa dominical. São poucos os moradores que frequentam a igreja. A área ao redor da igreja é cimentada, mais mal conservada e suja, tem, quatro bancos de cimento em bom estado de conservação e outros dois quebrados, que até há pouco tempo, ficavam encostados no meio fio. Algumas árvores fazem sombra nos bancos atrás da igreja. Esse é o ponto dos etilistas, denominado pela comunidade de a “turma do combate”, que, segundo informações, apresentam alta taxa de tuberculose. A casa de um deles está atrás da igreja; é denominada pela comunidade de “casa

dos artistas”; foi a primeira casa do bairro a ser reformada pelo governo municipal. A casa é térrea, tem uma pequena varanda na entrada, um vitrô sem vidro que tem como cortina um cobertor rasgado; tem muito lixo na porta; vários cachorros dentro e fora de casa. A porta da casa fica permanentemente aberta; segundo os vizinhos, a casa é muito suja; não tem água nem esgoto, e é considerado o reduto de muitos etilistas de outros bairros.

Ao lado da igreja, funciona uma creche municipal e um ponto de circular.

As ruas do bairro são asfaltadas, estreitas e tortuosas, formadas por travessas, becos e ladeiras, com as quais temos que dividir o espaço com carros, galinhas, cavalos e cachorros.

Além disso, pedras soltas do asfalto ou restos de britas constituem um fator para escorregar nas ladeiras, experiência vivenciada durante minhas caminhadas. As calçadas, construídas em degraus, estão presentes em algumas ruas, mas na sua maioria, estão ocupadas por restos de materiais de construção e/ou por plantas. As ruas não são varridas; o lixo é coletado apenas duas vezes por semana, na quarta e na sexta feira. Em frente à igreja, algumas casas estão abaixo do nível da rua, o que obriga a ter escadas ou corredor em grande declive para chegar até elas. Na sua maioria, as casas são térreas; reformadas recentemente com apoio da prefeitura; cobertas com telhas de amianto; pintadas em cores de tons vivos; algumas, ainda rebocadas e outras, em tijolos aparente. Em uma rua do bairro, há três sobrados com janelas de vidro, portões de ferro e garagem. Em duas casas, há uma cruz de madeira fixada na porta de entrada; em uma delas, está escrito em preto e com letras cursivas “Protegei esse lar”. Essa cruz serve de proteção e é sinal *que nossos somos católicos*, diz José, 74 anos.

Ainda há alguns terrenos baldios no bairro que servem para depósito de lixo, de móveis velhos e restos de materiais de construção. As casas são limpas, os móveis são simples, mas bem conservados; em todas as casas dos informantes, há pelo menos geladeira, fogão e televisão. Na perspectiva da ACS2, [...] *aqui é engraçado, eu pensei quando comecei a trabalhar que aqui tinha miséria, mais aqui eles têm tudo de bom dentro de casa, móveis, geladeira, melhor que o meu*. As casas, principalmente próximo ao CAPS, são trancadas, porque segundo os moradores, os usuários desse serviço costumam entrar nas casas. No bairro, há três bares que vendem bebidas, cigarros e guloseimas; um deles é depósito de pão, e um, recentemente aberto, ao que me parece, só vende bebidas, pois ele abre somente à noite e um comércio informal para venda de picolé e “chupchup”, termo utilizado ao refresco congelado, preparado com suco de frutas naturais ou artificiais e acondicionado em pequenos sacos plásticos.

Gerusa nos diz que precisava ter no bairro, uma farmácia e um mercadinho. [...] *se precisar de qualquer coisa aqui em casa tem que ir lá em cima* (centro). Um ponto de ônibus

urbano circula no local 4 vezes ao dia, passa por duas ruas localizadas na parte de cima do bairro. A escola mais próxima está distante 1,5 Km. Há mais de 15 anos não há representante de bairro; o último foi um vereador.

Essas condições, aliadas à história de vida de cada um, influenciaram as relações sociais, o modo como perceberam a saúde e a doença, como construíram seus itinerários terapêuticos, suas atitudes e seus comportamentos.

4.2.3.3 Unidade da Estratégia de Saúde da Família

O atendimento de saúde é realizado pela Unidade da ESF, que abrange cinco áreas adstritas.

A reestruturação das áreas é um processo ainda incipiente, tendo em vista a implantação de outra ESF em uma das áreas adstritas. Segundo ACS4, quando foi realizar o cadastramento dos moradores de uma nova área, uma pessoa ainda lhe perguntou: *[...]então nós temos que ir lá pros Aflito? Eu nem sabia que aqui tinha este nome!*

Essa reestruturação tem sido motivo de preocupação na equipe, tendo em vista a dificuldade de acessibilidade geográfica e de deslocamento pela falta de transporte coletivo próximo à Unidade, e por tratar-se também de uma população idosa.

A estrutura física da unidade é térrea, com acesso para entrada de carro até próximo à recepção externa. A unidade é fechada por grades de ferro pintadas de azulão; seu acesso é por rampa; a entrada é constituída por uma sala de espera externa coberta com telhas de cerâmica, com 8 cadeiras estofadas de verde e avisos na parede sobre a campanha de vacinação e sobre o horário de funcionamento da farmácia. Essa área dá acesso por uma porta de vidro à recepção interna. Nessa recepção há também 8 cadeiras estofadas de cor verde logo na entrada; ao fundo está a mesa para a secretária, telefone, relógio de parede, quatro arquivos de metal onde ficam as pastas das famílias e um bebedouro. Sobre a mesa há um computador, telefone e copos de café para tomar água. A parte interna da Unidade é separada da recepção por uma porta de madeira que fica permanentemente aberta. Ao adentrar as dependências internas, atravessamos um corredor estreito com iluminação artificial. Logo na primeira porta, há um banheiro masculino e um feminino para os usuários; mais adiante, uma porta que dá acesso à sala de dispensação de medicamentos; uma porta de acesso interno para sala de vacina; uma sala de pré-consulta; dois consultórios médicos; um consultório odontológico;

uma sala da enfermagem onde também funciona o consultório ginecológico; uma sala para as agentes de saúde; banheiro de funcionário; copa e um pequeno almoxarifado. As salas são pequenas, pouco ventiladas e a iluminação é natural. O mobiliário está bem conservado. Não dispõe de salas específicas para grupos operativos e para reuniões da equipe; quando necessário, compartilha-se o espaço com a sala das agentes comunitárias de saúde. Nessa sala, há uma mesa com 6 cadeiras, um computador e quadro de avisos. Na sala de pré-consulta, é realizada a triagem. Logo na entrada, há uma mesa e duas cadeiras; ao lado desta, está o aparelho de pressão coluna de mercúrio; mais ao fundo, a balança; uma mesa para consulta; escada de dois degraus; um armário; pia; suporte para sabão líquido e toalhas de papel. O ambiente é limpo e conservado. Há uma área externa ao redor de toda a unidade, com acesso à farmácia e à sala de vacina.

A sala destinada à farmácia é pequena. Na entrada há uma cadeira para o usuário; uma mesa com computador e, ao lado desta mesa, prateleiras onde estão dispostas as medicações em ordem alfabética.

A Unidade conta com uma área externa que, a nosso ver, parte desta poderia ser usada para a construção de mais uma sala destinada às reuniões da equipe e para grupos operativos.

No que concerne ao seu funcionamento, as atividades são desenvolvidas por meio de uma equipe constituída por uma enfermeira; uma médica clínica geral; uma médica pediátrica; duas auxiliares de enfermagem; sendo que uma fica na sala de vacina e a outra na pré consulta e nos cuidados como inalação e curativos, na prestação de assistência externa por meio de visita domiciliária; seis agentes comunitários de saúde; uma secretária; uma atendente de farmácia; uma dentista, uma auxiliar de higiene odontológica e uma funcionária de serviços gerais. Atuam também, uma vez por semana, na Unidade, uma fisioterapeuta; uma psicóloga e uma nutricionista. A ESF constitui campo de estágio para acadêmicos dos cursos de farmácia e de enfermagem da universidade pública e dos cursos de enfermagem, fisioterapia e medicina da universidade privada.

Na Unidade, funciona apenas o grupo de gestantes que tem suas reuniões agendadas semanalmente. Os encontros são realizados na sala das agentes comunitárias de saúde.

A M está em licença maternidade e retorna às atividades na segunda quinzena de outubro, pois gozará de férias após a licença maternidade.

Quando mencionei com a E que eu havia começado a minha coleta de dados em momento atípico da Unidade, dada a ausência da M, ela me disse que atípico está há muito tempo, pois desde que começou a epidemia da gripe A no ano passado, a M tem se ausentado do trabalho devido à gravidez. Essa fala também ecoa entre os demais membros da equipe.

Por reivindicação da equipe e de determinados usuários, segundo informações, conseguiu-se um médico para atendimento às segundas-feiras, a partir do dia 17 de maio. No entanto, tal atendimento não atende à demanda e ocasiona insatisfação tanto para a equipe como para os usuários do serviço.

No primeiro dia de atendimento médico, após cerca de mais de 30 dias sem consulta, fui para a Unidade. Cheguei às 13 horas; estava um transtorno; um grupo de acadêmicos do curso de enfermagem do lado de fora, esperava algo e conversava animadamente assuntos pessoais. Aguardavam pelo atendimento 20 usuários. Fiquei de pé, com observação atenta às expressões e falas. Uma das usuárias reclama da demora do atendimento médico. Diz estar ali desde as 10 horas. Outra usuária, ao meu lado, diz que é moradora de um bairro distante a mais de 2 Km que pertence à ESF. Investiguei o motivo da consulta e ela me disse que tem Diabetes Mellitus e HAS e estava ali em busca de encaminhamento para o cardiologista. Relata que, até então, os remédios prescritos para HAS, não tiveram resolutividade, pois a pressão continua elevada. Fez um eletrocardiograma e deu um problema, não sabe dizer qual. Relata ter participado de uma reunião para resolver as questões relacionadas ao atendimento médico, mas parece que pouco resolveu. Diz estar ansiosa para o início do funcionamento da Unidade perto da sua casa, o que favorecerá o atendimento dos usuários que moram distante dessa Unidade.

A secretária pergunta para um senhor se ele está cansado de esperar e ele responde:

[...] doloroso é se tivesse dor, mais fazer o que! (coloca a mão direita sobre o rosto e gesticula em sinal negativo com a cabeça). As pessoas acompanham constantemente os ponteiros do relógio que está na parede na sala de recepção, esfregam as mãos, passam as mãos no cabelo e, com as pernas entrecruzadas, balançam os pés em movimentos rápidos. Alguns portam nas mãos envelope pardo; outros, envelope branco e uns estão com roupas sujas de tintas; outros, de terra. O médico chega às 13h30 minutos de cabeça baixa, deseja boa tarde, e entra para o consultório. Inicia o atendimento; dá-se preferência aos casos mais graves. Tem um senhor sentado a minha frente; está dispneico e com as faces ruborizadas; outra senhora parece também não estar se sentindo bem; está com a cabeça recostada na parede e com as mucosas descoradas. Eles se olham, entreolham, fixam o olhar para o relógio, esfregam as mãos, levantam, vão até a recepção externa. A secretária, em tom alto de voz, avisa, “o próximo atendimento é só daqui a 15 dias”. Um olha para o outro em silêncio e a expressão nos parece de indignação (olhos arregalados, abrem os braços e voltam a palma da mão para cima, comprimem os lábios e gesticulam com a cabeça em sinal de negação). Nesse

dia, não havia informantes do estudo para consulta. Saí da unidade às 14h30 minutos porque tinha visitas agendadas.

No dia seguinte levo ao conhecimento da E as queixas dos informantes quanto à falta de médico quanto à resolutividade do serviço. Ela diz que tem feito o possível para oferecer atendimento à clientela. Concorde com a revolta dos usuários, diz já ter conversado na Secretaria de Saúde, mas a informação é que não tem médico disponível para substituição. Em relação às pessoas com condições crônicas, tem sido solicitadas aos médicos do CAPS e de outras unidades de ESF, as transcrições de receitas para aquisição de medicamentos, sem, contudo se atender o cliente. Afirma, ainda, que algumas consultas consideradas prioritárias foram agendadas em outras ESF.

Todas as segundas-feiras, no período de abril a outubro de 2010, fui à Unidade observar o atendimento. Outro dia, cheguei às 13horas. Cerca de 20 pessoas aguardavam pelo atendimento médico. Encontrei uma das informantes do estudo, ela diz que vai passar pela consulta, porque sua pressão está alta, queixa mal-estar, dor na nuca e tonturas.

Elas aguardavam a chegada do médico; uns questionavam a legalidade do tempo de afastamento da médica da Unidade, faziam cálculo de licença maternidade; outros levantavam, iam até ao portão; olhavam para o relógio. A auxiliar de enfermagem convocava os clientes para a triagem e a ordem de chamada para a triagem obedecia à da consulta médica.

Na triagem, a E ou a AE, fazia as aferições de pressão arterial e de peso, enquanto a outra fazia as anotações; elas sempre trocam as posições de atendimento. O cliente chega, é convidado a sentar e a E logo pergunta se tem pressão alta ou diabetes, investiga a medicação em uso e a adesão à medicação.

Essas informações são anotadas em uma ficha, pois são relevantes para o preenchimento do HIPERDIA. Após essa investigação, ela solicita ao cliente para sentar-se na cadeira que está recostada na parede para a aferição de pressão arterial. Com um aparelho coluna de mercúrio, a AE faz a aferição e informa a E os dados obtidos para anotação. Na sequência do atendimento, solicita ao cliente para ir até a balança que está ao lado da mesa de atendimento, onde é realizada a aferição de peso, e a medida da circunferência abdominal; se diabético, convidá-o para realizar a glicemia capilar. Ao final desses procedimentos, que duram em média 6 minutos, o usuário é convidado a aguardar o atendimento médico na recepção. Outro dia, fui à sala de triagem observar o atendimento. Os procedimentos foram iguais aos que já havia presenciado, contudo, ao investigar a usuária o nome da medicação hipotensora, ela logo colocou a mão no bolso do vestido e diz ter trazido escrito porque nunca

se lembra do nome da medicação. Ela procura em um dos bolsos, procura no outro e, ao não encontrar, se levanta, procura novamente no bolso, procura pelo chão e em cima da cadeira. Esfrega as mãos no rosto e no cabelo e o olhar direciona para o chão a procura do papel. A

AE lhe pergunta: Qual é a ACS que passa pela sua casa? Ela menciona o nome e a auxiliar vai até a ACS para saber o nome da medicação em uso pela usuária. AE retorna com a informação para anotar no cadastro. A usuária insiste na procura do papel e o olhar se movimenta em direção à mesa e ao chão e diz: [...] *mais a gente vai ficando com a cabeça muito ruim, mais também é tudo por minha conta, porque eu tenho um filho que num dá sossego, ele mexe com droga, sabe, então é um desatino danado, ele, a mulher e os filhos dele fica tudo lá por minha conta, então a gente vai ficano assim oh!* (gesticula com os dedos da mão direita em movimentos circulares sobre a cabeça), fica em silêncio e o olhar direciona-se para o chão. Os profissionais que ali estão mencionam: É D. Maria, isso é um problema sério da vida. Ela gesticula com a cabeça em sinal de negação e esfrega as mãos no rosto.

Os profissionais avisam que o procedimento terminou, que ela pode aguardar na recepção a chamada para consulta. Ela ainda permanece ali por alguns segundos, sai com o olhar fixo no chão. Acompanhei a usuária até a recepção; nesse trajeto, ela permanece em silêncio e com o olhar fixo no chão, senta e aguarda pelo atendimento. Ao seu lado, está Leonice que aguardava pelo atendimento. Logo é chamada para triagem e retorna após 6 minutos, senta e fica em silêncio. O médico chega, são 13h30 minutos, cumprimenta e vai para sua sala. Inicia as consultas, é chamado o primeiro cliente, a duração da consulta em média é de 7 minutos. Alguns reclamam porque não está sendo obedecida a ordem de chegada e isso causa comentários, [...] *porque ela já foi chamada se ela chegou depois de nós?* Mas os comentários ficam entre duas e três pessoas (gesticulam em sinal negativo com a cabeça, outras contorcem a boca, arregalam os olhos, estendem os braços e voltam as palmas da mão para cima) a expressão nos parece de indignação. Leonice é chamada para consulta médica. São 14h30 minutos, a consulta dura 7 minutos. Ela sai da sala apressada com uma receita na mão. Aguardo sua saída no portão da Unidade. Pergunto como foi a consulta e ela me diz que ele falou que a pressão está muito descontrolada, hoje deu num sei se é 14 ou 15 por 11 e mandou eu tomar mais remédio. Está com a boca ressecada, com suor facial e menciona: *graças a Deus ainda bem que hoje eu consegui os remédios tudo aqui.* Ela diz estar com pressa para terminar os afazeres em casa, marca nosso reencontro para a próxima semana e sai apressadamente.

A E nesse dia não está na Unidade; S senta e levanta várias vezes, vai até as dependências internas, faz ligações, abre e fecha o arquivo e pede para uma das ACS

confeccionar um cartaz com aviso de que o atendimento amanhã dia 15 de junho será das 8 às 15 horas, direto por causa do jogo do Brasil.

Vou até a sala das ACS em busca de atualização dos dados sobre novos informantes, elas estão reunidas e me atende com disponibilidade. Fornecem-me os dados solicitados e mencionam o interesse em ler o estudo, para entender o que passa com seus clientes. Uma delas diz que está desanimada, parece que seu trabalho na perspectiva do paciente tem pouca importância, ainda comenta que um dos usuários lhe perguntou se tinha voltado o atendimento médico, e um deles lhe disse que está muito ruim assim e o que elas estavam fazendo, elas nem precisavam trabalhar já que não tinha médico. Reforço a importância do trabalho desenvolvido por elas tanto para o serviço como para o usuário. Ressalto os laços de confiança e o vínculo que se estabelece entre elas e o usuário. ACS3 ressalta que os seus usuários reclamam de problemas de saúde, ou reclamam que não estão dando certo com os remédios e quando eu pergunto se eles falaram com o médico, eles dizem que não, e atribuem essa competência a elas para repassar as queixas.

Quanto ao acesso às consultas, até então, eram realizadas por meio de fichas distribuídas às 2ª feiras das 13 às 15 horas. Eram distribuídas 30 fichas e, segundo informação, obedecia-se à ordem de chegada. Por volta das 5 horas da manhã, segundo a vizinhança, já tinha gente na fila, porque se ouvia muita conversa. Porém, na atual conjuntura em que se encontra o atendimento médico, foi necessário alterar esse sistema de atendimento, sendo que cada ACS tem direito a duas vagas, o que tem dificultado a escolha do usuário como prioridade de atendimento. De acordo com S, o médico atende 16 consultas de manhã e 16 à tarde. [...] *até que ele atende bastante porque nos outros PSF eles atendem 25. Agora se alguém chega aqui e não tem mais vaga e precisa ser atendido, ele é encaminhado para outra unidade de saúde. Agora, a hora que voltar o atendimento médico, as consultas vão ser marcadas pelos usuários. Eu acho que a E devia ter colocado pra esse médico só os retornos dos exames que a doutora pediu, porque num está tendo vaga pra todo mundo mostrar o exame e tem muita gente com exame guardado. Porque os exames têm validade, depois de 3 meses num serve mais, e aí num tem nem pra quem mostrar. Porque quando a médica estava aqui ela pedia os exames e já marcava a data do retorno, então eles faziam e já traziam pra ela ver. Agora do jeito que está aqui está muito difícil. O usuário fica ligando pra saber se tem médico e a gente não sabe mais o que fazer.*

Ao final de outubro, o atendimento médico foi reestabelecido com o retorno do médico efetivo. O acesso às consultas passou a ser por demanda espontânea, com sistema de agendamento em determinado dia do mês, dentro do limite de vagas e não mais pela

distribuição de fichas. Contudo, dada a demanda reprimida para atendimento, os agendamentos para consulta demoravam, o que aguçava a insatisfação com os serviços prestados pela Unidade. Por questões particulares, ao final de agosto de 2011, a carga horária de trabalho da médica foi reduzida, passando o atendimento somente para o período da tarde.

A dispensação de medicação era realizada por uma atendente de 2^a a 5^a das 13 às 17 horas e 6^a das 13 às 14h30 minutos. Sexta-feira o expediente encerrava-se mais cedo para pedido de estoque. No decorrer deste estudo, constatamos alterações frequentes nos dias e no horário de atendimento da farmácia. Na maioria das vezes, o horário de atendimento foi reduzido, mantendo-se no período da tarde e suprimidos alguns dias da semana. Dentre os motivos para essas alterações, estão o número reduzido de atendentes de farmácia e a necessidade de revezamento entre funcionários para cobrir férias em outras Unidades.

A dispensação das medicações eram realizadas por um período de 30 dias, por intermédio da apresentação de receita médica original e do xerox, e a validade da receita para medicações de uso contínuo, a exemplo dos anti-hipertensivos, dependia do grupo de risco em que o usuário era classificado. A validade da receita coincidia com a periodicidade dos retornos sendo de 12/12 meses para os de baixo risco; de 4/4 meses para os de médio risco e de 2/2 meses para os de alto risco. Contudo, essa periodicidade, na prática, ainda não era cumprida. É anotada na receita a data de dispensação da medicação. Os medicamentos eram colocados separadamente em envelopes pardos e rotulados com o nome da medicação e o modo de usar.

Os pedidos de exames e encaminhamentos para especialidades são agendados pela S por meio eletrônico. Os exames demoram cerca de 30 dias para a realização e os encaminhamentos; dependendo da especialidade, demoram muito, em torno de 5 meses ou mais.

4.2.3.4 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas para cadastro e, na sequência, ao Comitê de Ética.

De acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas sob o processo N° 018/2010 (Anexo A), o qual recebeu autorizações prévias da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice A) e da Coordenação da Unidade de ESF (Apêndice B).

Os informantes foram constituídos pelas pessoas com HAS, membros de sua rede social, trabalhadores em saúde, terapeuta leigo, pastores e informante-chave.

Os trabalhadores em saúde foram constituídos pelos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Farmácia, Enfermeiro, Médico, Secretária. Os membros da rede social estão apresentados no estudo conforme sua relação com a pessoa com HAS. Fizeram parte do estudo cônjuge, filhos, netos e genros. O terapeuta leigo e os pastores foram identificados pela função desempenhada. Os informantes, pessoas com HAS, receberam nome fictício à sua escolha para preservar seu anonimato. Os trabalhadores em saúde foram identificados pelas siglas conforme se segue: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) neste caso, seguido por numeração, tendo em vista a participação de 5 ACS neste estudo; Auxiliar de Enfermagem (AE); Atendente de Farmácia (AF); Enfermeiro (E); Médica (M); Secretária (S).

Para participar do estudo, as pessoas foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Esse documento constou das seguintes informações: objetivo, sigilo das informações, uso de equipamento para gravação, liberdade de não participação ou mesmo desistência e a publicação dos dados. No primeiro encontro, após a explicação dos objetivos do estudo e do aceite em participar do mesmo, entregamos o Termo de Consentimento e permitimos o tempo necessário para leitura do documento e, no caso das pessoas analfabetas, foi-lhes solicitado um membro da família para fazer a leitura e, na falta desses, procedemos à leitura do documento e nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários.

Após os devidos esclarecimentos, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento. A maioria assinou o documento; aqueles analfabetos para escrita, foi-lhes solicitada a assinatura de um membro da família. Uma via do Termo de Consentimento foi entregue aos informantes.

4.2.3.5 O trabalho de campo

O trabalho de campo consiste na principal etapa do estudo etnográfico. Esse é um momento privilegiado para promover o conhecimento das várias concepções de mundo presentes nas diversas culturas, pois é nele que a alteridade, premissa do conhecimento antropológico, se realiza (SILVA, 2006).

Diferentes técnicas ou métodos têm sido utilizados pelos pesquisadores para compreender a visão de mundo, dentre os quais, encontramos com frequência uma combinação de observação, participação, entrevistas e uso de documentos.

Para este estudo etnográfico, utilizamos a imersão no campo; entrevistas; observação participante; grupo focal; diário de campo; reuniões com os trabalhadores em saúde e análise de documentos como prontuários, receituários e resultados de exames.

A imersão no campo foi fundamental para se familiarizar com os informantes e o seu cotidiano. Foram frequentados diferentes locais, como residências; Unidade de ESF; consultório do terapeuta leigo; igrejas; bairro rural onde aconteceu reunião festiva, e a rua, pois foram locais onde aconteceram os fatos, o que nos permitiu entrar em contato com as pessoas, conversando e recolhendo materiais produzidos.

Para Cardoso de Oliveira (2000), essa etapa constitui o momento em que o pesquisador entra no campo com habilidade e sensibilidade, momento em que os horizontes semânticos em confronto do pesquisador e do nativo abrem-se um ao outro, de maneira a transformar tal confronto em um verdadeiro encontro etnográfico. O pesquisador experimenta o estranhamento com o outro e consigo mesmo, ora se aproxima ora se afasta.

O encontro etnográfico, estratégia adotada para a coleta de dados, é empreendido como relação dialógica, implica a comunicação entre dois universos culturais que se interpenetram, sem se anularem, e também sem anularem as posições históricas dos interlocutores (COSTA, 2002).

Buscamos neste encontro, por meio da conversa qualificada, compreender o modo de viver dos informantes e relacioná-lo ao nosso mundo. Ao analisar os dados, encontramos divergências e similitudes e, a partir do estranhamento, foi possível compreender o outro e repensar nosso modo de pensar e agir.

A fase do trabalho de campo que compreende a observação participante inicia-se pelo olhar e pelo ouvir. A domesticação teórica do olhar constitui a primeira experiência do pesquisador no campo, pois o objeto sobre o qual dirigimos nosso olhar já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo. No entanto, para conhecer as relações sociais, é necessário ouvir. O olhar e o ouvir se complementam. Contudo, as explicações nativas só podem ser obtidas por meio de um ouvir todo especial, ou seja, da entrevista. O escrever, parafraseando Geertz, “estando aqui” possibilita uma relação dialógica entre o comunicar e o conhecer (CARDOSO de OLIVEIRA, 2000).

A entrevista semiestruturada (Apêndice D), adotada como técnica, mostrou-se adequada aos objetivos propostos, pois, de acordo com Duarte (2004), ela possibilita mapear

práticas, crenças e permite coletar indícios dos modos como cada informante percebe e significa sua realidade. Ainda envolve a troca de experiência face a face entre pesquisador e nativo em que a alteridade entre ambos é condição para o processo de comunicação (ROMANELLI; BIASOLI-ALVES, 1998).

A entrevista semiaberta, termo usado por Minayo (2008), facilita a abordagem e assegura, sobretudo, a investigação sobre o tema. No entanto, os dados ao serem analisados precisam incorporar o contexto de sua produção. Sempre que possível, a entrevista deve ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante.

As entrevistas semiestruturadas apoiam-se em uma estrutura flexível, a partir da qual o pesquisador aprofunda seus questionamentos ao entrevistado acerca do tema a ser investigado, pois elas objetivam ir além do tópico que está em discussão, explorar o que as pessoas dizem de forma detalhada e revelar ideias não previstas no início da pesquisa (POPE; MAYS, 2009).

Essa técnica requer considerável habilidade por parte do pesquisador, porque ele deve ser capaz de explorar o que as pessoas dizem de forma tão detalhada quanto possível e revelar novas áreas ou ideias, o que propicia introduzir questões adicionais na medida em que se familiariza com o tópico em estudo (NICKY BRITTEN, 2009).

No decorrer da entrevista, o pesquisado elabora sua fala que constitui uma síntese de múltiplas experiências, procura desvelar-lhes o significado para si e para o pesquisador.

As entrevistas seriadas foram realizadas pela pesquisadora principal por meio de visita domiciliária, após agendamento prévio. As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos e foram gravadas em aparelho digital de voz *powerpack* para posterior transcrição. Imediatamente ao seu término, as entrevistas foram transcritas, o que permitiu complementá-las pelas observações e notas do diário de campo. Após a produção textual das entrevistas, essas foram lidas e, posteriormente, comparadas com a gravação, para a fidedignidade dos dados.

Utilizamos como roteiro básico para as entrevistas o MEs proposto por Kleinman (1988), que procura explicar a enfermidade a partir de cinco questões básicas: 1) etiologia; 2) tempo e modo de início dos sintomas; 3) fisiopatologia; 4) curso da doença; 5) tratamento.

Investigamos, ainda, o cotidiano de vida, sua maneira de lidar com o adoecimento, suas dificuldades e expectativas.

A cada entrevista realizada, surgiam mais questionamentos para os próximos encontros, razão pela qual o instrumento previamente elaborado serviu apenas como norte para o estudo.

A observação participante é o princípio fundamental com que os etnógrafos têm buscado para compreender o mundo simbólico no qual as pessoas vivem, ver as coisas da

maneira como elas fazem e captar os sentidos que elas atribuem para tornar suas experiências significativas (POPE; MAYS, 2009).

O pesquisador, de acordo com os objetivos propostos para o estudo, pode adotar diferentes formas de atuação com o grupo a ser pesquisado.

Angrosino (2009) atribui ao pesquisador-completo, aquele pesquisador que está totalmente imerso na comunidade e não divulga sua agenda de pesquisa. Essa postura foi denominada por alguns pesquisadores como tornar-se nativo.

O papel participante-como-observador caracteriza por estar o pesquisador imerso na comunidade, mas se sabe que ele faz pesquisa e tem permissão para fazê-la, ele é igualmente um amigo e um pesquisador neutro.

No papel de observador-como-participante, o pesquisador está um pouco desligado da comunidade, interagindo com ela apenas em ocasiões específicas, talvez para fazer entrevistas e, o completo-observador, de longe o pesquisador coleta dados totalmente objetivos sobre a comunidade, sem ficar envolvido em suas atividades, nem anunciar sua presença.

A atitude do observador científico consiste em colocar-se do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção o mais íntimo e intensamente possível.

No decorrer deste estudo, desempenhei diferentes papéis, de pesquisador como observador, assim como de pesquisador participante. Nesse caso, meu papel como profissional de saúde foi preponderante ao de pesquisador, pois em determinadas situações, apesar do constante exercício de alteridade e de colocar em suspenso os conhecimentos, a ética profissional me impulsionou a quebrar o silêncio apenas de ouvinte para tomar atitudes de aconselhamento, de encaminhamento e, em determinada situação, até de mobilização da equipe de saúde. Caso contrário, certamente danos à saúde de determinados informantes poderiam ter ocorrido.

Assim, ao mesmo tempo, fui participante subjetivo e observador objetivo do contexto em estudo.

É importante enfatizar que somos parte do contexto sob observação e, pela nossa natureza cognoscente, tanto proporcionamos mudanças, como somos modificados.

Nesse aspecto, Moreira e Caleffe (2006) trazem suas contribuições ao enfatizarem que o pesquisador interpretativista é capaz de interpretar e articular as experiências em relação ao mundo para si próprio e para os outros. Ele não está à parte da sociedade, como um observador, mas constrói ativamente o mundo em que vive.

Assim, ao adotar diferentes papéis e os conceitos propostos por Geertz (1989) de experiência próxima, que compreende o conhecimento do senso comum, e da experiência

distante, relacionados aos conhecimentos científicos, encontramos, no decorrer da coleta de dados, fatos objetivos, atitudes subjetivas, questões históricas e atuais que constituíram, após análise, os significados da experiência do adoecimento.

As observações foram realizadas nos domicílios; no consultório do terapeuta leigo; nas igrejas; na sala de espera; na sala de pré consulta; na farmácia; na saída da Unidade; nas ruas do bairro e em bairro rural em dia de festividade.

No domicílio, a observação direta foi realizada concomitantemente às entrevistas e o registro foi efetuado durante a entrevista e logo após a saída da residência. Foram observados os gestos, as atitudes, as conversas informais, o tom de voz, as emoções e as relações com as outras pessoas. Em algumas situações como na sala de espera da unidade de saúde, adotamos a observação não intrusiva também conhecida como proxêmica, de acordo com Angrosino (2009), porque os que ali permaneciam não sabiam que estavam sendo observados.

Quanto ao diário de campo, Minayo (2008) o considera como um instrumento que consiste em um caderno de notas, em que o investigador, diariamente, anota as impressões pessoais resultantes de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados. Esses dados complementam os demais para análise do objeto de investigação.

No diário de campo, foram registradas as observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, hábitos, dentre outros, referentes à experiência do convívio com a doença crônica. Anotamos no diário a data, a descrição do local e dos informantes em relação aos seus comportamentos e as conversas que se processavam.

Além dos métodos previamente estabelecidos para a coleta de dados, como a entrevista, a observação e o diário de campo, no decorrer do trabalho pelos depoimentos dos informantes, constatamos a importância do ACS no acompanhamento das pessoas com HAS e que de alguma forma influenciaram a experiência no seu processo de adoecimento.

Optamos por desenvolver com os ACS, o grupo focal, em função da potencialidade da técnica para explorar ideias, opiniões e diferentes pontos de vista. Ele tem sido utilizado em vários estudos na área de saúde, principalmente para investigar a não aceitação de serviços de saúde ou a não adesão ao tratamento (BARBOUR, 2009).

Grupo focal deve ser entendido como qualquer discussão de grupo, contando que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo. Esse estímulo deve ser capaz de fazer com que os participantes conversem entre si em vez de somente interagir com o pesquisador ou com o moderador (KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Ressalte-se ainda, a capacidade dos grupos focais em estimular mudanças significativas e levar os participantes a redefinirem seus problemas de forma mais politizada.

A realização do grupo focal requer planejamento adequado, pois visa obter informações, aprofundando a interação entre os informantes, seja para gerar consenso ou para explicitar divergências. Para sua execução, requer-se um roteiro prévio e a seleção de materiais que estimulem a interação e o debate entre os informantes.

Neste estudo, o grupo focal teve por finalidade complementar informações relacionadas às crenças, às atitudes e às percepções das pessoas com HAS sobre o processo de adoecimento e sobre a busca pelo tratamento.

No decorrer do estudo, realizamos várias reuniões com os trabalhadores em saúde para apresentar nossas impressões e interpretações e obter dados que nos propiciassem melhor entendimento do processo de trabalho.

O desenvolvimento do trabalho de campo foi propiciado pela equipe de saúde da ESF, principalmente pelas ACS, pois, dentre a equipe, são as que mais contato têm com as pessoas com HAS e pela informante chave, que será apresentado oportunamente o seu processo de escolha.

Efetivamente, iniciei o trabalho de campo em abril de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. De posse dos nomes e endereços das pessoas com HAS, fui até a Unidade em busca de informações, principalmente para a atualização dos dados. Na Unidade, vários usuários aguardavam pelo atendimento. Solicitei a S o encontro com a E. Ela adentra a Unidade, logo retorna e pede para aguardar. Sento-me junto aos usuários, eles me olham, entreolham mais não me dirigem a palavra, sinto-me uma estranha nesse ambiente. Demora um pouco pelo atendimento, logo ela chega à porta, olha para todos que estão na recepção, inclusive para mim, e pergunta a S quem lhe aguardava e S me aponta. Parece que ela não se lembrava mais de mim. Cumprimenta-me e convida para entrar. Explico a necessidade de atualização de endereços e referências dos usuários para iniciar a coleta de dados. Ela me conduz até a sala das ACS, me apresenta e solicita a elas que repassem as informações de que eu preciso. Estão na sala quatro ACS. Solicito informações de áreas adstritas que permaneceriam sob a responsabilidade da Unidade, uma vez que a reestruturação de áreas ocorreria no transcorrer deste estudo. Em face dessa delimitação, uma das ACS aponta, ACS3, ACS4 e ACS6 com quais eu devo conversar. Sento-me ao redor de uma mesa em que elas trabalham, e prontamente me atendem e inclusive me sugerem os usuários que melhor correspondessem aos objetivos do estudo. Seleciono a princípio, as pessoas com HAS classificadas como de alto risco, uma vez que na minha visão biomédica até então, seria inconcebível a não adesão dessas pessoas ao tratamento. No entanto, constato, no transcorrer

da coleta de dados, que os depoimentos apontam inúmeras dificuldades para a adesão ao tratamento, fato que me impulsionou a buscar outras experiências de convívio com as pessoas com HAS de médio e baixo risco.

Quanto ao número de informantes, selecionei inicialmente oito, sendo que um deles se recusou a participar, sem alegar os motivos. Como a experiência de vida é algo singular, a cada entrevista uma nova história emergia dos depoimentos, o que me estimulou a ampliar cada vez mais o número de informantes para o estudo. Limitamos em 22 informantes, quando foi possível a partir dos dados coletados, identificar e interpretar os códigos relacionados às crenças, às concepções, às ideias que revelavam o processo de viver com o adoecimento crônico e as diferentes trajetórias e os sentidos atribuídos na busca pelo tratamento. Utilizamos também o entendimento de Minayo (2008) sobre saturação de dados, em que o conhecimento formado pelo pesquisador no campo, corresponde à lógica interna do grupo pesquisado.

Iniciei as visitas domiciliárias para o agendamento das entrevistas, no dia 28 de abril no período da tarde. Não sabia por onde começar, pois ainda não estava familiarizada com o bairro, pois até então nosso olhar era de fora e distante. Começou aí minha primeira dificuldade. Meu ponto de partida foi a Unidade da ESF. Dada a ausência de médico para atendimento na Unidade e a escassez da clientela à procura do serviço, iniciei a coleta de dados pelas visitas domiciliárias. De posse dos endereços, selecionei o primeiro informante que residia nas proximidades da igreja. Subi a ladeira nessa direção, sob um sol muito forte, caminhei pela rua, porque os passeios estavam ocupados com restos de material de construção e com plantas. Que dificuldade! Parece que o morro não tinha fim, as pernas doíam e os batimentos cardíacos aceleravam. Apesar do esforço e do cansaço, me serviu para avaliar o condicionamento físico e avaliar as dificuldades de acesso dos informantes, principalmente os idosos e as pessoas com necessidades especiais à Unidade.

Algumas crianças estão na rua soltando pipa e nem prestam atenção em minha presença.

Está tudo calmo, ouvem-se o cantar do galo e latidos de cachorro, as janelas das casas estão abertas, mas, não se avista ninguém, alguns terrenos baldios servem como depósito de lixo. Durante o percurso, estou apreensiva para o encontro com o primeiro informante do estudo, e ao mesmo tempo penso, será que eles vão aceitar participar do estudo? Com essas perguntas, eu vou atingir meus objetivos? Se eu fosse informante responderia tudo isso que eu quero investigar? Fico atordoada por alguns instantes, paira-me certamente muita insegurança.

E, assim, chego até a igreja. O endereço que busco é o da praça da igreja, mas não encontro o número da casa, dou três voltas ao redor da igreja, já estou por desistir quando me aparece uma jovem e lhe pergunto sobre Carlyne. Ela me aponta para uma casa de fundo, que mal se visualiza, uma vez que é grande o desnível das casas com a rua e muitas folhagens ao fundo recobrem a frente da casa. Estou muito apreensiva nesse primeiro contato e, por outro lado, questiono a invasão de privacidade para a coleta de dados, ainda mais que os encontros seriam constantes. Desço por um corredor muito estreito, alguns tijolos e pedras revestem o piso, em que por vezes tropeço, folhagens à beira do muro diminuem mais ainda o espaço para atravessar e muitas roupas estendidas no varal também ocupam esse espaço do corredor. Avisto ao fundo uma casa, parece pequena. Para chegar até a porta, tenho que descer dois degraus. O cachorro começa a latir, sente minha presença, recuo, não sabia se se tratava de animal manso ou bravo, mas logo percebo que era de pequeno porte e está preso. Bato palmas e logo me atende um rapaz alto, cor de pele escura. Pergunto por Carlyne e ele acena com a cabeça que ela está em casa e grita “mãeee!” Lá vem Carlyne, de cor negra, obesa, cabelo curto, expressão facial triste e desanimada, mucosas descoradas, vestindo duas blusas de lã vermelha e branca, calça de lã azul, apesar do calor daquela tarde e arrastando seu chinelo de pano. Com dificuldades para andar, sobe as escadas e vem ao meu encontro, cumprimenta de maneira formal e encosta no muro, está ofegante (coloca a mão no peito e os movimentos respiratórios estão rápidos). Entreolhamo-nos e o estranhamento ocorre em ambas as partes. Por um instante, paira um silêncio e penso, ela está com a saúde muito comprometida, talvez não queira participar do estudo. Apresento-me e explico os objetivos do estudo, e ela me responde. *Ah!... eu estou tão desanimada! Acho que num vou mexer com isso não...*(pausa, olha para baixo, esfrega as mãos no cabelo). Volta o olhar em minha direção e pergunta: *Mais isso é muito importante pra senhora?* É...(pausa) *isso é muito importante* (fica em silêncio por alguns segundos e olha para o chão). *Se é importante pra senhora então eu vou ajudar. Mais precisa ir em algum lugar para isso?[...] então se é assim então eu posso ajudar. Eu num sei o que que é isso, mais vem muito estudante aqui atrás de mim. Cada um quer saber duma coisa. Uma vez tiraram até fotografia, eu num sei pra que isso* (pausa). *Eu acho que eu sou muito interessante para os estudantes* (esforça para sorrir). Com a sua anuência, agendo nosso reencontro para dali a três dias. Saio desanimada, minha vontade é de desistir do estudo. Mas, dada a minha perseverança, vou ainda nesse dia ao encontro de mais dois informantes. A reação não é igual à de Carlyne, mas o olhar e o gesto (olhar de lado e a cabeça lateralizada) me parecem de dúvidas quanto à participação no estudo, principalmente por vários momentos silenciosos. Mas aceitam participar do estudo e agendo para a semana seguinte. Aos poucos, já estou conhecida no bairro e não me sinto como uma estranha pelos comentários que eles fazem,

Ah! a senhora foi ali na casa dela... (pausa) ela me falou. Vem cá (chama pelo esposo) é a mulher da pressão que está aqui. Com alguns participantes, a coleta de dados se inicia no primeiro encontro por solicitação deles, conforme as seguintes falas: *a senhora num pode conversar um pouco hoje?* (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista). *Entra! eu não estou fazendo nada* (pausa e faz movimento de lateralidade com a cabeça) *num podemos começar nossa conversa já?* (Maria de Fátima, 55 anos, 05/05/2010, 1ª entrevista).

A receptividade, o vínculo que aos poucos foram sendo firmados, à medida que fortalecemos os laços de confiança, o respeito e a capacidade de ouvi-los, constituiu um dos maiores motivos para o desenvolvimento desse estudo.

No primeiro encontro, explicava os objetivos do estudo e ressaltava que o objetivo não era o julgamento de atitudes incorretas diante à HAS, mas sim, conhecer como eles conviviam com a patologia, pois, até então, perdurava a concepção essencialmente biomédica. Coloquei-me à disposição para esclarecimentos, caso eles julgassem necessários. Expliquei a importância do anonimato e a necessidade de um nome fictício. Esse foi um dos motivos de risada por quase todos, alguns demoravam cerca de 10 minutos para apresentar o nome, outros justificavam e atribuíam os nomes de seus antepassados. Um dos informantes me questionou, [...] *pra que esconder uma coisa que é normal, que todo mundo tem e todo mundo sabe que a gente tem.* (Paulo, 71 anos, com diagnóstico de HAS, Diabetes Mellitus, teve hanseníase, 1ª entrevista, 17/05/2010).

Expliquei a necessidade legal do anonimato, mesmo sendo um problema de saúde comum, pois os resultados seriam publicados o que tornaria sua fala pública. Mesmo, após essas explicações, ele não concordou com o anonimato e transferiu a escolha do nome fictício à pesquisadora.

Outra situação que ocorreu nesse contexto merece ser comentada. No primeiro encontro com uma das informantes, ela atribuiu um nome fictício, porém, com o passar do tempo ela o esqueceu. Em nosso reencontro, ela comentou que até perdeu noite de sono tentando lembrar-se do nome, como se isso fosse relevante para dar continuidade a nossa conversa.

Dos 22 informantes, três recusaram a gravação pelas seguintes justificativas: se sentia envergonhada, sentia-se mais à vontade para se expressar ou a preocupação com as interrupções que porventura poderiam ocorrer. Um deles ainda me disse quealaria com calma para que eu tivesse todo tempo para escrever.

Uma das informantes autorizou a gravação, desde que não fosse transmitida em televisão, porque há pouco tempo, dizia ela, [...] *fizeram uma reportagem com as pessoas daqui sobre a reforma das casas e todo dia passava na televisão, e o povo num aqueitava*

mais vê aquelas caras na televisão (dá gargalhadas) (Maria Cândida, 75 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista). Explico que era gravação apenas de voz e que somente seria utilizado pelas pesquisadoras.

As perguntas se iniciavam pela caracterização sociodemográfica, seguida pelas perguntas *Há quanto tempo você tem HAS? Como a descobriu? O que lhe causou a HAS? Conte-me como tem sido sua vida após a descoberta da HAS.*

Ao iniciar as perguntas, percebi as dificuldades de compreensão por parte dos informantes para a terminologia Hipertensão Arterial, que foi logo substituída pelo termo pressão alta.

O primeiro encontro, com alguns informantes, ocorreu de maneira formal. Eles se limitavam as questões pertinentes ao assunto e apenas respondiam as perguntas. Por outro lado, com outros, emergiam particularidades relacionadas aos conflitos familiares, decepções amorosas, desabafos, insatisfação com o sistema de saúde e assuntos íntimos. Maria de Fátima, 55 anos, no primeiro encontro, mencionou: [...] *eu sei que a senhora está interessada é na pressão, mais como a gente num vive só com essa pressão, a gente tem outras pressão na vida, então eu quero contar umas coisas, será que eu posso?*

No decorrer dos encontros, o vínculo, as relações de afeto e de confiança foram se efetivando, o que permitiu aos informantes expressarem suas concepções que traduziam seu modo de pensar e de agir diante não apenas do adoecimento, mais, sobretudo, da vida.

Constatamos alguns discursos contraditórios, principalmente no tocante à aquisição da medicação e à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Esses, dentre outros, que requeriam melhor compreensão, foram retomados nos reencontros.

Alguns informantes me aguardavam para os reencontros para expor seus problemas e sofrimentos, pois não tinham com quem compartilhar, ou não queriam expor seus problemas com outras pessoas, até mesmo com membros da família. Algumas falas expressaram esse vínculo, [...] *eu estava sentindo muita sua falta, num vi a hora da senhora vir aqui*, outros me encontravam na rua e pediam que fosse em casa, pois tinham algo muito importante para me contar. Uma delas me aguardava para leitura das correspondências e para orientá-la quanto aos procedimentos comerciais.

A seleção da informante chave ocorreu logo nas primeiras visitas domiciliares conforme apresentado a seguir.

Fui ao encontro de uma usuária previamente selecionada, tratava-se de Margarida com diagnóstico médico de HAS de médio risco e de Diabetes Mellitus. Ao primeiro contato, ela se mostrou muito receptiva e disponível para participar do estudo, apesar de enfatizar que a

pressão alta e o diabetes já teriam sido curados. Expliquei os objetivos do estudo e entreguei-lhe o Termo de Consentimento, ela logo assinou. A todo momento, reafirmava não ter mais HAS nem Diabetes, [...] *eu tomei por uns tempos remédio pra pressão e diabetes, mas depois não tomei mais. Já sarou tudo... Eu não sinto nada, por isso não tenho nada. Eu nunca fiquei doente, eu acho que a pressão subiu por que eu fiquei nervosa por causa da tontura.* Esse depoimento me causou estranhamento, a pressão e diabetes curam! Ela diz que parou com o remédio há muito tempo. Pedi licença para verificar sua pressão, estava 10/6 mmHg. Será que ela é hipertensa? Deixei transcorrer seu depoimento, mas estava preocupada, será que é ela mesma, será que estou em endereço certo? Concluí a entrevista na perspectiva de que estava equivocada quanto à seleção dos informantes do estudo. Saí dessa visita pensativa, se é hipertensa e não faz tratamento, como poderia ter níveis pressóricos tão baixos? Ou meu cadastro está errado, ou meu aparelho está descalibrado. De volta para casa, testei meu aparelho e os valores eram coincidentes. No dia seguinte, fui até a Unidade confirmar não apenas o endereço, mas, sobretudo no prontuário, o diagnóstico médico.

No prontuário, conforme consulta do dia 14/9/2009, sua pressão arterial estava 16/10, sendo prescrito Losartan para uso contínuo. Confirmado mais uma vez o diagnóstico, fui para a 2ª visita. Continuei a coleta de dados naturalmente para conhecer sua experiência. Quando questionei quanto à frequência de consultas na Unidade, ela diz [...] *eu só fui umas duas vezes lá e num voltei mais.* Verifiquei novamente a pressão estava 10/6 mmHG e nas visitas subsequentes mantendo pressão entre 10/6 e 10/7 mmHG. Após as aferições, ela costumava fazer a mesma pergunta ‘está boa?’ Eu dizia que sim, e ela em entonação forte de voz e com um sorriso com lábios cerrados disse: *estou te falando, num tenho nada, num sinto nada, nada dessa vida, já curou a pressão e essa diabete.* Senti-me incapaz de contrariar sua concepção de que pressão cura, uma vez que sua experiência lhe afirmava esse fato. Diante dessa avaliação, concluí que não se tratava de uma pessoa com HAS, podia ter tido ocasionalmente e não persistentemente valor pressórico elevado.

Em face desses resultados, não mais poderia ser considerada uma informante com HAS. Contudo, diante do seu interesse e de sua disponibilidade em participar do estudo, por ser uma das primeiras moradoras do bairro, pelo seu conhecimento acerca da comunidade e por suas sugestões de novos informantes, ela se tornou nossa informante-chave. Outro dia, ela me pediu que fosse até a casa de uma pessoa da família, porque ela estava muito doente, tem HAS e Diabetes Mellitus e tem se submetido a reinternações frequentes em decorrência de problemas cardíacos.

Assim, nossos reencontros se tornaram quase que diários e sempre ela me trazia notícias sobre a família e o bairro, o que contribuiu de forma significativa para compreender o contexto.

No decorrer do estudo, me preocupava não apenas com a coleta de informações importantes, mas, sobretudo, com suas queixas tanto relacionadas à saúde, como com a insatisfação com o sistema público de saúde. Sempre nos reencontros, constatava que a pressão arterial mantinha-se em níveis dentro dos parâmetros de referência.

Sua queixa constante tem sido tontura, para a qual tem automedicado a partir de bulas antigas de vertix e chá de folha de louro. De acordo com o prontuário, esteve em consulta no dia 25/09/2009 e a PA estava 14/10 mmHG, mantida a prescrição de Losartan, mas não aderiu ao tratamento. Esteve em consultas posteriores com queixas de tonturas e disúria e a última consulta data de 17/08/2011, não tendo sido prescrita medicação anti-hipertensiva, apenas hipoglicemiante. Apesar das dificuldades relacionadas à *remediada danada*, ela tem aderido a medicação (Diário de campo de 18/08/2011).

No que se refere à descrição do grupo focal, este foi realizado no dia 19 de agosto, quinta-feira, dia de reuniões da equipe, às 14 horas, conforme agendamento prévio e com consentimento da E e das ACS. Foi realizado com cinco ACS, com duração de noventa minutos, gravado, sendo transcrito imediatamente pela pesquisadora. Inicialmente, a E me relatou a desmotivação da equipe frente aos problemas decorrentes da desestruturação do serviço e que tal iniciativa seria importante, dado o sentimento de desvalorização.

Cheguei à Unidade no horário previamente estabelecido e logo fui convidada a entrar para a sala de reuniões onde seria realizada a atividade. As ACS estavam sentadas ao redor da mesa e conversavam entre si, umas com folhas de papel em branco e caneta e outras com uma pasta de cor azul na mão. Cumprimentei todas e agradei a atenção dispensada a nossa solicitação. A conversa continuou entre quase todas do grupo. ACS1 sentada a minha frente permaneceu em silêncio, braços cruzados e o olhar fixo em minha direção.

Iniciei nossa conversa explicando o objetivo do estudo e a dinâmica a ser desenvolvida nesse encontro, ressaltando a importância de trocas de experiências entre elas.

Nesse momento, todas permaneceram em silêncio e com olhar atento, acompanhavam com a cabeça em sinal afirmativo as orientações. Entreguei-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enfatizei que a gravação seria utilizada apenas pelas pesquisadoras e solicitei a leitura e assinatura das que concordavam. Todas assinaram e entregaram o Termo.

ACS2 conversa com ACS3 sobre as dificuldades que tem passado pela falta do médico, ACS2 passa a mão no cabelo e, por várias vezes, pergunta: *Nós podemos falar tudo?*

ACS4 reforça: *Tudo mesmo?* ACS5 pergunta: *mais como vai ser?* Explico novamente a dinâmica e ressalto que elas podem dizer tudo que elas achem importante. A questão a ser debatida é *Como é para você fazer o acompanhamento das pessoas com HAS.*

Os depoimentos emergem do cotidiano do trabalho e de suas dificuldades para atender à demanda dos usuários. ACS2 relata: *Nossa! Eu tinha muita dificuldade com os usuários da minha área para tomar os remédios, mais depois que os estagiários da farmácia deram pra eles um potinho colorido de tupeware, melhorou muito! Hoje é pouco, é um ou outro que tem dificuldade, você nem imagina como isso melhorou! E pergunta para ACS4: Lá com os teus usuários eles têm essas dificuldades? Ah! tem sim, tem muita gente que num toma direito não, mas também é assim: toma, sente uma coisa, ao invés de vir falar pro médico, num fala não, para de tomar, depois de muito tempo sem tomar, vem falar pra mim se pode voltar a tomar o remédio. Eu falo que tem que passar no médico, eu não posso falar pra ele tomar!*

Constatamos que a falta de médico na Unidade tem causado desmotivação tanto para a realização do trabalho como para os usuários como retratado na fala da ACS4: [...] *não temos para oferecer o que o usuário quer que é consulta médica.*

Também tem causado sérias preocupações nessa equipe a reestruturação das áreas adstritas, uma vez que as áreas que serão incorporadas são distantes da Unidade, além da topografia que contribui para dificultar o acesso ao serviço, assumir novos usuários o que demanda tempo para criação do vínculo. Elas demonstram por meio dos depoimentos, das expressões e gestos (passa a mão nos cabelos, gesticula com a cabeça em sinal de negação, algumas falam pouco, colocam a mão sob o queixo, apoiam a cabeça na mesa) a falta de motivação para o desenvolvimento do serviço. Atribuem essa falta de motivação à baixa remuneração, como evidenciamos na fala de ACS2: *você nem acredita, mais faz quatro anos que não tem reajuste salarial* e a falta de perspectiva de aumento pelo menos em curto prazo; a falta valorização no papel desempenhado, uma vez que não se têm reuniões com a coordenação geral; falta de uniforme e identificação por meio de crachás para apresentar-se ao usuário, falta do médico na composição da equipe o que causa revolta dos usuários e desinteresse pelo trabalho das agentes. Quanto às consultas médicas, faz mais de ano que não ocorrem com regularidade, e as ACS2, ACS3, ACS4, explicam ao mesmo tempo o motivo: [...] *isso porque quando teve a primeira epidemia da gripe ela (médica) estava grávida e entrou de licença, depois ela entrou de licença maternidade e no final da licença ela vai entrar de férias. Está previsto ela voltar em outubro, quem sabe!* Referem que antes desses problemas a Unidade era organizada, principalmente no tocante às consultas e aos retornos,

pois o usuário já tinha garantida a sua vaga, porque os retornos obedeciam aos critérios de risco para HAS.

ACS2 revela que, dentre as vagas para consultas, cinco delas eram reservadas para os usuários com Diabetes e HAS. ACS5 reforça: *Tanto é que o usuário chegava aqui e já dizia eu sou do “hipi”, eles falavam assim hipi, mais é porque eles eram do HIPERDIA.*

Em relação ao acompanhamento das pessoas com HAS, elas atribuem a dificuldade para a adesão à crença dos usuários quanto à ineficácia do remédio gratuito; o abandono ao tratamento devido às reações adversas; a falta de apoio familiar para o tratamento; o analfabetismo; o fato de morar sozinho; o consumo de bebida alcoólica; a crença de que a pressão alta cura; a dificuldade de incorporar as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida; o desinteresse no autocuidado e os preconceitos.

No transcorrer dos trabalhos com o grupo, percebemos o interesse, a disponibilidade e a preocupação das ACS em relatar não apenas o cotidiano do trabalho, mas, sobretudo, trazer para discussão a experiência vivenciada a partir dos casos, como forma de expressar a autenticidade da realidade e as dificuldades enfrentadas para atender às diferentes demandas de serviço, principalmente, dada a falta do médico na equipe e porque a ESF passa por reestruturação de suas áreas adstritas.

É extremamente relevante a perspicácia das ACS na compreensão das situações que corroboram para as dificuldades das pessoas com HAS na adesão ao tratamento, o que contribui de forma significativa para nossa interpretação da experiência com o adoecimento. Os dados resultantes do grupo focal foram categorizados, sendo que algumas categorias foram agrupadas às dos informantes com HAS.

O trabalho de campo transcorreu de abril de 2010 a novembro de 2011 e, em média, foram realizadas 12 visitas com cada informante, semanalmente, com duração média de 60 minutos. Todas as entrevistas bem como as transcrições foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora. Durante as entrevistas, anotavam-se a data e a duração da entrevista; os gestos; os sons; as emoções e mesmo falas que se julgavam de suma importância para interpretar a experiência de vida.

Após a entrevista, os dados como impressão do pesquisador e as reflexões foram anotadas no caderno de observações. Essas anotações resultaram 200 páginas que foram minuciosamente interpretadas e subsidiaram nossas reflexões para a interpretação da experiência vivida pelos informantes.

Por meio dos depoimentos, tornou-se possível captar as sutilezas, interpretar os códigos e compreender os comportamentos e as atitudes das pessoas diante da doença, porque

nos permitiu fazer ligações entre o modo de pensar e agir e o mundo em que estão inseridos, como uma realidade social e cultural.

A valorização dos depoimentos nos possibilitaram ampliar a capacidade de uma conversa qualificada e interpretar os significados relacionados à história de vida e à forma como concebem e vivenciam o processo de adoecimento para além dos sinais e sintomas, o que propicia a efetividade das ações terapêuticas.

4.2.3.6 Análise dos dados

A análise e a interpretação dos dados foram orientadas pela antropologia interpretativa e médica e realizadas por meio da compreensão do contexto histórico do grupo social no qual os sentidos são produzidos e do encontro do marco teórico com os fatos empíricos, buscando a apreensão dos significados implícitos na experiência dos informantes com o adoecimento (GEERTZ, 1989).

Essa etapa constituiu um dos processos mais complexos no desenvolvimento da pesquisa, devido à singularidade das experiências que emergiram dos depoimentos; às releituras constantes do material buscando nos gestos, nas emoções e nas entrelinhas, a interpretação do significado do adoecimento. Procurou-se evitar, assim, a ‘ilusão da transparência’, como recomenda Minayo (2008), além da fidedignidade à compreensão do material empírico e para relacionar nossas interpretações à luz do referencial teórico proposto para o estudo.

Assim, coube-nos neste estudo uma tarefa complexa e desafiadora, que consiste em decodificar os sentidos da experiência da doença para a pessoa com HAS, de forma a apreender o seu modo de ser, de conviver com a doença e suas atitudes diante ao tratamento.

Essa reflexividade para interpretar os sentidos na busca dos significados fundamenta-se tanto no conhecimento do informante, a de dentro, o que caracteriza a visão êmica, como a do lado de fora, a do pesquisador, a visão ética, assim como na observação das condutas e atitudes dos informantes. Esse encontro que se caracteriza como etnográfico experimenta um exercício de partilha do saber do pesquisador com o do pesquisado e a interpretação tanto é influenciada pelos depoimentos, pelos gestos e pelas atitudes, como pelo conhecimento e pela subjetividade do pesquisador. Nessa progressão de perspectivas de explicações e entendimentos, possibilita-se ao pesquisador compreender os sentidos que o informante

atribui ao seu modo de viver com o adoecimento e, ao mesmo tempo, repensar o modo de ver as coisas e o mundo.

Adotamos também para a análise e interpretação dos dados, os princípios norteadores propostos por Pope e Mays (2009).

De acordo com esses princípios, o pesquisador deve se apropriar do sentido dos dados ao examiná-los atenciosamente e interpretá-los. Na organização dos dados, os autores recomendam a leitura e a releitura dos dados para identificar um conjunto inicial de categorias e temas. Atenção especial deve ser dada aos temas recorrentes e aos itens de interesse como pontos de vista incomuns ou contraditórios.

Os temas e as categorias devem ser nomeados de maneira a facilitar sua recuperação, podendo-se usar a linguagem ou a terminologia dos informantes.

Os autores sugerem a construção de categorias o quanto necessário, o que permite ao pesquisador agrupar e conectar itens aos dados. Os temas semelhantes devem ser agrupados para criar os núcleos de significado.

Nesse processo de leitura e releitura, o pesquisador desenvolve um conhecimento íntimo a respeito dos dados, o que permite construir a sua compreensão de significados com a dos participantes no contexto de vida deles.

A análise dos dados foi realizada concomitantemente à coleta, o que nos permitiu identificar contraste e similaridades, gerando reflexões com possibilidades de refinar questões, aprofundá-las e retornar ao campo para melhor interpretação dos significados da experiência da doença sob o ponto de vista da pessoa com HAS.

De acordo com esses princípios, delimitamos a análise dos dados nas seguintes etapas.

A primeira fase consistiu na organização dos dados. As entrevistas foram transcritas imediatamente após a coleta de dados, mantendo falas incompletas, pausas, vícios de linguagem e erros gramaticais. Foram realizadas leituras e releituras do texto e comparadas às gravações. Após a construção textual, foram inseridos dados como gestos, sons, emoções, dados dos prontuários, resultados dos exames e período de obtenção, para a construção do material empírico. Cada participante teve um arquivo em separado onde constavam as entrevistas transcritas, as observações de campo e os dados obtidos dos prontuários, dos resultados de exames e dos receituários. O mesmo procedimento foi realizado com os dados provenientes da observação de campo e do grupo focal.

Na segunda fase, com o auxílio do Programa Microsoft Word 2007, ferramenta revisão, inserir comentários, realizamos a codificação dos dados, considerando cada linha, frase ou parágrafo do material empírico. Esse processo foi realizado até segmentar todo o texto.

Os códigos provenientes das entrevistas foram identificados na cor amarela; do grupo focal, na cor vermelha e, da observação de campo, na cor rosa. Identificamos os códigos que apontaram o sentido da experiência para os informantes e que, posteriormente, serviram de guia para a construção das unidades de sentido e dos núcleos de significados. Essa etapa depende da intuição e da habilidade do pesquisador porque não há métodos ou técnicas para interpretar o fenômeno estudado.

Na terceira fase, agrupamos códigos similares e contrastantes para criar as unidades de sentido, ou também denominadas de categorias empíricas. Essas categorias foram nomeadas, utilizando-se a terminologia dos informantes.

Na quarta fase, foram construídos os núcleos de significados, ou categorias analíticas ou temáticas, a partir das unidades de sentido. Recortamos as palavras ou frases que constituíram as unidades de sentido, reagrupamos de acordo com as similaridades e codificamos com expressões significativas que traduziam os significados da experiência dos informantes.

Os fragmentos do texto, provenientes das unidades de sentido foram editados tendo sido realizadas correções gramaticais, excluído os vícios de linguagem, conforme sugerido por Duarte (2004).

Na medida em que as categorias analíticas foram criadas, confrontamos com as categorias empíricas, na busca de interrelações e interconexões. Isso foi realizado com a literatura no tocante à convivência da pessoa com o adoecimento crônico e com o referencial teórico adotado no estudo. Essa etapa consistiu-se de uma análise minuciosa em busca do implícito nas palavras, nos gestos e nas emoções e pela necessidade de estabelecer relações entre as categorias empíricas e as analíticas.

Na análise, buscamos relacionar os depoimentos dos informantes com os depoimentos dos trabalhadores em saúde, com a rede social e com o contexto sociocultural.

Esta fase é complexa, pois, ao mesmo tempo em que depende da lente do pesquisador no processo de interpretação, requer o exercício da alteridade numa tentativa de apreender os sentidos atribuídos pelas pessoas com HAS para a interpretação dos significados da experiência no processo de adoecimento.

4.2.3.7 A descrição do grupo social pesquisado

No quadro1, estão apresentadas as características sociodemográficas dos informantes com HAS.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos informantes com Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do sul de Minas Gerais.

Informante	Idade	Sexo	Raça	Estado civil	Ocupação	Religião	Escol.	Renda Mensal	Nº de filhos
1. Carlyne	55	F	N	Casada	Aposentada (doméstica)	Católica	Fund. incompleto	2 (SM)*	4
2. Maria Cândida	75	F	B	Viúva	Aposentada (doméstica)	Católica	Fund. incompleto	1 SM	12
3. Pedro	80	M	N	Casado	Aposentado (lavrador)	Católica	Fund. incompleto	2 SM	8
4. Rosa	64	F	B	Casada	Lar	Católica	Analfabeta	1 SM	8
5. Wellington	54	M	B	Solteiro	Aposentado (empresa segurança)	Católica	Superior incompleto	9 SM	-
6. Paulo	71	M	B	Casado	Aposentado (pedreiro)	Evangél.	Fund. incompleto	2 SM	8
7. Helena	55	F	B	Casada	Lar	Católica	Fund. incompleto	2 SM	2
8. Maria Aparecida	55	F	B	Casada	Lar	Católica	Fund. incompleto	3 SM	2
9. Angela	70	F	B	Separada	Lar	Católica	Analfabeta	1 SM	1
10. Manoel	84	M	N	Casado	Aposentado (lavrador)	Católica	Analfabeto	1 SM	7
11. Cleonice	58	F	N	Viúva	Aposentada	Evangél.	Analfabeta	1,5 SM	4
12. Aparecida	77	F	B	Viúva	Aposentada	Católica	Analfabeta	2 SM	3
13. Isadora	74	F	N	Casada	Aposentada	Católica	Analfabeta	1 SM	10
14. José	74	F	B	Viúvo	Aposentado (lavrador)	Católico	Fund. incompleto	1 SM	4
15. Maria de Fátima	55	F	B	Separada	Lar	Evangél.	Analfabeta	2 SM	3
16. José Antônio	58	M	B	Casado	Aposentado (tecelão)	Católico	Fund. incompleto	2 SM	2
17. Vinícius	54	M	B	Casada	Aposentado (representante comercial)	Católico	Fund. completo	2 SM	3
18. Maria Augusta	60	F	B	Separada	Aposentada (doméstica)	Católica	Fund. incompleto	1 SM	3
19. Gerusa	60	F	B	Casada	Lar	Católica	Fund. incompleto	2 SM	6
20. Mateus	34	M	N	Solteiro	Aposentado (invalidez)	Católico	Fund. incompleto	1 SM	-
21. João	79	M	B	Casado	Aposentado (lavrador)	Católica	Analfabeto	1 SM	10
22. Leonice	30	F	N	Casada	Doméstica	Evangél.	Fund. completo	3 SM	-

*Considerou-se o salário mínimo vigente no ano de 2011, correspondente a quinhentos e quarenta reais.

Salário Mínimo (SM)*

Sexo F (feminino) Sexo M (masculino)

Raça B (branca), Raça N (negra)

Constatamos que esse grupo é constituído por treze mulheres e nove homens, com idades entre 34 a 84 anos, predomínio da raça branca, a maioria casados e com filhos. Dentre as crenças religiosas, encontramos o predomínio da católica, seguida pela evangélica. O grau de escolaridade é baixo, assim como a renda mensal, que, em sua maioria, é de um salário mínimo. Todos residem em casa própria.

Dos 22 informantes, seis são do lar, uma doméstica e quinze aposentados e, desses, onze aposentados em decorrência da idade (Maria Cândida, Pedro, Paulo, Manoel, José, José Antônio, Vinícius, João, Cleonice, Aparecida, Isadora), enquanto quatro por invalidez (Carolynne, Wellington, Maria Augusta e Mateus). As causas para aposentadoria por invalidez estão relacionadas às condições crônicas, necessidades especiais, acidente automobilístico e cirurgia lombar. A maioria depende exclusivamente do SUS para tratamento, enquanto alguns buscam por tratamento no sistema de saúde privado com pagamento de consultas porque não têm planos de saúde.

A característica sociodemográfica do grupo social pesquisado é relevante, pois os fatores como idade, escolaridade, gênero, ocupação, renda, raça, presença de filhos e religião exercem forte influência no comportamento e nas atitudes frente ao adoecimento.

A seguir, estão apresentados e discutidos os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com HAS.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Neste capítulo, estão apresentados os resultados do estudo e nossas interpretações fundamentados na Antropologia interpretativa e médica, a partir dos sentidos atribuídos pelas pessoas com HAS

Os dados foram organizados e codificados em onze unidades de sentido que receberam as seguintes denominações: “Descoberta da doença”; “Processo de Adoecimento”; “Convivência com a doença”; “Estratégias de enfrentamento”; “Crenças”; “Itinerário terapêutico”; “Adesão ao tratamento”; “Acesso ao serviço de saúde”; “Processo de trabalho em saúde”; “Modelo de assistência”; “Invisibilidade do trabalhador em saúde e da pessoa com HAS”. Por essas unidades descrevemos os sentidos atribuídos pelos informantes obtidos nas mais diversas situações.

A partir das unidades de sentido, construímos os núcleos de significados “A doença como expressão do estilo de vida”; “A perspectiva de cura da doença”; “A experiência com o sistema formal de saúde”; “A produção dos cuidados em saúde: o distanciamento com a humanização”; que correspondem as nossas interpretações, mediadas pelas experiências subjetivas, intersubjetivas e dos contextos socioculturais e individuais, ao significado da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com HAS.

5.1 A doença como expressão do estilo de vida

Este núcleo de significado compreende as unidades de sentidos: “A descoberta da doença”; “O processo de adoecimento” e “A convivência com a doença”, a partir dos sentidos atribuídos ao tempo e ao modo de início dos sintomas, à fisiopatologia, ao curso da doença, ao tratamento, que correspondem às questões básicas do ME(s) de Arthur Kleinman (1988) para explicar a noção da enfermidade na perspectiva do adoecido e os sentimentos resultantes destes para a vida dessas pessoas.

A descoberta da doença, segundo os depoimentos, foi apreendida como uma situação de casualidade, quando da consulta para outros problemas de saúde, ou durante o processo de triagem para consultas médicas, uma vez que o silêncio da doença não despertou nos

informantes a presença de uma anormalidade em suas vidas. Os depoimentos que se seguem retratam a início do adoecimento.

[...] eu me sinto uma vítima do acaso. O meu caso é o que acontece com a maioria das pessoas com pressão alta [...] fui ao ambulatório para consultar de outra coisa e durante a triagem para clínica médica, aferiram minha pressão e me perguntaram se eu tinha pressão alta, eu disse que não, porque nunca tinha sentido nada, foi aí que eles já me rotularam como hipertenso, minha pressão estava 17/11, nada sentia (gesticula negativamente com a cabeça e entonação forte de voz), mas, naquele momento eu estava passando por questões emocionais e de muita tensão por estar ali para consultar de outros problemas que a gente tem que conviver (fixa o olhar para mim). Eu fiquei pensando nisso, tinha que ter melhor avaliação. Então foi assim, foi descoberta por acaso. (Wellington, 54 anos, 11/05/2010, 1ª entrevista)

[...] eu fui para trabalhar na panha de café. Lá tinha um médico, aí ele chegou e começou a examinar todo mundo. Quando chegou a minha vez, a pressão estava 29 por 14 (eleva o dedo indicador acima da cabeça e entonação forte de voz) e eu num estava sentindo nada...nada dessa vida [...] aí eu pensei, isto num é nada, daqui a pouco essa pressão abaixa. (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

Constatamos que o conhecimento popular sobre os sinais e sintomas do início do adoecimento apresenta similaridade à explicação biomédica, pois a HAS é reconhecida pela literatura nacional e internacional, como “assassina silenciosa”, porque em geral ela se manifesta de forma assintomática, o que contribui para o diagnóstico tardio, com repercussões graves e, por vezes, incapacitantes, além de constituir um dos principais fatores dificultadores para o diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Lima et al. (2010) também encontraram em seu estudo que a maioria dos participantes descobriu a HAS casualmente, ou seja, pelo surgimento de complicações ou de consultas de rotina.

Percebemos que os informantes reagiram ao diagnóstico com indignação e desconfiança, porque não apresentavam as manifestações sensíveis que se relacionam à doença. Eles desconfiavam não apenas dos profissionais de saúde quanto à veracidade do diagnóstico, mas também de si, pela incerteza de ter a doença, uma vez que suas percepções não coadunam com o diagnóstico médico. Essa questão corporal que se apresenta diante da vida traz consigo a angústia ao vislumbrar uma vida cerceada por limitações, o que corrobora para aumentar ainda mais sua vulnerabilidade.

Middleton (2009) também encontrou a desconfiança em relação ao conhecimento dos profissionais, mediante diagnósticos atribuídos às pessoas com HAS de forma assintomática.

O caráter oculto da HAS faz com que a pessoa não se considere doente, pois, para sentir-se doente, é necessária a sensação de que algo não vai bem. Essas experiências dotadas

de sentido são apreendidas e organizadas em algo significativo, o que permite relacioná-las à enfermidade. A característica assintomática da HAS dificulta não apenas a pessoa considerar-se doente, como também para seu grupo social, dada a inexistência de manifestações ou de mudanças no cotidiano de vida.

Nesse aspecto, a ideia de enfermidade não aponta apenas para as impressões sensíveis, e, sim, para o sentido atribuído a elas, porque a enfermidade não é um fato, mas, sim, significação.

A noção de significado, como enfatiza a filosofia hermenêutica, é sempre “significado para” alguém. O componente subjetivo da enfermidade como visto está fundamentado no ato individual de perceber uma experiência interior como problemática. A construção do significado dessa experiência não ocorre como um processo isolado, mas necessariamente envolve uma experiência (ALVES, 1993).

Kleinman (1980) ressalta que, nas desordens crônicas, a patologia pode estar presente na ausência da enfermidade. Nesse caso, dada a peculiaridade da HAS como uma doença assintomática, a patologia foi diagnosticada na ausência de enfermidade.

Por outro lado, alguns informantes diante da percepção de que algo não vai bem, rompem o ‘silêncio da doença assassina’ e apresentam manifestações inespecíficas, o que motiva a busca por soluções para seus problemas nos subsistemas de saúde, conforme revelado nos depoimentos:

[...] eu sentia mal, moleza, tonteira, mal-estar, dor de cabeça, eu num sabia que era pressão não, pensei que fosse anemia [...] aí eu fui no médico do postinho aí eles falaram que ela (pressão) tava alta. (Maria Aparecida, 55 anos, 21/05/2010, 1ª entrevista)

[...] eu num sabia que era a pressão não, minha filha! (coloca a mão na boca), eu fui no médico, porque estava com uma zoera danada na cabeça, a veia do pescoço estava pulando sem parar (vira a cabeça de lado, aponta com os dedos da mão a veia do pescoço e faz ligeiramente com os dedos polegar e médio movimentos tipo pulsante bem rápido) e estava muito cansada. Aí o médico aqui do postinho me examinou e falou: a pressão tá muita alta (entonação forte). (Aparecida, 77 anos, 12/05/2010, 1ª entrevista)

[...] ah! Eu comecei a colocar sangue pelo nariz, foi a noite inteira, molhei um toalha dobrada em 4, a noite inteira [...] aí amanheceu o dia, minha filha levou eu no médico, aí chegou lá (esfrega ambas as mãos na face) ele falou assim: foi bom ter saído sangue pelo nariz, pior se tivesse sido na cabeça. (Maria Cândida, 75 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista)

Constatamos, pelas manifestações apresentadas, que alguma dimensão da corporalidade foi comprometida como uma necessidade de reafirmarem a doença.

A percepção de estar doente se dá por meio de um conjunto de sensações como cansaço, mal estar, fraqueza, sendo o corpo, a matéria do mundo sensível e do próprio conhecimento, e, pela construção de significados para si e para os outros (CANESQUI, 2003), tendo em vista que a enfermidade nos remete, em um primeiro momento, ao corpo como corpo vivido, indissociável da nossa subjetividade (ALVES, 1993).

Embora as manifestações propiciem uma experiência íntima da enfermidade, é preciso posicionar-se em relação aos outros para dar sentido ao que se experimenta, o que possibilita interpretar a causa da doença, modular suas ações para lidar com a doença e buscar cuidado para a solução de seu problema (LEVENTHAL; BRISSETTE; LEVENTHAL, 2003; RAYNAUT, 2006).

As formas de sentir e de se expressar os sinais e sintomas relacionados a HAS são regidas por códigos culturais nos quais se torna evidente o uso de metáforas, que se constituem a partir dos sentidos que são atribuídos pela pessoa para legitimar as manifestações.

Constatamos que as manifestações são inespecíficas e isoladas, e que, interpretadas, podem representar a HAS ou outras enfermidades, ou serem tomadas como informações simples sem significado, devido à subjetividade envolvida nas interpretações.

Reconhecemos, conforme Kleinman (1988), que a cultura influencia na percepção dos sintomas, o que faz com que as pessoas atribuam diferentes interpretações para o mesmo problema. Permite, ainda, julgá-las como anormais e ajuda a dar forma a essas alterações físicas e emocionais, moldando-as de maneira a torná-la reconhecível para a pessoa e para o seu grupo social.

Alude, ainda, em seu texto com Peter Benson (2006), que a influência da cultura é crucial para o diagnóstico, para o tratamento e para os cuidados.

Constatamos, no cotidiano de nossas práticas, que na maioria das vezes, os profissionais de saúde desprezam a forma como os sintomas são experienciados, entendidos e interpretados pelas pessoas com HAS, e geralmente associam essa experiência à ignorância, porque contrariam o único conhecimento verdadeiro, o da biomedicina, quanto à natureza assintomática da doença.

A dificuldade na valorização dessa experiência encontra justificativa no fato de que, os sintomas são vistos como ambíguos e incertos, porque se originam da expressão e da percepção subjetiva de autorrelato do paciente. Constitui interpretações do paciente de uma série de sensações corporais, psíquicas e emocionais e são expressões humanas que incorporam os significados do mundo vivido (MARTINÉZ-HERNÁEZ, 2000).

Contrariando a concepção biomédica, a HAS entre esses informantes, é de natureza sintomática e esses sintomas constituem formas culturais e simbólicas da experiência vivida.

A característica sintomática da HAS também foi encontrada nos estudos etnográficos de Beune et al. (2006); Connell, McKevitt e Wolfe (2005); Dela Cruz e Galang (2008); Helsel, Mochel e Bauer (2005); Schlomann e Schmitke (2007); entre outros.

Dentre as manifestações, a dor de cabeça foi o sintoma mais comum revelado pelos informantes. O mesmo foi encontrado nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008); Helsel, Mochel e Bauer (2005); Lima et al. (2010); entre outros.

Outras manifestações também foram mencionadas, dentre as quais, a sensação de peso na nuca e tonturas, como nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008) e Fongwa et al. (2008). A sensação de fraqueza como nos estudos de Beune et al. (2006); Helsel, Mochel e Bauer (2005); Schlomann e Schmitke (2007); fadiga e lentidão, encontradas nos estudos de Schlomann e Schmitke (2007); sangramento nasal nos estudos de Schoenberg e Drew (2002); jeito ruim; batadeira no coração; zoera; veia do pescoço que pula; sensação de tensão na cabeça, revelados por Beune et al. (2006).

Diferentemente das manifestações encontradas neste estudo, Strahl (2003) evidenciou a sensação desagradável no coração; sinais de exaustão; sintomas de cabeça pesada; aumento dos batimentos cardíacos, associados com fraqueza corporal e tontura.

Beune et al. (2006) encontraram problemas respiratórios; obstrução nasal e descoloração na pele e, nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008), irritabilidade; dor no peito; dor nos olhos e visão borrada.

Ao buscarem tratamento no sistema formal de saúde para as manifestações inespecíficas ou para tratar de outros problemas de saúde, as pessoas foram surpreendidas com o diagnóstico de HAS.

Os sentimentos de desconfiança e de incerteza que permeiam essa experiência motivaram a tecer críticas sobre os procedimentos adotados pelo sistema formal de saúde para a o diagnóstico da HAS, como podemos observar no depoimento de Wellington:

[...] o que é diferente nas pessoas de classe média e alta é que eles têm um tratamento diferente porque antes eles passam por exames, avaliam o que pode estar causando a hipertensão [...] deveria fazer uma avaliação da pressão para saber se a pessoa tem pressão alta, como já te falei, tem que fazer uma média de pressão, depois de 30, 40 dias não sei, não é verificar a pressão num dia e já dizer que a pessoa tem hipertensão e aí já recebe o rótulo de hipertenso. [...] o diagnóstico da hipertensão arterial, ficou uma coisa assim tão massacrada que até criança já sabe diagnosticar [...] mais às vezes, a pessoa que está verificando a pressão nem entende o que está acontecendo, como eu te falei, banaliza o

diagnóstico e até o tratamento. Nem sempre os sintomas são esses comuns que as pessoas sentem. (Wellington, 54 anos, 21/05/2010, 2ª entrevista)

As críticas relacionadas aos critérios para o diagnóstico da HAS nos causaram a princípio estranhamento, contudo, no exercício da alteridade, nos impulsionaram a repensar os critérios recomendados pelas sociedades científicas e pelo Ministério da Saúde.

Na percepção dos informantes, torna-se imprescindível para o diagnóstico da HAS o levantamento das possíveis causas, o acompanhamento dos valores pressóricos por um período de 30 a 40 dias e exames laboratoriais. A partir dessas avaliações, torna-se possível estabelecer o diagnóstico e não somente pelos valores da pressão arterial em uma consulta ocasional.

Tornam-se evidentes nestas críticas a incerteza do diagnóstico, tendo em vista as peculiaridades da HAS, como uma doença assintomática, a multicausalidade que dificulta investigar a etiologia de forma individualizada para legitimar a terapêutica.

Constatamos, ainda, que os sentimentos expressam expectativas que não foram atendidas diante ao serviço de saúde, uma vez que se espera a realização de exames para a confirmação do diagnóstico. O levantamento de possíveis causas que alteram os níveis pressóricos e o controle sistemático da PA evita, como diz Wellington, a *banalização do diagnóstico* e o indevido *rótulo de hipertenso*.

A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, de diagnósticos e terapêuticas, muitas vezes desnecessários. Essa concepção de natureza biomédica, influencia o modo de pensar de alguns informantes.

Por outro lado, há uma desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (ILLICH, 1981; POLI NETO; CAPONI, 2007; TESSER, 2006a).

A biomedicina tem separado evidências objetivas da doença a partir de sinais físicos e de exames, do discurso subjetivo do paciente sobre sua doença, atribuindo credibilidade distinta às duas fontes de informações e, muitas vezes, as queixas do paciente não são legitimadas.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), deverão, em uma consulta, ser realizadas pelo menos três aferições com intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a pressão arterial (PA) real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham

medidas com diferença inferior. Consideram-se HAS valores pressóricos persistentes iguais ou superiores a 14 e/ou 9 mmHG em adultos com 18 anos e mais.

Na prática, constatamos que, na maioria das vezes, as pessoas passam a ser “rotuladas como hipertensas”, apenas com a medida casual da pressão arterial em uma única consulta, sem, contudo, levar em consideração outras medidas de PA e os fatores que possam interferir nesses valores.

Mancia et al. (2007) recomendam que o tempo necessário para a avaliação inicial de um paciente com suspeita de HAS é de pelo menos 30 minutos e ressaltam, juntamente com Figueiredo et al. (2009), que o diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.

Ainda, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), faz-se necessária a avaliação clínica, em que é obtida a história clínica completa, com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e ao tratamento prévio de hipertensão, a fatores de risco, a indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, a aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente e ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou de drogas que possam interferir em seu tratamento.

Além da medida da PA, a frequência cardíaca deve ser cuidadosamente medida, pois sua elevação está relacionada ao maior risco cardiovascular, além da medida da circunferência da cintura.

Em determinadas situações como na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular e de doenças associadas, em pacientes com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com diabetes, faz-se necessária a avaliação laboratorial em que são solicitados exames de análise de urina; de potássio plasmático; de creatinina plasmática; de glicemia de jejum; de colesterol total; de HDL; de triglicérides; de ácido úrico; e eletrocardiograma convencional para confirmar o diagnóstico de HAS, para identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares; pesquisar lesões em órgãos-alvo; clínicas ou subclínicas; pesquisar presença de outras doenças associadas; estratificar o risco cardiovascular global; avaliar indícios do diagnóstico de HAS secundária.

Outros fatores intervenientes para os valores da PA estão relacionados aos procedimentos técnicos, no que se refere ao equipamento; à capacidade técnica do profissional; às condições da pessoa no tocante ao seu estado emocional; ao consumo de bebidas estimulantes e à ingestão de alimentos prévios ao exame, dentre outros.

Diante desses fatores, é possível que alterações nos níveis pressóricos aferidos apenas em um único dia, não correspondam ao diagnóstico fidedigno de HAS.

Faz-se necessária, para o diagnóstico preciso, a avaliação detalhada das condições da pessoa para além dos níveis pressóricos e o cumprimento das normas técnicas relacionadas à medida da PA disponível nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

De acordo com Helman (2009), a comunicação do diagnóstico constitui uma das fases do ritual de infortúnio tanto para o médico como para o paciente. As ações desenvolvidas para o diagnóstico da HAS ocorrem em determinado tempo, em espaços específicos como nas Unidades de Saúde, em consultórios e em salas de pronto atendimento, marcados por símbolos rituais, como o jaleco branco e o esfigmomanômetro.

Percebemos que o tempo reduzido para o atendimento das consultas, aliado à comunicação deficiente entre médico e usuário, ao desinteresse por parte da medicina pelo mundo vivido dos informantes e à falta de exames complementares, geraram incerteza, insatisfação e revolta diante ao diagnóstico da HAS, obtido apenas pela constatação de valores da PA.

Outro aspecto que nos despertou a atenção é que eles não se recordam, a partir do diagnóstico médico, do tempo de convivência com a doença. Buscam associar esse tempo a outros fatos, como o diagnóstico de outras doenças, mudanças e perda de entes queridos.

Os depoimentos a seguir revelam esta associação no esforço de relembrar o tempo de convivência com a doença.

[...] ah! Faz muito tempo (fica pensativa, conta nos dedos e enxuga o canto da boca) eu num sei falar direito não, mas tem uns 8, 10 anos, você sabe que a comadre M ainda era viva! (Aparecida, 77 anos, 18/09/2010, 2ª entrevista)

[...] ah! Faz...(pausa, olha para o chão, retira o boné e passa a mão na cabeça) acho que faz mais de 5 anos. Eu fui lá no hospital arrancar um berne que estava aqui na mamica (aponta a região mamária direita), aí eles falaram que a pressão estava alta, muito alta, mais eu num tinha nada, era só a dor aqui (aponta para a região mamária). (João, 79 anos, 25/06/2010, 4ª entrevista)

Percebemos que o tempo de convivência com a HAS não fez sentido para os informantes. Isso pode estar relacionado à característica assintomática da HAS, à presença de sintomas inespecíficos, ou como diz Higginbottom (2006), pode ser atribuída ao fato de que as pessoas mais velhas têm estratégias acumuladas para lidar com as vicissitudes da trajetória da vida.

Ao receberem o diagnóstico diante das experiências reveladas, as pessoas passam a ser rotuladas pelos profissionais de saúde e pela sociedade como portadores de hipertensão, ou

como portadores de pressão alta ou a doença passa a ser a identidade primária da pessoa, reconhecida simplesmente como hipertensa.

Certos rótulos diagnósticos, na visão de Waxler (1981), produzem efeito prejudicial sobre a saúde, pois podem afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico, a percepção, podendo ocorrer mesmo na ausência de doença física como é o caso da HAS. Isso pode desencadear o “estresse culturogênico” conforme Helman (2009 p. 269) e contribuir para reafirmar as crenças negativas sobre a saúde, quanto a sua origem, significado, gravidade e prognóstico.

Ogedegbe (2010) também encontrou em seus estudos que o rótulo da HAS tem efeito negativo sobre o bem-estar do paciente, e sugere que, ao lidar com esses clientes, deve-se enfatizar informações positivas e não ameaçadoras, como até então têm sido realizadas, ser feita de maneira empática, o que contribui para melhorar o controle da pressão e a adesão ao tratamento.

A conotação desse status reflete não apenas na vida do adoecido, mas da família, do trabalho e dos profissionais de saúde; implica, principalmente ao adoecido e à família, fazer rearranjos constantes para a convivência com a doença.

Os efeitos do rótulo dependem do impacto da doença crônica sentido por cada indivíduo, que pode ser diferente, devido à personalidade individual; a crenças; a valores; a sistema de suporte; a idade e aos estágios de vida que se encontram.

Por outro lado, a apreensão diante dos resultados de exames foi unânime entre os informantes, somada ainda, à dificuldade de acesso às consultas médicas.

Alguns tomavam a iniciativa de abrir os exames e fazer a interpretação dos resultados à sua maneira. Os depoimentos revelam essa preocupação.

[...] elas (trabalhadoras de saúde da ESF) falaram que num tem mais vaga não, mais como que faz? Ele pede o exame e depois num tem jeito de ver porque num tem vaga! Eles falaram que é pra mim ir lá e ficar esperando pra ver se tem jeito de encaixar, mais eu acho isso muito difícil (passa a mão no rosto e movimentava a cabeça em sinal de negação) porque tem muita gente pra consultar. Mais eu vou lá. Eu estou com a maior aflição pra ver esse resultado de exame e ainda num sei quando o médico vai ver. Enquanto eles não falam pra gente a gente num fica sossegada. Nossa! quando eu vou fazer exame eu peço para Deus que num dê nada. Eu tenho medo, então eu num vejo a hora do médico olhar. (Leonice, 30 anos, 03/08/2010, 4ª entrevista)

[...] ele (médico) me deu o pedido de exame, mais eles falaram que era pra mim fazer mais no final de julho porque num está tendo médico, mais eu fiz agora, eu num estou bem [...] mais esses dias eu falei pra menina marcá lá pra mim e elas falaram que num ia ter jeito porque

estava tudo cheio. Mais sabe, eu vou levar lá pra chefe delas ver e falar que tem umas coisas que deram alterados e aí ela vê como que faz (pausa) a gente fica preocupada, enquanto eles num falam pra gente a gente num fica sossegada. (Maria de Fátima, 55 anos 12/05/2010, 2ª entrevista)

[...] eu estava preocupada com esse exame (eletrocardiograma) pensando que podia dá alguma coisa, mais agora, Graças a Deus a pressão está controladinha, eu pensei que essa tontura fosse da pressão, mais num é não, ela está boa, eu levei o exame lá pra ele (médico) ver e ele falou que o motor está bom, se num tivesse bom era mais custoso de arrumar (sorri). (Maria Augusta, 60 anos, 10/08/2010, 4ª entrevista)

Constatamos que os resultados dos exames constituem um marco entre a saúde e a doença para os informantes. As alterações nos valores de referência dos exames, principalmente, laboratoriais, são interpretadas como enfermidade. Eles depositavam maior credibilidade aos resultados de exames para determinação da doença do que ao diagnóstico pautado apenas em exame clínico.

Percebemos que o fetiche dos exames complementares como o carro-chefe da cultura medicalizada exerce poderosa influência cultural entre as pessoas com HAS, como têm defendido Tesser, Poli Neto e Campos (2010).

A influência do modelo biomédico na concepção popular justifica as críticas tecidas ao modo pelo qual os médicos têm diagnosticado a HAS.

Verificamos, ainda, que a utilização de metáforas pela medicina como forma de reduzir o funcionamento do corpo humano visto como de uma máquina (Helman, 2009) presente no modelo flexneriano, ainda é frequente na prática, não valorizando outras dimensões pessoais e sociais. Nessa concepção, o coração é visto como o motor que comanda as demais funções do corpo, e se ele “estragar” fica mais difícil consertar.

O processo de adoecimento agrega os sentidos atribuídos pelos informantes à doença, a suas causas e a suas consequências e constituem uma experiência singular que reflete na forma de pensar, nos gestos e atitudes da pessoa diante a doença.

A forma como a sociedade atribui significados às doenças, reflete a forma como ela pensa, expondo seus medos e limites (IRIART, 2003).

Sarti (2001) já defendia que o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida.

Um dos aspectos relevantes e que influencia o modo de agir dos informantes é a percepção que eles possuem a respeito da HAS, como constatamos nos depoimentos que seguem.

[...] *uai* (sorri e fica por alguns segundos pensativo e olha para o teto) *no meu entendimento é um **problema** grave que pode dá derrame, por que o sangue sobe depressa pra cabeça.* (José Antônio, 58 anos, 10/06/2010, 1ª entrevista)

[...] *ah! Eu acho que é um **problema** que o coração fica muito agitado, querendo saí pela boca.* (Isadora, 74 anos, 04/06/2010, 1ª entrevista)

[...] *é um **problema** de nervoso... (pausa) é ficar enfezado* (esfrega as mãos na face e na cabeça) *aqui na rua é muita bagunça e brigaiada, num deixa a gente ficar sossegado, é noite e dia.* (João, 79 anos, em 09/06/2010, 3ª entrevista)

[...] *eu num vou saber o que que é não, porque faz muitos anos que eu tenho esse **problema**, mais eu num tenho medo não, porque já acostumei com ela, faz muitos anos que eu tenho essa pressão, então eu nem sei falar pra senhora.* (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

Apreendemos diante aos sentidos atribuídos que se trata de um **problema** e não de uma doença, HAS, como reconhecida pela biomedicina. O problema expressa a maneira pela qual os informantes percebem a HAS nas suas vidas.

A acepção da palavra problema, de acordo com Ferreira (2008), é “tudo que é difícil de explicar, resolver, tratar, lidar”. “qualquer assunto ou questão que envolve dúvida, incerteza ou dificuldade”.

Ao relacionar a acepção da palavra às concepções que eles têm sobre a HAS, identificamos similaridades, o que nos permite dizer que as acepções correspondem aos sentidos que os informantes atribuem à doença, algo difícil de explicar, de lidar e de tratar, que se expressam em sentimentos de dúvidas, de incertezas, de ansiedade e até de medo da doença.

Outros se apropriaram do conhecimento da biomedicina e reinterpretaram para explicar o significado da doença, sem, contudo, entender a complexidade do processo que se relaciona a HAS.

[...] *pressão alta é ...*(pausa, passa a mão na cabeça e olha para baixo) *uma alteração na veia e ela fica estufada* (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo). (José, 74 anos, 28/09/2010, 3ª entrevista)

[...] *é uma doença pouco visível, porque a pessoa não senti nada...nada.*(Wellington, 54 anos 21/05/2010, 2ª entrevista)

O conhecimento médico de um indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído de e por experiências diversas e continuamente está sendo reformulado e reestruturado em decorrência de processos interativos específicos (ALVES, 1993).

Deparamo-nos também com situações nas quais os informantes não se consideram doentes, nem com *problema*, desde que seus níveis pressóricos se mantenham controlados, como podemos constatar neste depoimento.

[...] posso dizer que eu tenho saúde, por causa da pressão pra mim num é doença não (gesticula com a cabeça em sinal negativo), ela estando controlada, é como se num tivesse nada. (Maria Augusta, 60 anos, 13/07/2010, 2ª entrevista)

Percebemos que Maria Augusta, dentre outros informantes, foi capaz de enfrentar o adoecimento, pois adquiriu potência para o viver e, com isso de cuidar-se, razão pela qual ter o *problema* não constitui um problema para sua vida.

Esse modo de pensar coaduna com as concepções de Canguilhem (2000); Caponi (2003); Gadamer (2002); Martins (2004; 2005), ao ressaltarem que a pessoa pode estar enferma e manter-se capaz e saudável em diversos outros aspectos da vida, mesmo tendo que conviver com uma doença crônica. Atingir esse estágio significa ter capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir os modos de andar a vida às limitações das condições crônicas.

Outro aspecto que também corrobora para esse pensamento é que estar doente não é um constante estado em suas vidas, mas, sim, de determinados períodos; que depende das fases de remissão e de exacerbação da doença.

A remissão e a exacerbação da doença são atribuídas a diferentes causas, dentre as quais, estão a adaptação ao tratamento farmacológico e ao estilo de vida.

A instabilidade da doença para esses informantes é marcada pela presença de manifestações e pelas oscilações de valores pressóricos.

De forma muito criativa, José Antônio compara a instabilidade dos níveis pressóricos a algo instável relacionado ao seu contexto cultural.

[...] eu num sei se é assim não (sorri, coloca a mão na cabeça e olha para o teto) mais pra mim a pressão é que nem o dólar, às vezes ela está lá em cima, às vezes ela está lá embaixo dependendo do dia. A pressão num fica num nível só não [...] ela fica navegando, ela num para, mas na pessoa normal ela volta e nas pessoas com pressão alta ela num volta, é assim mesmo? (José Antônio, 58 anos, 28/06/2010, 2ª entrevista)

Como membros de uma sociedade particular, os indivíduos herdam um conjunto de princípios, conceitos, regras e significados que modelam e se expressam na forma como eles pensam e vivem.

A intemporalidade das fases de exacerbação e de remissão a que estão submetidas as pessoas com HAS, requer maior apoio e aproximação da família para o enfrentamento do adoecimento crônico (SOUZA; LIMA, 2007).

Na fase de exacerbação, a pessoa requer mais apoio da rede social, enquanto, por outro lado, ao experienciar a remissão da doença, passa-se para um processo de autonomia para o cuidar-se, pois, “enquanto o desenvolvimento normal tem um efeito centrífugo, a doença tem um efeito centrípeto” (LUBKIN; LARSEN, 2006).

A partir da percepção que eles têm de HAS como um *problema*, instigamo-nos a buscar as possíveis causas desencadeadoras. Constatamos que elas são atribuídas principalmente aos problemas da vida e estão relacionadas às questões emocionais, conforme se evidencia nos depoimentos:

[...] acho que a hipertensão é muito mais emocional do que racional. O emocional... (fica em silêncio e com movimentos rápidos retira do dedo a aliança e a recoloca várias vezes) não tem ninguém que esteja passando por problema em que a pressão esteja normal. Acho que os fatores emocionais são os piores. (Wellington, 54 anos, 11/05/2010, 1ª entrevista)

[...] então é um desatino¹ danado, a senhora nem sabe o que eu passo (esfrega as mão no rosto e no cabelo e os olhos estão arregalados) é uma brigaida danada aqui em casa e à noite esse povo aí num deixa a gente dormir, é isso que faz a pressão da gente ir lá pras altura! (eleva o braço acima da cabeça). (Ângela, 70 anos, 27/05/2010, 1ª entrevista)

[...] é o problema de nervoso (enruga a testa, olhos semifechados e comprime os lábios) tá aí (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo) é só ficar nervoso com alguma coisa ela sobe (pausa) você sabe que as doenças vêm também muito da mente (bate com o dedo indicador na cabeça) e quanto mais a gente fica encalacrando² isso, pior fica. (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

[...] ah! Tem muita coisa, eu acho que a coisa pior que tem é a gente ficar enfezada, ela aumenta (pausa e esfrega as mãos no rosto) parece que dá um jeito ruim na gente (pausa) uma batedera, se sabe de uma coisa? Quando eu fico enfezada a carne do meu corpo fica assim ó (gesticula com a mão direita sinal de tremor) tremendo à toa. Um dia quando eu fiquei enfezada a minha pressão foi até 20. Depois que eu vim pra cá é que ela (pressão) ficou assim, eu num queria vim pra cá de jeito nenhum, mais eles (filhos) num deixaram a gente ficar lá (cidade menor com poucos recursos de saúde), eu num gosto daqui não, Deus que me livre disso daqui, (bate a mão na boca, dá uma pausa e olha para o teto), a gente num tem sossego, mas faz o quê! (Isadora, 74 anos, 09/06/2010, 2ª entrevista)

¹ Desatino: enlouquecer, perder a razão, perder o tino (FERREIRA, 2008).

² Encalacrado: ver-se em apertos, colocar-se em dificuldades (FERREIRA, 2008).

[...] pra mim eu acho que é o nervoso, do jeito que falei pra senhora aquele dia, me dá um nervoso vê as coisas pra fazer, a casa suja e eu não tenho jeito de fazer direito, isso me dá muito nervoso. Você sabe que eu acho que é nervoso mesmo! (Maria Aparecida, 55 anos, 04/06/2010, 2ª entrevista)

De acordo com as experiências pessoais, as concepções sobre as causas do *problema* apresentam relações intrínsecas entre o corpo e a mente, suas crenças e sentimentos.

Nossas interpretações coadunam com as concepções de Kleinman (1995), ao considerar a doença como um modo somático de experiência e de sofrimento social. Traduz a forma como uma pessoa vivencia suas tristezas, seu sofrimento social, que inclui qualquer tipo de problema.

Por outro lado, contraria as concepções biomédicas da doença, que têm como princípios o dualismo entre corpo e mente, a noção de doença centrada na expressão biológica e a pouca valorização às dimensões psicossociais da doença (KLEINMAN, 1980).

Constatamos que a principal causa para o *problema* que se relaciona à HAS deve-se ao nervoso.

Buscamos em Kleinman (1988) fundamentos para compreender o nervoso como causa da HAS. Para ele, o nervo, no nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psicobiológicos e que tais manifestações sofrem a influência cultural, pois é nesse campo que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes.

Duarte (1994), pioneiro em estudar a enfermidade conhecida como “nervos”, atribui ao termo nervoso uma categoria polissêmica, que permeia o discurso popular e é utilizado para descrever uma ampla categoria de manifestações de ordem física e moral, em que está implícita a ação dos condicionantes sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica, um distúrbio ou uma aflição psicossocial.

O nervoso pode traduzir a falta de dinheiro; o desemprego; conflitos interpessoal ou problemas familiares, como também significar o sintoma; a consequência ou a denominação de uma doença propriamente dita (DUARTE, 1986).

A gravidade do nervoso vai determinar quando este não é apenas um sintoma de algum problema, mas passa a constituir o problema em si (NGOKWEY, 1995).

Para Helman (2009), o “nervo” constitui umas das imagens populares mais comuns para o sofrimento. Os significados atribuídos a essa condição devem-se mais às razões internas, para seu sofrimento emocional ou para a doença e sua vulnerabilidade ao estresse cotidiano.

Em geral, as mulheres sofrem mais dessa aflição que os homens e, em cada contexto, a enfermidade tem configurações particulares (LANGDON, 2009).

Constatamos que o estilo de vida de acordo com os informantes, constitui o determinante principal para o *nervoso*.

Em uma concepção ampliada, é preciso compreender que o estilo de vida se caracteriza como um determinante social de saúde, que depende não apenas do indivíduo para mudanças de hábitos de vida, mas requer mudanças relacionadas à segurança social, ao sistema previdenciário e de saúde, à maior oferta de emprego, dentre outros, pois o contexto sociocultural influencia o modo de viver e adoecer.

O estado emocional, traduzido pelo *nervoso*, é experienciado de diferentes maneiras pelos informantes, pois é construído social e culturalmente, para o qual utilizam expressões oriundas do vocabulário popular e de metáforas, tais como: carne do corpo tremendo, bateadeira, jeito ruim, enfezado, desatino e encalacrado.

Apreendemos que o *problema de nervoso* incorpora uma série de aflições na sintomatologia e na etiologia e espelham nas experiências com os problemas do cotidiano de vida, decorrentes das dificuldades financeiras; da preocupação com a família; do isolamento social; dos problemas de doenças; do alcoolismo; dos conflitos conjugais e familiares; das perdas de entes queridos; da insatisfação com o sistema formal de saúde; do processo de aculturação e dos problemas da rua.

A rua, que antes era reconhecida como espaço de socialização, hoje é vista como perigosa e constitui uma das maiores preocupações dos informantes e causa do *problema*. Por outro lado, a preocupação atual da Unidade é atingir a meta quantitativa exigida pela Secretaria de Saúde para as mamografias e exames preventivos.

No decorrer do convívio com os informantes, percebemos que não são de costume as visitas de amigos, nem da família, exceto por motivo de doença ou festa, o que é uma raridade entre eles.

No bairro, não há área de lazer. As caminhadas propostas pela ESF não tiveram adesão da comunidade. Grupos de nutrição, de equilíbrio e de atividades físicas implementados no final de 2010, também tiveram pouca adesão.

Principalmente ao final da tarde, no passado, algumas famílias conversavam sentadas no passeio da casa, na soleira da porta, ou nos bancos construídos de tábuas à sombra de árvores, em frente de algumas casas. Mas, aos poucos, percebemos que essa tradição foi se tornando rara, não se vê mais as pessoas na rua e os bancos foram removidos. O cotidiano dos informantes é marcado por rotinas intramuros, envolvidos em atividades domésticas, em

trabalhos manuais, estes, realizado por duas informantes, cuidar da horta, assistir televisão, dormir, ou permanecer por várias horas sentadas no sofá ou na varanda de casa. Fora do ambiente domiciliar as atividades se restringem às consultas médicas, aos cultos, às missas e às compras.

Uma das diversões que presenciamos diariamente foi o jogo de bingo. Ele envolvia cerca de oito pessoas entre adultos e crianças, era realizado na rua, das 13 às 14 horas e a partida custava R\$0,10. Este era um dos raros momentos de lazer presenciados no bairro.

No decorrer do tempo, o jogo passou a ser realizado na casa de uma das participantes, e com menor frequência. Atualmente, não se joga mais. Elas alegam que os problemas da rua motivaram desentendimentos e finalização do jogo, inclusive motivou a saída de uma família do bairro.

De acordo com Gersa, 60 anos, há algum tempo, eram oferecidas à comunidade aulas de pintura, porém, poucos alunos frequentavam, o que motivou o encerramento da atividade. Mas para ela, as atividades tiveram um significado especial, como revelado no depoimento:

[...] se sabe, eu aprendi pintar pano de prato aqui e isso me serve muito, porque hoje dá até pra mim tirá uns trocadinho.

Outro fato que merece destaque é o processo de aculturação ocasionado pela mudança para uma cidade maior, conforme depoimento de Isadora e constituiu motivo para ficar enfezada e agravar seu problema de nervoso. Em todos os reencontros, ela recorda dos bons tempos em que morava na cidade menor, tinha melhor disposição para o trabalho e era saudável. Manifesta sua insatisfação diante da decisão dos filhos por tê-la forçado à mudança, atribuindo como justificativa a idade avançada e que a cidade maior oferece melhores recursos de saúde. No prontuário de Isadora, constatamos que em 10/08/2006 ela já manifestava sua insatisfação: “Relata tristeza, angústia e insatisfação relacionada ao fato de não gostar onde vive”.

Estudos têm mostrado uma relação entre o estresse a aculturação e HAS, predominantemente por meio dos mecanismos de disfunção familiar, de separação geográfica da família, as expectativas negativas para o futuro e de baixos níveis de renda. A proximidade da família, a esperança para o futuro, e os recursos financeiros adequados, têm amenizado o processo de aculturação. Dentre esses estudos, estão os de Dressler, Grell e Viteri (1995); Dressler e Santos (2000); Timio et al. (2001).

Percebemos que os motivos para os conflitos familiares estão relacionados principalmente ao alcoolismo, às doenças e às separações conjugais, essas, ocasionadas por divergências ideológicas. Nesse aspecto, acompanhamos por várias vezes o abandono do lar

de um dos cônjuges, que repercutia no outro tristeza e baixa autoestima, evidenciadas pela emoção e pela falta de autocuidado. Em nossos reencontros, ele externava seus problemas de relacionamento, seus sentimentos, além do que, se comprometia ao retorno do cônjuge, atitudes para melhoria no relacionamento.

Além disso, o alcoolismo do filho era motivo de constantes conflitos e agressões verbais. O alcoolismo entre os filhos também constituiu um dos motivos de preocupação e de causa de nervoso para Cleonice. Alega que é um problema familiar, presente em quase todas as gerações.

Este, dentre outros, constituía um dos maiores motivos para Cleonice, 58 anos, buscar ajuda na religião e na espiritualidade como dizia [...] *eu vou dar um jeito de ir lá na igreja 4ª feira e levar o nome do M e do A (filhos) pra ver se o pastor dá um jeito pra eles parar de beber.*

Os sentidos atribuídos às causas para o *problema* correspondem, em parte, ao modelo biomédico, uma vez que o problema emocional é descrito como uma das causas para HAS, embora não haja comprovações para explicar tal associação.

O mecanismo pelo qual o estresse é transformado em doença, “permanece obscuro e sem comprovação”, sendo que a maioria dos estudos a esse respeito produziu resultados “inconsistentes, contraditórios ou inconclusivos” (HELMAN, 2009, p. 258).

A patogênese da HAS não está elucidada, sendo que a maioria dos casos de HAS não possui etiologia conhecida e são classificadas como primárias ou essenciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Lima Júnior (2010) ressalta que a cascata de eventos neuroendócrinos, advindos de uma reação estressante, é extremamente complexa, e aparentemente segue vias semelhantes às responsáveis pela fisiopatologia da HAS.

Sabe-se que o estresse está relacionado ao Sistema Nervoso Simpático (SNS) que, quando estimulado, provoca reações fisiológicas nas emoções.

Nas situações de emergência, o SNS prepara o organismo para a ação por meio da elevação da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória (FONSECA et al., 2009).

Fatores psicossociais e estresse emocional, dentre outros, participam do desencadeamento e da manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e à mudança de hábitos (DIMSDALE, 2008; FIGUEIREDO et al., 2009; FONSECA et al., 2009).

Kaplan e Nunes (2003), ao analisarem vários estudos acerca dos fatores psicossociais que causam HAS, concluíram que *status* socioeconômico, novos modelos de causalidade,

incluindo a busca de outros fatores de risco, bem como um aprofundamento dos mecanismos de estresse psicossocial e das formas de enfrentamento relacionadas à estratificação social, deve ser avaliada no estudo da hipertensão arterial.

Estudos futuros também devem se concentrar sobre as vias de ligação entre o efeito negativo da ansiedade e da raiva à hipertensão.

Entender os efeitos do estresse sobre a doença ajuda a conhecer de que forma algumas pessoas fazem, experienciando bem-estar diante da doença (BOSWELL; KAHANA; DILWORTH-ANDERSON, 2006).

Embora não haja comprovações de que as alterações emocionais tenham participação direta nos fatores considerados psicossociais na produção do adoecer, pode-se inferir que o “nervoso”, as “emoções”, a “pressão alta” constituem representações sociais da hipertensão arterial (SILVA et al., 2008).

Diferentes estudos têm apresentado o estresse ou o fator emocional como a principal causa de HAS. Dentre eles, destacamos os de Beune et al. (2006); de Fongwa et al.(2008); de Higginbottom (2006); de Lipp et al. (2006); de Silva et al. (2008); de Webb e Gonzalez (2006).

Dela Cruz e Galang (2008) atribuíram o estresse aos aborrecimentos do dia-a-dia, a pequenas irritações, a múltiplas responsabilidades, aos conflitos nas expectativas dos papéis e gênero na educação dos filhos e a trabalhar em dois empregos.

A partir dos sentidos atribuídos pelas pessoas à doença como um *problema de nervoso*, buscamos relacioná-lo às percepções dos trabalhadores em saúde, o que resultaram em três categorias nosológicas distintas.

Apreender as concepções de doença sob o ponto de vista do mundo vivido nos permite compreender as formas de tratamento que se buscam e as dificuldades na adesão ao tratamento (KLEINMAN, 1980).

Constatamos que a categoria *HAS* relaciona-se à *disease* (patologia). É a forma pela qual o modelo biomédico reconhece a doença e constitui a terminologia utilizada pela maioria dos profissionais de saúde.

Diferentemente das encontradas na literatura, a categoria *Problema de nervoso*, se relaciona a *illness* (doença ou enfermidade), construída culturalmente pelos que a vivenciam e representam modos singulares de pensar sobre a doença, pois está intimamente relacionada à história de vida de cada um.

Illness refere à experiência psicossocial da doença, está centrada na subjetividade, a qual inclui os elementos culturais, sociais e pessoais da doença. Independentemente de serem

reconhecidas pela biomedicina como doença, é o modo como a doença é trazida à experiência individual e se torna significativa para o paciente (KLEINMAN, 1980).

A doença significa algo para o indivíduo somente após um processo de simbolização, seja biomédico, seja popular ou construído socialmente (MAGNANI; DIAS; GONTIJO, 2009), porque não se pode dar sentido ao que se experimenta, sem se posicionar em relação aos outros. Só assim pode-se interpretar a causa da doença, procurar ajuda e cuidado (RAYNAUT, 2006).

Ao analisar os sentidos atribuídos à experiência com o *problema de nervoso*, percebemos que se trata de uma aflição, de uma resposta adaptativa aos problemas característicos do cotidiano, que se apresenta de forma sintomática e representa uma expressão do estilo de vida urbano. Dentre as manifestações, encontramos “o coração agitado quer sair pela boca”, “é um jeito ruim”, “batedeira no coração”, “é a veia que fica estufada”, “moleza”, “tonteira”, “mal-estar”, “dor de cabeça”, “peso na nuca”, “zoeira na cabeça”, “veia do pescoço que pula”, “sangue pelo nariz”, “batedeira”, “carne do corpo que fica tremendo” e “fraqueza”.

Concordamos com Vieira (2004) ao enfatizar que as pessoas na contemporaneidade vivem e convivem em uma “sociedade hiper-tensa”, com exacerbação superlativa não apenas para os indicadores da pressão arterial ou da saúde, mas para todas as dimensões da vida humana. A vida é regida pela “alta-tensão”, ou pela “hiper-pressão”, as variadas pressões do mundo se refletem no cotidiano, nos corpos, na saúde e na vida das pessoas.

Diante dos contrastes e das tensões impostos por uma sociedade que convive com a competitividade, com a violência e com os problemas do cotidiano que interferem no estilo de vida, como é possível manter níveis normais de pressão arterial?

A categoria nosológica “Pressão alta”, de cunho popular, é encontrada em diferentes culturas, não apenas na nacional mas também como vocábulo internacional.

Pressão alta representa a *Sickness*, doença na perspectiva da sociedade. É atribuída principalmente aos que se apropriaram dos conhecimentos da biomedicina, contudo a reinterpretam culturalmente. Essa categoria designa geralmente a forma com que os trabalhadores em saúde traduzem seus conhecimentos para a população e estes a incorporam de forma própria, moldando-a de significações morais e culturais.

Diante das diferentes categorias que emergem deste estudo, concordamos com Kleinman (1980) que afirma ser a enfermidade multifacetada e polissêmica, o que faz surgir muitos significados para o mesmo processo.

Diante de perspectivas simbólicas tão distintas, temos que reconhecer que não existe uma realidade “única e verdadeira”, como diz Briceño-León (2000), mas existem realidades, cada uma definida a partir de uma crença coletiva.

Constatamos que as explicações para a doença estão fundamentadas em conhecimentos do senso comum, que não podem ser ignoradas na avaliação das necessidades e no encontro terapêutico. Faz-se necessário compreender que as concepções que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde determinam suas práticas, justificam e orientam suas atitudes, seus comportamentos e suas expectativas.

No encontro terapêutico entre o profissional de saúde e o adoecido, torna-se imprescindível que se estabeleçam negociações entre os diferentes pontos de vista a fim de que se torne possível a fusão de horizonte (Ayres, 2007), com vistas a adequar os cuidados às necessidades do adoecido.

Diferentemente do *problema de nervoso* que emerge deste estudo, outras categorias são mencionadas na literatura. Apresentamos de forma sucinta, como uma contribuição deste estudo aos interessados na temática, algumas delas: pressão alta do sangue nos estudos de Lima et al. (2010); Morgan e Watkins (1988); alta pressão do sangue em Schoenberg e Drew (2002); gordura no sangue no estudo de Helsel, Mochel e Bauer (2005); pressão sanguínea alta em Higginbottom (2006); Schlomann e Schmitke (2007); pressão no estudo de Higginbottom (2006); sangue grosso no estudo de Schlomann e Schmitke (2007); excesso de sangue em Beune et al. (2006); circulação difícil, sal no sangue, gordura nas veias no estudo de Lima et al. (2010).

Outras causas mencionadas referem as situações econômicas e de infraestrutura que resultam em mudanças nas relações sociais, o que contribui para o aparecimento do *problema*.

[...] agora se o Brasil fosse um país de primeiro mundo talvez tivesse mais equilíbrio, teria mais preocupação com a saúde, teria maior renda familiar, não teria instabilidade financeira e profissional, teria mais afetividade, então acho que diminuiria os problemas que nós temos. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

O fator hereditário, na percepção de Maria Augusta, constitui a causa para o *problema*.

[...] mais você sabe, na minha família todos têm esse problema. Minha mãe morreu de derrame, meu pai almoçou e deitou e num levantou mais, minha irmã também mais nova que morava lá em SP [...] então a minha família é tudo assim, derrame, infarte. (Maria Augusta, 60 anos, 13/07/2010, 2ª entrevista)

Percebemos que a “doença-herança” (LAPLANTINE, 2010) permeia o modo de pensar de alguns informantes, o que caracteriza o modelo endógeno da doença.

A hereditariedade, como causa da HAS, também foi encontrada nos estudos de Beune et al. (2006); Boutain (2001) e Wilson et al. (2002).

Os fenômenos da natureza também foram atribuídos como causa do *problema*.

[...] eu acho que é [...] o calor, o sol, porque isso faz o sangue subir pra cabeça (eleva o indicador na altura da cabeça) num é assim mesmo! (sorri) e aumenta a pressão. (José Antônio, 58 anos, 10/06/2010, 1ª entrevista)

[...] ah! Eu acho que o frio...(pausa e esfrega as mãos) também quando eu fico nervosa, a minha pressão sobe. (Leonice, 33 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

Desde a antiguidade, fundamentado no caráter religioso, acreditava-se que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais.

Para a medicina hindu e chinesa, a doença é resultante do desequilíbrio do organismo humano, e suas causas estão relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais.

Para os gregos, os fatores externos ocasionavam as doenças e para alcançar a harmonia perfeita do corpo humano deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água (BARATA, 1985).

Essas concepções históricas e culturais influenciaram o modo de pensar e de agir dos informantes, o que lhes permitiu atribuir a exacerbação do problema às estações do ano.

Nos estudos de Beune et al. (2006) e de Helsel, Mochel e Bauer (2005), as mudanças sazonais também constituíram a principal causa da HAS.

Os problemas do corpo também constituíram causas e estão relacionados aos aspectos comportamentais no que diz respeito à alimentação, ao hábito tabáquico, ao consumo de bebida alcoólica e ao sedentarismo.

[...] quando eu como uma carinha mais gorda (com o indicador e o polegar entreabertos cerca de 3 cm) e muito sal. Esses dias minha comida tinha passado um pouquinho do sal e aí eu não pude dormir de peso na nuca (passa a mão na cabeça), porque o médico falou que pressão alta não dá dor de cabeça não, dá peso na nuca, fui deitar a noite, me deu uma cabeça pesada ruim. (Maria Cândida, 75 anos, 07/05/2010, 2ª entrevista)

[...] sabe o que acabo comigo? Foi ó (gesticula com a mão o cigarro na boca) Isso é o maior veneno! (Pedro, 80 anos, 04/08/2010, 9ª entrevista)

[...] tem muita coisa, vejamos lá (aponta com o indicador), o sedentarismo, o sal, o fumo, a hereditariedade (olha para o teto e passa a mão na cabeça) sou muito pequeno para discutir isso e o alcoolismo. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

Evidenciamos nos depoimentos que os hábitos de vida que correspondem à ingestão de gordura e de sal, fumo e o consumo de bebidas alcoólicas, constituem causas para o *problema*.

Estudos de Beune et al. (2006); Dela Cruz e Galang (2008); dentre outros, também encontraram como causas da HAS o consumo de sal, de gordura e de bebidas alcoólicas.

Os efeitos de medicações e a presença de outras doenças constituem causas da HAS, de acordo Carolyne.

[...] foi lúpus que foi evoluindo por dentro e atacou os rins, deu problema renal, porque foi o primeiro órgão que ele atacou, eu não tinha pressão alta. [...] mas por causa de aumentar esses remédios do lúpus por causa da infecção (Prednisona de 20 passou para 40 mg) deu 15 por 9, aí eu tomei o remédio da pressão. (Carolyne, 55 anos, 06/05/2010, 2ª entrevista)

Percebemos que múltiplas causas foram atribuídas ao *problema* e estão baseadas na visão de mundo dos informantes, com explicações arraigadas no senso comum ou influenciadas pelo modelo biomédico. Essas percepções refletem no modo de entender o *problema* e no modo de se cuidar.

Conforme Langdon e Wiilk (2010), a cultura oferece teorias etiológicas baseadas na visão de mundo, que apontam múltiplas causas para as enfermidades. Encontram teorias e percepções sobre o corpo e seu mau funcionamento frente à ingestão inadequada de determinados alimentos, e ao clima e às relações sociais e de trabalho tensas. Essas causas podem levar as pessoas a buscar mais que um tipo de tratamento, um para curar o corpo físico e outro para curar o estado espiritual ou social.

Os sentidos atribuídos às causas, no que concerne aos hábitos não saudáveis, tais como, o consumo de gordura, o abuso de sal, o sedentarismo, o consumo de bebidas alcoólicas, os efeitos adversos dos antiinflamatórios esteroidais e outras patologias, estão em consonância ao modelo explanatório profissional, uma vez que o conhecimento está focado no corpo, em que as alterações físicas, bioquímicas, psicológicas ou fisiológicas resultam em doença.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) preconiza que a idade, o gênero, a etnia, o excesso de peso, a obesidade, a ingestão de sal, a ingestão de álcool, o sedentarismo, os

fatores socioeconômicos, a genética e o estilo de vida pouco saudável, constituem fatores de risco para HAS.

Reconhecemos que os estudos referentes a esses fatores e comportamento de risco têm sido amplamente explorados pelos pesquisadores, porém, ainda numa perspectiva epidemiológica, conforme alguns desses estudos aqui destacados.

Dumler (2009) enfatiza que mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA.

A ingestão de álcool relaciona-se a alterações da PA, dependendo da quantidade ingerida. Devemos orientar aqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente; sendo a metade dessa quantidade a tolerada para as mulheres (O' KEEFE; BYBEE; LAVIE, 2007; SESSO et al., 2008; XIN et al., 2001).

A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STATE-OF-THE SCIENCE CONFERENCE STATEMENT, 2006).

Constatamos que a multicausalidade é uma característica da HAS, o que corrobora para colocar as pessoas cada vez mais em situação de vulnerabilidade.

Vulnerabilidade é expressa por Ayres et al. (2003, p.123)

[...] como as chances de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos, não apenas individuais, mas também coletivo, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

O conceito de vulnerabilidade busca revisar o conceito de responsabilidade, retirando a responsabilidade individual, como a única causadora do *problema*.

Estão implícitas também a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

Para esses autores, a vulnerabilidade individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática, representa o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, o expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde.

A vulnerabilidade social se refere ao acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais e ao poder de participar de decisões políticas e em instituições; e à vulnerabilidade programática, que consiste na avaliação dos

programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e da qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Ao considerar as vulnerabilidades como uma unidade analítica, qualquer alteração em um dos aspectos acarretará prejuízo em outro.

Bertolozzi et al. (2009) descreveram que na vulnerabilidade estão envolvidos os conhecimentos acerca da doença, os comportamentos que os tornam susceptíveis; as formas de acesso à informação e aos recursos de saúde; o vínculo que se estabelece com os profissionais de saúde; o desejo e capacidade para mudanças comportamentais; as subjetividades; as interpretações pessoais; os projetos de vida; a percepção em relação ao futuro, ao ciclo da vida ao qual pertence e os recursos sociais para apoio.

Reconhecemos que a maioria dos informantes apresenta importantes marcadores de vulnerabilidade, tais como isolamento domiciliar que dificulta o acesso às informações; dificuldades no acesso ao serviço de saúde; vínculo frágil com o sistema formal de saúde; baixo grau de instrução, idade avançada que pode comprometer as atividades de vida diária; desvalorização social pela não participação na produção econômica; situação de viuvez, baixo valor das aposentadorias; dificuldades nas mudanças comportamentais; relacionamento com a equipe de saúde; separação conjugal; falta de ações programáticas relacionadas à HAS e falta de participação nos processos de decisão políticas relacionadas ao sistema público de saúde.

Diante dessa concepção de vulnerabilidade e de seus marcadores aqui destacados e da experiência com o adoecimento, faz-se necessário repensar o processo de trabalho em saúde com vistas à melhoria da assistência a pessoa com HAS.

Apesar da divergência da categoria nosológica e de suas causas entre o modelo biomédico e a concepção popular, o conhecimento sobre as consequências do *problema* corresponde ao modelo biomédico e está fundamentado nas próprias experiências ou em experiências vividas por familiares ou amigos.

Dentre as consequências, estão o infarto, o derrame, a insuficiência renal e o comprometimento visual, conforme os sentidos atribuídos nos depoimentos que seguem.

[...] é perigoso, eu já tive dois infarti. O médico de lá (São Paulo) falou que foi...(pausa) aí a gente tem medo. E ele falou que a pressão estava muito alta (com o dedo indicador eleva até a altura da cabeça) por causa disso deu o infarti. [...] ah!... Muita dor aqui no peito (coloca a mão direita fechada sobre a região precordial e na região epigástrica) e na boca do estômago, aí foi apertando, apertando. Ah! [...] eu acho que os remédios não estavam cortando a pressão. (Pedro, 80 anos, 14/05/2010, 4ª entrevista)

[...] você sabe que a pressão alta é que nem cupim na madeira, ele vai comendo devagarinho que quando vai ver já destruiu tudo, dá infarti, derrame e aí num tem mais o que fazer. (Paulo, 71 anos, 08/11/2011, 20ª entrevista)

Dentre as principais consequências para o *problema de nervoso*, está também o potencial dano para o cérebro. Acreditam que o dano imediato pode ocorrer se a pressão sanguínea aumentar muito, o sangue vai para o cérebro e ocasiona o derrame.

Outros como Wellington se apropriaram do conhecimento da biomedicina para explicar as consequências da HAS:

[...] as consequências da HAS vêm com o decorrer do tempo, porque o coração como é um músculo não suporta tanta sobrecarga (abre e fecha a mão direita), o que leva a paralisação do rim, arritmia e a mãe que está presente nesse encontro, complementa... infarti estou esquecendo de falar também o comprometimento visual, sabe...(pausa) é o derrame que a pressão alta dá no olho. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

As consequências se relacionam à morte repentina, o que lhes causa temor, principalmente na fase de exacerbação da doença.

[...] o povo fala que morre de repente, cansera (coloca as mãos postas entre as pernas). Então a gente num facilita pra num prejudicar. (Manoel, 84 anos, 01/06/2010, 2ª entrevista)

Também encontramos o ceticismo relacionado às consequências da HAS.

[...] então se tiver que dá algum problema já tinha dado, porque faz uns 40 anos que eu tenho... (pausa) a gente num quer isso não (pausa e dirige o olhar para cima) mais num dá nada! (sorri). E a minha pressão nunca ficou abaixo de 18. (Paulo, 71 anos, 24/05/2010, 2ª entrevista)

A ideia de invulnerabilidade, relacionada a sua longa convivência com o problema instável e de difícil controle, ao fato de ser homem, o que estaria associado à força, à coragem e à virilidade, sendo que estas características são incombináveis com a demonstração de sinais de fraqueza e medo (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), expressa seu modo incrédulo de pensar nas possíveis consequências da HAS, o que interfere em sua maneira de agir e certamente corrobora para dificuldades na adesão ao tratamento. Essa construção social dificulta a adesão ao tratamento e predispõe ao agravamento da doença.

A convivência com o adoecimento é experienciada de forma inusitada que reflete em diferentes modos de agir diante da doença e do tratamento.

Reconhecemos que a doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, entretanto, o impacto sentido por cada um pode ser diferente, devido à personalidade individual, às crenças, aos valores e ao sistema de suporte. A idade e os estágios de vida também influenciam os tipos de problemas e as consequências que afetam a pessoa que tem doença crônica.

Outros aspectos, tais como os econômicos, os políticos, os socioculturais, os socioepidemiológicos e os históricos influenciam o processo de viver, a saúde humana e os modos de vida, de trabalho e de produção, os quais são aspectos fundamentais para se compreender os processos de saúde, de adoecimento e de morte da população (SILVA et al., 2006).

Além do *problema de nervoso*, outros problemas de saúde afetam a vida dos informantes. Na maioria das vezes, esses problemas assumem um caráter muito mais relevante do que o *problema de nervoso*, como diz Maria de Fátima, “a senhora pode não estar interessada mais eu tenho...”

[...] eu tenho problema de tireóide (passa a mão sobre a cicatriz na região tireoidiana), desgaste na coluna e tive depressão (comprime os lábios e gesticula com a cabeça em sinal afirmativo). (Maria de Fátima, 55 anos, 05/05/2010, 1ª entrevista)

[...] eu tenho doença dos pampa (aponta com o dedo o abdome distendido) e complementa a mãe: o médico falou se ele continuar bebendo a barriga dele vai estourar e ele morre. [...] é (pausa e coloca as mãos postas) a barriga incha. (conforme prontuário, tem diagnóstico de pancreatite). (Mateus, 34 anos e, Cleonice, 58 anos, 1/07/2010, 4ª entrevista)

É importante observar que eles sempre mencionam, “eu tenho..., ou eu estou com...”. Pelo fato de não dizer eu tenho também, reforça nossa interpretação de que o *problema de nervoso* é percebido como um menor evento comparado com eventos maiores da vida.

É muito comum, principalmente na faixa etária do grupo social pesquisado, a presença de comorbidades associadas. Dentre essas estão a Diabetes Mellitus, a artrose, a osteoporose, a insuficiência cardíaca, as deslipidemias e as dores na coluna.

Outros problemas de saúde de natureza estigmatizante, mesmo que já tratados, sequer foram mencionados. Somente um deles nos confidenciou ter tido hanseníase. De acordo com os prontuários, alguns informantes estiveram sob tratamento de tuberculose e hanseníase.

O fato de a convivência com o adoecimento crônico ser permanente, na concepção de determinados informantes, não significa que a pessoa se sinta sempre doente, pois uma de suas características são as fases de exacerbação e de remissão.

A forma pela qual os informantes convivem com o adoecimento, influenciados pelo contexto sociocultural, lhes permite expressar sentimentos e reações de desesperança, desvalorização, revolta e reconstrução. A partir desses sentidos, nossas interpretações se relacionam à resiliência, à resignação, à autoestima baixa e à revolta.

A capacidade de recuperação, apesar das marcas indelévels ocasionadas pelo sofrimento, é interpretada de acordo com o conceito de Garmezy (1993) como resiliência. Para ele, significa a capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar uma situação adversa, sem que, no entanto, deixe de ser atingido por ela.

A ênfase nessa capacidade do sujeito para retomar os padrões de comportamento habituais que possuía antes de vivenciar a adversidade, pressupõe que ele funcionava relativamente bem ao se deparar com a situação negativa e, somente a partir desse momento, passa a ter dificuldades, mas que algo se produz, levando-o a recuperar sua forma (SILVA; ELSEN; LACHARITÉ, 2003).

Destacam, ainda, que o conceito de resiliência pressupõe a presença de circunstâncias de vida adversas quando, então, o ser humano é confrontado com os desafios que se inscrevem em seu interior, os quais colocam à prova sua capacidade de enfrentá-lo.

A partir desse pressuposto, transcrevemos fragmentos do depoimento de Maria de Fátima que revelam a resiliência.

[...] se eu ficar assim eu vou morrer, o que vai adiantar (volta as palmas da mão para cima e abre os braços) ele vai ficar bem, eu vou morrer? (pausa) Num vai voltar atrás o que ele fez. Então (entonação forte de voz) eu parei, pensei eu falei assim de que vai adiantar eu ficar assim (pausa) ele num vai me colocar na gaveta não, num vai de jeito nenhum não. Eu vou levantar a cabeça e viver (entonação forte de voz). A gente tem que gostar da gente (pausa e passa a mão direita no cabelo e o olhar direciona para a rua). Mas você sabe, eu num sou a mesma pessoa (entonação suave de voz), eu num tinha esses problemas e ter que tomar essa remediada não, mais estou um pouco melhor do que eu estava (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo e dá uma pausa). A gente tem que cá pra aprender a levantar. Então (fala de forma suave) é uma ferida que abre na gente, que a gente passa uma pomadinha, (passa a palma da mão por várias vezes na coxa direita e faz uma pausa) mas logo ela abre de novo (e gesticula com a cabeça em sinal de negação). (Maria de Fátima, 55 anos, 5/5/2010, 1ª entrevista)

Reconhecemos que as cicatrizes advindas dos problemas da vida que resultaram no *problema de nervoso* propiciaram uma nova forma de ver o mundo e de ressignificar o cuidado com a saúde

Outros se encontravam em um estágio da vida em que aceitavam as dificuldades impostas pela doença com resignação. Eles possuíam uma percepção explicativa para além do

preconizado modelo reducionista. É algo sobrepujante entre eles, por se tratar de um adoecimento crônico, instável, que se altera diante das diferentes circunstâncias do cotidiano, da necessidade de tratamento contínuo e da convivência com efeitos adversos dos fármacos, como pode ser evidenciado nos depoimentos que seguem.

[...] eu acho que a gente é igual uma planta, a gente chega a terra nela (gesticula com as mãos movimentos suaves), quanto mais a gente agoa, mais ela vive, assim é a gente mesmo (gesticula por várias vezes com a cabeça em sinal afirmativo e faz uma pausa) precisa do remédio pra conservar a vida, quando mais cuida mais vive, então é a vida da gente, não dá pra levar de outro jeito. (Manoel, 84 anos, 18/05/2010, 1ª entrevista)

[...] é... (pausa, franse a testa e retira os óculos) num é fácil não. Se pudesse voltar atrás (pausa). Essa coisa de tomar remédio todo dia a boca fica amarga (comprime os lábios e os olhos e gesticula com a cabeça em sinal de negação), a gente perde até o sabor da comida, [...] lá a gente vai dormir e tem que levantar umas quatro vez para urinar a noite. Tem dia que está frio (se encolhe e esfrega as mãos), aí eu fico segurando de repente eu falo agora tem que levantar (dá risada) mais fazer o que, agora tem que levar assim se quiser viver (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo). (Helena, 55 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

[...] mas você sabe a vontade que a gente tem de viver é muito grande, por isso que a gente enfrenta tudo nessa vida (movimenta a cabeça por várias vezes em sinal afirmativo), a gente tem que lutar pra vê se fica melhor, faze o que, num pode achar que o mundo acabou. Num estou como eu era, mais a gente num pode entregar... (pausa) também não é a mesma coisa, mais num pode desanimar. [...] é (fica pensativo e olhar dirige para cima) é sempre assim e pra mim num é nada, mais pra gente que conhece igual a senhora é muita coisa (olha para janela) a minha pressão é assim mesmo, se ela tiver abaixo de 12 a mínima, num sou eu não, então já acostumei. Mesmo com remédio nunca abaixa. Ela (pressão arterial) tava 20/12. Aí eles falaram que iam me internar, aí eu falei, eu tenho que receber primeiro depois eu volto aqui. Depois disso eu vim embora, não sei se é estupidez minha, mas sempre é assim (está pensativo). Se a minha pressão fica 12 por 8 aí é que eu assusto, porque nunca teve assim. Eu estou acostumado com essa pressão assim, minha pressão já teve ate 29/14. Agora ela está boa. Teve dia que sua pressão estava 14/8, é (pausa) mais isso é muito difícil, sempre ela é alta eu até já acostumei com isso. (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, e 24/05/2010, 1ª e 2ª entrevistas)

[...] ah! Tá bom! (força em sorrir). Fazer o que (pausa) tem dia que eu estou desanimado, choro, choro, mas fazer o que (olhos lacrimejando e fica em silêncio por alguns segundos) num tem outro jeito [...] a gente tem que fazer a vontade de Deus, só ele sabe (dirige olhar para o céu) se ele quis deixar isso pra gente a gente tem que aceitar, da moda do outro, eu penso assim. (Pedro, 80 anos, em 23/03/2011, 11ª entrevista)

Percebemos sentimentos ambíguos, ora de conformismo ora de baixa autoestima.

[...] mas a vida da gente é uma enganação (abaixa a cabeça e coloca as mãos postas entre as pernas), quando a gente pensa que tá tudo bem, vem alguma coisa pra atrapalhar. Você vê só foi tudo morrendo (fica em silêncio, olha para o teto e os olhos estão com as lágrimas contidas, olha o retrato da família que está na parede) em 4 anos morreram cinco da família

(esposa, filhos e netos) é (pausa) *cada hora um e cada um com um problema. Você sabe, a gente num pode usufruir da felicidade não, sempre tem alguma coisa pra estragar* (entonação baixa de voz, fica imóvel em silêncio e o olhar direciona para baixo). (Manoel, 84 anos, 29/06/2010, 3ª entrevista)

[...] *eu fiz* (pausa) *muita coisa nesse mundão* (entonação firme e forte da voz e sorri). *Agora* (movimenta a cabeça em sinal negativo) *estou aí, nem passear sozinho e fazer as coisas que eu gosto eu num posso mais! A gente perde a confiança na gente* (franze a testa e gesticula a cabeça por várias vezes em sinal negativo). (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

Em virtude do caráter crônico, e por vezes incapacitante da HAS, ela produz alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo (PIERIN et al., 2001).

Os sentimentos também revelam revolta diante do adoecimento, que exige um cerceamento da vida decorrente das mudanças comportamentais e o uso contínuo de medicação, como podemos constatar neste depoimento.

[...] *esses tempo aí eu fiquei revoltada, porque toma, toma remédio e parece que num adianta de nada, parece que está do mesmo jeito. Aí eu falei, vou largar tudo isso, num vou bebe mais.* (Maria Aparecida, 55 anos, 21/05/2010, 1ª entrevista)

De acordo com Espinosa (1983), as condições crônicas geram afetos que influenciam a potência das pessoas de agir, de pensar, de conhecer e de valorar as coisas. Esses efeitos, conforme Teixeira (2003; 2004), ocorrem na forma de potências aumentativas, com expressões de alegria, de liberdade ou de servidões diminutivas com tristeza, aprisionamento e introspecção.

Diante dos sentimentos envolvidos na convivência com o adoecimento, nosso compromisso como profissionais de saúde é ativar na pessoa com HAS a sua energia desejante, sua potência vital, para que ela possa agir no cuidado de si mesmo, ou seja, produzir vida nela mesma, como parte do cuidado.

Percebemos que a experiência da doença traz para as pessoas com HAS, não apenas aspectos negativos, mas sobretudo, aspectos positivos que propiciaram mudanças no modo de ver o mundo, de se valorizar e de se cuidar. Mesmo diante da convivência com uma condição de cronicidade, eles se mostravam bem sucedidos ao comparar as outras condições crônicas que impõem na vida dos adoecidos muito mais restrições e temores.

Encontramos consonância desse pensamento com Herzlich, que argumenta que a experiência pessoal da doença não é mais uma “interrupção biográfica”, ela não mais leva à “perda do eu (*self*)”. Ao contrário, ela é uma autodescoberta, oferece a possibilidade de renovação e de mudança, ou a oportunidade para pôr à prova a própria capacidade de

“mostrar-se à altura das circunstâncias” e “ser um doente bem-sucedido” (HERZLICH, 2004 p. 389).

Esse processo de readaptação a sua nova condição, de reconstrução biográfica, é traduzida por normalização. Entendemos que as pessoas com HAS interpretaram a realidade numa constante procura de sentido, em função da cultura à qual pertencem e dos modelos oriundos das instituições com as quais interagem.

Apreender os sentidos atribuídos à descoberta da doença e ao processo de adoecimento nos permite articular os significados da experiência do adoecimento com as atitudes e nos propicia redimensionar o saber e o fazer e buscar alternativas para o cuidado em consonância com o modelo cultural.

5.2 A perspectiva de cura da doença

Este núcleo de significado compreende as unidades de sentidos: “Crenças”, “Itinerário terapêutico”, “Adesão ao tratamento” e as “Estratégias de Enfrentamento”.

A cultura, por meio das crenças, dos valores, das normas, da linguagem e dos comportamentos, exerce influência no modo singular de pensar e agir das pessoas. Helman (2003 p.15) reforça esse pensamento e enaltece que a cultura deve ser considerada como componente de uma mistura complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas.

Como diz Geertz (2001 p.155), “o mundo não funciona apenas com crenças, mas dificilmente consegue funcionar sem elas.”

Percebemos que as crenças influenciaram a percepção que as pessoas com HAS possuíam sobre a doença, orientavam a busca para a cura nos diferentes subsistemas de saúde e os levavam a tecer as redes como suporte para o enfrentamento do adoecimento.

Um aspecto peculiar para esse grupo são os sentidos atribuídos aos objetivos do tratamento para a HAS. A percepção que eles têm do *problema* é que ele é decorrente do nervoso, é sintomático e curável e, portanto, o tratamento de acordo com seu critério, será por tempo determinado. Dentre estes, estão aqueles que, após o abandono ao tratamento, mantiveram ou apresentaram ocasionalmente níveis pressóricos dentro dos parâmetros de normalidade, o que os levou a crer na cura do *problema*.

[...] aí o médico mandou ele (esposo) tomar remédio, tá bom, ele tomou uns dias, foi lá, (Unidade de ESF) mediu a pressão e já estava boa, aí ele parou com os remédios, porque já sarou a pressão (sorri). A minha ainda não (gesticula com a cabeça por várias vezes em sinal negativo) não sei o que que é isso? (Gerusa, 60 anos, 11/08/2010, 2ª entrevista)

[...] ah! Você sabe que teve uns tempo aí pra trás que a pressão estava boa, controladinha, nem precisava de remédio, depois ela resolveu zangar, mas eu acho que é porque a gente fica enfezada (pausa, olha de lado e os olhos estão lacrimejando), mas ela vai sarar, eu tenho fé nisso. (Isadora, 74 anos, 16/06/2010, 3ª entrevista)

[...] quando falou que eu estava com como é que chama? (pausa e franze a testa) hiper... tensão, pressão alta (silêncio) eu falei e agora? (pausa, comprime os lábios, gesticula a cabeça em sinal negativo) mais agora eu não tenho hipertensão, eu sei que eu vou parar com o remédio, eu estou tomando eles direitinho agora, mais antes eu num estava não, porque eu num dou bem com esses remédios de farmácia não, eu aprendi a me controlar, é importante a gente sabe controlar, mais eu estou mais calmo agora. [...] agora tem uma coisa também água é sabão cuida do corpo (sorri), mas a gente tem que cuidar da mente senão a gente num sara dessa hiper.... tensão. (Vinícius, 54 anos, 20/07/2010, 3ª entrevista)

Constatamos a divergência entre o ponto de vista da pessoa com HAS e a dos profissionais de saúde, no tocante aos objetivos do tratamento. Enquanto os primeiros se apoiam na cura da doença, por experiência vivida ou por influência da rede social ou pela crença dos efeitos milacurosos dos remédios, os segundos fundamentam-se na concepção biomédica de que se trata de uma doença controlável.

Apreendemos que os saberes que circulam entre eles suscitam comportamentos e sentimentos ao processo de viver e de adoecer. Evidenciamos que a experiência de cura é compartilhada e influencia o abandono ao tratamento. Deparamos-nos com situações nas quais os níveis pressóricos permaneceram dentro dos parâmetros de normalidade, mesmo após o abandono ao tratamento, o que reforça a crença da cura da doença.

A cura constitui um processo dinâmico de significação e ressignificação da experiência advinda do impacto da cronicidade nas biografias de vida individuais (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004). Esse significado da experiência da doença dá-se por meio de um processo que se difunde pela rede social.

Percebemos que as pessoas com HAS buscam a cura da enfermidade (*healing*) e não a cura da patologia (*curing*), conforme preconizado por Kleinman (1988). Apesar de o autor enfatizar que o objetivo da *curing* é a remissão de sintomas, em nosso estudo, a cura da *healing* é também obtida pela remissão de sintomas, uma vez que o *problema* se apresenta de forma sintomática.

Healing designa o objetivo terapêutico dos modelos culturais, que diferentemente da biomedicina, não está necessariamente associado a sinais e sintomas e visam, sobretudo, a

trazer ao entendimento dos adoecidos aspectos escondidos da realidade da enfermidade, transformando-a e reformulando a maneira como são compreendidas (KLEINMAN, 1980).

Kleinman (1988, p. 229) alerta que a busca pela cura pode ser um mito perigoso que serve pobremente a pacientes e cuidadores, “uma vez que a busca da cura distrai suas atenções de comportamentos progressivos e menos tendentes ao sofrimento”.

Constatamos que a cura do *problema* pode ser obtida pelo controle das emoções, como encontrado nos estudos de Ogedegbe et al. (2004), Wilson et al. (2002) ou desde que tomem as medicações recomendadas inclusive as ervas, também revelado no estudo de Helsel, Mochel e Bauer (2005).

Porém, se expostos sob condições causadoras de nervoso, o *problema* pode recidivar.

Reconhecemos, a partir dos dados encontrados, a importância de valorizar o conhecimento do senso comum sobre a experiência do adoecimento com vistas a facilitar o processo de interação e a negociação do plano terapêutico.

Encontramos, por outro lado, aqueles que atribuíam ao *problema de nervoso* uma condição controlável, similar ao conceito biomédico, apesar das incertezas manifestadas por alguns informantes. Para estes, a doença é marcada pela sua cronicidade, por ameaças e por perdas acumuladas ao longo do tempo, que influenciam o cotidiano de vida, assinalando indelevelmente a sua biografia, em que a enfermidade é assimilada (KLEINMAN, 1988).

A concepção biomédica refere a HAS como uma doença crônica, incurável, primariamente livre de sintomas, até o aparecimento de complicações cardiovasculares, cerebrais ou renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os depoimentos que seguem denotam a cronicidade do *problema*.

[...] então a gente fica naquilo, sara num sara, (gesticula com a cabeça por várias vezes em movimentos de lateralidade) porque se tivesse de sara já tinha sarado (comprime os lábios e gesticula com a cabeça em sinal de negação). (Maria Aparecida, 55 anos, 21/05/2010, 1ª entrevista)

[...] pra mim é uma doença tratável, não deve fugir do acompanhamento, por que ela causa surpresa, sobrecarregando a máquina que está tentando funcionar, tem que tomar o remédio (gesticula com o indicador em sinal de ordem) tem que controlar. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

A cronicidade da doença afeta todos os aspectos da vida de um indivíduo e como dizem Strauss et al.(1984) traz repercussões importantes no cotidiano e nas relações com a rede social. Por este motivo, deve ser levada em consideração no planejamento das ações em saúde.

A presença da doença obriga as pessoas a redefinirem seus objetivos de vida e suas percepções da realidade, pontos fundamentais para o entendimento dos significados que atribuem à doença.

Nessa concepção, ter uma doença crônica significa tratar-se para sempre, cuidar-se todo dia, aceitar a doença como parte de si, caso contrário ela poderá tornar-se uma inimiga que constantemente imprime suas ameaças.

Os problemas trazidos pela doença crônica são principalmente as dificuldades que os sintomas e as incapacidades criam em nossas vidas, de maneira especial quando nós podemos ficar desmoralizados e perder a nossa esperança de obtermos melhora ou podemos estar deprimidos pelo medo da morte e da invalidez (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004).

A experiência da doença crônica traz uma imprevisível sucessão de dias bons e ruins, a interrupção das atividades do cotidiano em decorrência das manifestações da doença ou dos efeitos adversos das medicações e as necessidades de mudanças comportamentais para atender às exigências da doença a fim de mantê-la sob controle. Para isso, é necessário medida normalizadora para reintegrar a pessoa com o adoecimento à vida cotidiana (KLEINMAN, 1988).

As experiências resultantes do convívio com *o problema* e com seu tratamento revelam sentimentos de descrença como podemos observar no depoimento de Paulo.

[...] não...(pausa) *curar não, eles falam que não, pode controlar* (gesticula com a cabeça em sinal de negação) *mais a minha não controla não. Então eu num sei o que é isso!* (volta a palma da mão direita para cima). (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

A percepção negativa em relação ao tratamento leva-o a um processo de conformação com a doença, o que contribui para a não adesão ao tratamento e para a maior vulnerabilidade às consequências decorrentes de um controle inefetivo da PA.

Evidenciamos, ainda, que outras crenças exerceram uma forte influência na vida e no cuidado à saúde e fundamentaram o modo peculiar de pensar e agir dos informantes.

Os efeitos das crenças culturais sobre a saúde do indivíduo têm, portanto, aspecto negativo e positivo, como diz Kleinman (1980), a crença mata e a crença cura.

Os significados simbólicos que se relacionam às crenças foram encontrados não apenas nos depoimentos, mas, sobretudo, nas atitudes, nos gestos e nos objetos.

Constatamos na porta de entrada de várias residências a presença de plantas características do arsenal místico como espada de São Jorge, comigo ninguém pode, arruda e alecrim, dentre outras. Na sala, dispostos em estantes ou sobre a mesa de centro, observamos

a presença de recipientes com sal grosso, sal grosso e dentes de alho, ao lado de imagens e quadros sacros.

Percebemos que as crenças justificavam a saúde, as causas do adoecimento, os hábitos de vida, a cura das enfermidades e favoreciam a desconfiança, como podemos constatar nos seguintes depoimentos.

As crenças justificavam os hábitos de vida

[...] mais eu já levanto cedo, bebo os remédios da pressão e do coração com água benta, num tomo com outra água não. Eu até ganhei uma água da comadre que é de uma mina de N. Senhora de Lourdes, é de uma cidade aqui de perto (aponta com o dedo em direção ao horizonte), é uma beleza, eu tomo todo dia. (Maria Cândida, 75 anos, 28/05/2010, 4ª entrevista)

Favoreciam a desconfiança em relação à composição do fármaco

[...] estou achando que esse remédio (Captopril®) é feito de farinha de trigo, você num viu numa reportagem da televisão que eles estavam fazendo remédio com farinha de trigo (olhos proeminentes), e eu acho que é isso que está acontecendo comigo (silêncio) eu estou desconfiado! Eu acredito é nos remédios de raiz das plantas (sorri), agora de benzimento e nos remédios de farmácia eu não acredito não (franze a testa e comprime os lábios) eu num dou muito bem com esses remédios não! (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

A crença de que a medicação hipotensora tomada fora do horário pode causar malefícios

[...] quando eu saio, eu num tomo eles (remédio) não, aí só quando eu chego às vezes é que eu tomo, mas aí já é tarde, já tá quase na hora de tomar o outro, então num tomo, fico com medo de tomar e já vira aquela bagunça, mas aí, fazer o quê, a gente também não pode ficar só em casa. A boca fica amarga, fica seca, Deus me livre (franze a testa, comprime os lábios e gesticula com a cabeça em sinal negativo). (Helena, 55 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

Justificavam a impotência sexual pelo uso da medicação hipotensora

[...] então eu não sei se é tabu (eleva os ombros e lateraliza a cabeça). Eu conversei com um médico que faço tratamento e ele me disse que o Captopril® não altera o desempenho sexual (volta a palma da mão direita para cima). Isso só pode ser coisa da minha cabeça. Mais (comprime os lábios e olha lateralmente) será que a ciência está tão certa assim (pausa e lateraliza a cabeça). Eu tenho muitos amigos que tomavam Captopril®, pararam de tomar ou interrompiam sempre o uso justamente por isso [...] não é meu caso porque eu não tenho uma vida sexual regular, porque não sou casado, (pausa e lateraliza a cabeça) mas meus amigos deixaram (movimenta a cabeça em sinal afirmativo) de tomar Captopril®, porque ele diminui o desempenho sexual, e diminui mesmo (tom de voz forte e bate o dedo indicador na palma da mão). (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

Percebemos que a queixa de impotência sexual revelada pelo informante foi menosprezada pelo profissional de saúde, cuja única preocupação é tratar a HAS. A impotência sexual em decorrência ao uso do Captopril® também foi revelada por outros informantes.

Diante dessas queixas, buscamos na literatura a relação entre o Captopril® e a impotência sexual. De acordo com os estudos, apenas os inibidores adrenérgicos de ação central e os betabloqueadores podem ocasionar a impotência sexual, mas nada há descrito sobre esse efeito entre os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) classificação que inclui o Captopril®.

Os IECA agem fundamentalmente bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. Apresenta como principais reações adversas a tosse seca, a alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante dessas experiências inusitadas que emergem deste estudo cabe-nos sugerir aos pesquisadores novos estudos para reavaliar os efeitos adversos dessa medicação, talvez a ciência não esteja tão certa!

Estudo de Dela Cruz e Galang (2008) revela que a diminuição da libido também foi mencionada como um dos principais efeitos das medicações hipotensoras.

Por outro lado, outros fatores podem corroborar para a impotência, como os conflitos conjugais, pessoais e familiares evidenciados durante nossa convivência ou a presença de outras comorbidades a exemplo da *Diabetes Mellitus*, que afeta sobremaneira o desempenho sexual.

As crenças se relacionavam às consequências do *problema de nervoso*, e os informantes acreditavam que a pressão alta ocasionava o acúmulo do sangue em determinada parte do corpo, o que desencadeava as complicações.

[...] é... (silêncio e passa a mão na cabeça) *é um problema grave que pode dá derrame, por que quando a pressão está alta o sangue sobe depressa pra cabeça.* (José Antônio, 58 anos, 10/06/2010, 1ª entrevista)

Acreditavam que o limão deixa o sangue mais fino e, portanto, mais fácil para circular.

[...] *o povo ensina e a gente faz* (sorri). *Eu tomo suco de limão pra ver se o sangue fica mais fino e aí pra ver se essa pressão abaixa.* (Helena, 55 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

Também levam a crer que o sangue grosso dificulta a respiração.

[...] o sangue dele (filho) tá grosso, por isso que ele está com essa falta de ar. (Cleonice, 58 anos, 01/09/2010, 6ª entrevista)

Tem dificuldade para adoecer, pois carrega dos seus antecedentes o sangue forte.

[...] meu sangue é forte (comprime a mão direita) é da África (aponta para o horizonte), porque meu avó é da África legítimo (com o indicador faz sinal afirmativo), por isso que eu não fico doente à toa. (Isadora, 74 anos, 02/08/2010, 7ª entrevista)

Fundamentavam na crença de que a gratuidade não tem valor nem resolutividade, razão pela qual buscavam o tratamento no subsistema de saúde privado.

[...] se procurar o médico lá direto (particular) e o remédio, ele cura mais (silêncio) esse do posto não cura, não presta. Você acha que o governo ia gastar pra dar remédio de graça? (lateraliza a cabeça e franze a testa). (Antônio, 74 anos, 04/09/2010, 3ª entrevista)

[...] então, (silêncio) se num soltar uma graninha num resolve nada, porque esses que num paga, num resolve o problema da gente não. É... (pausa) mais tudo que é dado num presta, tem que chegá uma graninha, então o pobre sofre! (gesticula com a cabeça em sinal de afirmação e com movimentos rápidos esfrega o dedo indicador e polegar da mão direita sinalizando dinheiro). Esse médico (particular) acertou comigo, foi só bebe os remédios dele, acabou aquela chiadera no peito (passa a mão direita na região torácica). (Isadora, 74 anos, 09/06/2010, 2ª entrevista)

[...] o melhor é a gente dá um jeito de pagar a consulta com médico (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo), porque ele olha a gente melhor, examina a gente (coloca a palma da mão direita sobre a região torácica, abdômem e pernas), num precisa ficar esperando, num é mesmo? Eu vou dar um jeito de arrumá um dinheiro e vou lá vê isso, eu quero vê se no mês que vem sobra um pouco pra ir lá. (João, 79 anos, 16/06/2010, 3ª entrevista)

Essa maneira de pensar influencia o modo de agir e os levava a buscar assistência no sistema de saúde privado bem como adquirir de medicamentos por meio dos próprios recursos, mesmo entre aqueles com condições financeiras desfavoráveis. Eles economizavam gastos, inclusive com alimentação, para suprir as despesas com o tratamento. Apesar das economias, nos deparamos com situações nas quais não é garantido o acompanhamento médico, nem a aquisição da medicação de forma contínua, o que constitui um dos grandes motivos para a não adesão ao tratamento.

Além das crenças mencionadas, destacamos o *nervoso*, como a principal causa do *problema* que se relaciona à HAS.

Suas histórias narradas com eloquência nos causaram a princípio estranhamento, dada nossa formação pautada em princípios biomédicos, além de o universo cultural ser bem distinto.

As crenças constituíram aspecto relevante deste estudo e influenciaram significativamente a maneira de agir das pessoas com HAS e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.

Encontramos na literatura diferentes crenças relacionadas à HAS, dentre as quais a relação causal da ingestão de alimentos quentes/ frios que afeta a quantidade e o volume do fluxo do sangue que se concentra na cabeça ou em outros órgãos (BLUMHAGEN, 1980). A teoria do equilíbrio, em que em um estado de desequilíbrio a concentração do sangue em determinadas partes do corpo produz elevação da pressão do sangue (GARRO, 1988). Ambos os estudos têm demonstrado conceitos significativos e complexos e têm despertado interesse para a construção biomédica da HAS.

Outras crenças incluem a relação causal do nervosismo e do estresse com a hipertensão arterial (MORGAN; WATKINS, 1988). A associação à qualidade e ao volume do sangue, “muito sangue rico, quente e grosso ou ainda excessivo” (BAILEY, 1988). A compreensão da doença como uma resposta adaptativa ao comportamento relacionado ao ambiente (HEURTIN-ROBERTS’S, 1993). O alto volume de sangue que se relaciona com a elevada ingestão de sal e de carne vermelha, e o baixo volume, a ingestão de alimentos ácidos como suco de limão e vinagre (HELMAN, 1994). A HAS atribuída à carne de porco e a eficácia do tratamento para HAS obtida por meio de remédios caseiros (WILSON et al., 2002). A crença de que as medicações hipotensoras tomadas de forma contínua podem levar à toxicidade (LUKOSCHEK, 2003). Os medicamentos anti-hipertensivos podem provocar a impotência sexual masculina (OGEDEGBE et al., 2004). A crença de que, ao não serem cumpridos ou alterados os horários, por esquecimento e/ou por excesso de tarefas, a medicação não pode mais ser “tomada”, pois acreditam que o “remédio” tomado fora de determinados “horários” traz malefício à saúde em vez de controlar a pressão arterial (SILVA et al., 2008). A crença de que a medicação tomada todo dia pode levar ao vício (BEUNE et al., 2006; FONGWA et al., 2008; OGEDEGBE et al., 2004).

Thomas Csordas (1990; 1994) argumenta que não se podem estudar a cultura e os fenômenos culturais, incluindo a experiência da doença, isoladamente do corpo, mas, sim, através do corpo, como parte integrante da cultura. O corpo não é considerado como objeto, mas como a própria base existencial da cultura. O ponto central de seu argumento é que o

mundo se manifesta por meio de nossos corpos, ou, em outras palavras, que o mundo em todas as suas facetas é incorporado em nós / no nosso corpo.

Nossos achados encontram similitude com diferentes estudos. Dentre esses, destacam-se as crenças relacionadas à concentração do sangue em determinadas partes do corpo que produz elevação da pressão do sangue em Garro (1988); relação causal do nervosismo com a HAS nos estudos de Morgan e Watkins (1988); sangue grosso no estudo de Bailey (1988); fluidez do sangue provocada pelo limão em Helman (1994); os malefícios da tomada de remédio fora dos horários determinados nos estudos de Silva et al. (2008); a impotência sexual masculina em Dela Cruz; Galang, (2008); Ogedegbe et al., (2004); os efeitos indesejáveis das medicações em Lukoschek, (2003); Ogedegbe et al., (2004); Pierin; Strelec; Mion Júnior, (2004); Wilson et al., (2002); o uso do limão e do alho como forma de tratamento para a HAS nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008), Fongwa et al. (2008) e a crença de que as medicações hipotensoras tomadas de forma contínua podem levar à toxicidade nos estudos de Lukoschek (2003).

As crenças exerciam também influência significativa nos hábitos alimentares como podemos perceber nestes depoimentos.

[...] eu gosto de peixe, mais com esse machucado aqui, num pode comer de jeito nenhum (gesticula com o dedo indicador em sinal de negação) por causa do espinho, senão num fecha, fica minando água, por causa do espinho ele fica aberto, nem carne de porco, eu tenho uma cisma danada, porque senão num fecha (silêncio) num fecha de jeito nenhum. Carne de galinha só se for criada no terreiro, porque essas que tem por aí é muito ruim (retorce a boca, fecha os olhos e gesticula com a cabeça em sinal de negação) tem gosto de remédio. (Isadora, 74 anos, 16/06/2010, 3ª entrevista)

[...] nossa religião não permite comer carne de porco, peixe sem escama. O peixe porque fica toda sujeira do mar, e o porco é imundo e faz mal pra saúde, o café também não porque tem cafeína e faz mal pro sistema nervoso, nem a coca porque ela tem cafeína e faz mal pra saúde. Então, tudo que faz mal num pode comer. Porque quando a gente é batizada a gente recebe o divino espírito santo e se come essas coisas o divino espírito santo desabita do nosso corpo. Então a gente vai evitando tudo isso [...]. num é só porque a religião num permite mais porque a gente aprende as coisas pra gente ter saúde. Isso tudo tá na Bíblia no Levítico versículo 11. “Lei sobre os animais limpos e os imundos [...] 4. Não comereis: dos que ruminam ou têm a unha fendida: camelo, lebre, porco, estes vós será imundo, nem no cadáver tocarás [...] 9. De todos os animais que há nas águas comereis o que tem barbatanas e escamas nos mares ou nos rios.” (Leonice, 30 anos, 06/07/2010, 3ª entrevista)

Cada cultura estabelece as categorias das coisas, classificando-as como “limpas e puras” ou “sujas e impuras”, assim como determina quais são as práticas e conhecimentos

atrelados a essas categorias que visam a sua manutenção, classificação e distinção. Entretanto, as definições acerca daquilo que é considerado “limpo” ou “sujo”, “puro” ou “impuro” são tão variadas quanto o é a multiplicidade das culturas humanas encontradas no mundo (DOUGLAS, 1978).

Assim, as proibições dos alimentos buscam proteger o ‘organismo social’ dos membros de determinado grupo religioso, fixando suas identidades em contraponto às identidades dos participantes de outros grupos sociais religiosos. Isso faz parte de um amplo sistema simbólico, ancorado na ideia de sagrado (ROMANELLI, 2006).

As crenças relacionadas à espiritualidade justificavam o adoecimento.

[...] mais eu tenho muita fé (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo). A fé é a principal, porque se Deus quiser tirar a vida da gente agora ele tira (silêncio), então a gente está aqui pela vontade dele. [...] está escrito na Bíblia no Salmo 90 versículo 10, que pra cima dos 70 anos o homem é só lucro. "Os dias da nossa vida chegam a setenta anos, e se alguns, pela sua robustez, chegam a oitenta anos, neste caso, o melhor deles é cansaço e enfado, porque tudo passa rapidamente, é nos voamos" (Salmos, 90:10). Então eu estou assim, já passei dos 70 anos, então o que eu estou passando agora é tudo isso aí, então a gente já tá sabendo. (Paulo, 71 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

Acreditavam fielmente nas videntes e buscavam esse suporte para conforto ou para orientação de suas ações.

[...] no dia que ele (irmão) morreu a mãe falou assim, você viu que mulher danada é aquela (vidente), acerto direitinho, ela falou que ele num ia inteirar mais nem um aniversário aqui com nós, aí eu falei larga de bobagem mãe, só quem sabe do dia de morte é Deus, o resto num sabe nada. (Carolyn, 55 anos, 18/10/2010, 8ª entrevista)

As crenças influenciavam as mudanças de hábitos de vida, o que, por um lado, teve seu aspecto positivo.

[...] eu trabalhei numa casa lá em São Paulo que fazia cachaça. Eles colocavam caldo de cana dentro de um tambor grande (mostra com os braços uma grande circunferência), depois colocava álcool, depois colocava um pó branco, eles falavam que era para as pessoas beber mais e depois jogava um gambá morto dentro do tambor, fechava aquilo tudo (franze a testa e retorce a boca) e só depois de 20 dias eles abria aquilo pra tirar os ossos do gambá, eu vi tirar os ossos muitas vezes, e aí eles enchia as garrafas. Eu falei Deus que me livre dessa nojeira (coloca a mão na boca e franze a face). Se o povo soubesse a nojeira que é feita a tal pinga, eles num colocava nem na boca. Eu gostava muito, mais nunca mais eu bebi isso, agora é só vinho e umas cervejinhas de vez em quando! (sorri). (Cleonice, 58 anos, 08/06/2010, 2ª entrevista)

A saúde, enquanto questão humana e existencial, é compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem, e agem a respeito dela. A saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais, da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2008).

A vida com o adoecimento, nesse contexto, emerge experiências singulares, o que faz com que as pessoas que têm o *problema* não sejam todas iguais em seu modo de ver o mundo, reagir a ele e se comportar na vida.

O modo pelo qual as pessoas com HAS compreendem o seu processo de adoecimento determina seus itinerários terapêuticos, bem como decidir ou não pelo tratamento recomendado.

De acordo com Kleinman (1988), o itinerário terapêutico é conceituado como o conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento da aflição, permitindo estabelecer a relação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de cada indivíduo.

Na concepção de Gerhardt (2006), constitui os caminhos percorridos por indivíduos, o qual envolve práticas individuais e socioculturais de saúde na busca de soluções para os seus problemas. Eles dependem de estratégias complexas fundamentadas na elaboração de relações sociais e de práticas de inserção social.

O conceito de MEs definido por Kleinman (1988, p.121) como “a noção que os pacientes, as famílias e os profissionais têm sobre episódios de enfermidade específica”, serviu como orientação para apreender os itinerários terapêuticos, buscando, nessas trajetórias, as escolhas que nos permitiram entender melhor a convivência com a doença e a busca pelo tratamento. Dessa forma, quando o estado de sofrimento é reconhecido por meio da percepção de que algo não está bem, a pessoa decide o que fazer. Esses momentos são compartilhados no contexto familiar que também ajuda na escolha e na avaliação do tratamento.

A busca por cuidados no sistema pluralístico não acontece apenas por decisão individual. Ela está envolvida pela certificação da sociedade, que confirma o estado de doença e ajuda a direcionar a pessoa para o caminho que melhor atenda aos seus objetivos.

Alves e Souza (1999, p.128) ressaltaram que a busca pelos cuidados envolve “experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados”.

A capacidade de mobilizar recursos e buscar por estratégias é característica singular dos informantes, pois cada um constrói um itinerário. Eles até aceitam as recomendações dos diferentes sistemas de saúde, mas ao mesmo tempo eles adotavam aquele que melhor atendia suas necessidades.

Os itinerários nos subsistemas de saúde constituíram o aspecto mais relevante e de estranhamento em nosso estudo, dada a forte influência do subsistema popular e a ineficiência do subsistema de saúde profissional para o tratamento da HAS.

Até então, nosso modo de pensar e agir sustentado apenas pelo conhecimento biomédico pautava-se no princípio de que só havia duas formas de tratamento para HAS, o não farmacológico que envolve medidas comportamentais como o abandono ao hábito tabáquico, a redução do consumo de bebida alcoólica, redução da ingestão de sal e o incentivo as atividades físicas, e quando necessário, o tratamento farmacológico.

Contudo, a interação prolongada com os informantes e o abrir-se para o conhecimento do senso comum, revelaram nossas limitações para o entendimento do ser humano com HAS e nos permitiu avançar um pouco mais o olhar e a compreensão para esse processo.

Compreendemos, a partir de nossas experiências e tendo Kleinman como suporte, que diferentes formas de cuidado coexistem, formando um modelo pluralístico de tratamento.

A partir das experiências de adoecimento e das necessidades daí demandadas, as pessoas com HAS empreendiam buscas por cuidados que mostravam além das trajetórias, os sentidos que os direcionavam.

Ao apreender que o *problema de nervoso* constitui um dano de natureza mais existencial do que funcional, entendemos que diferentes necessidades eram demandadas, o que os levava a buscar tratamento em diferentes subsistemas de saúde, tanto para cuidar do dano existencial como do funcional.

De maneira geral, os profissionais de saúde desconhecem as trajetórias e as necessidades dos adoecidos, porque consideram que todas as pessoas com HAS trazem na sua experiência com o adoecimento as mesmas necessidades.

Compreender a experiência do adoecimento é fundamental para os profissionais de saúde, pois possibilita entender as necessidades do adoecido, reconhecer seus limites, fragilidades e potencialidades e, juntos, estabelecer um plano terapêutico para uma decisão autônoma de empoderamento.

Acioli (2006, p. 157) atribui esses itinerários empreendidos pelos adoecidos de “movimentos invisíveis, que constituem em experiências construídas a partir de suas lógicas de ação”.

Percebemos que os significados compartilhados socialmente influenciavam nas escolhas pelos cuidados de saúde, uma vez que inicialmente ocorre a identificação do problema de saúde, culturalmente mediado por saberes e experiências, que os levavam ao processo de construção da doença e à escolha dos itinerários terapêuticos.

As crenças e as práticas de cuidado em saúde nascem e se desenvolvem no contexto social, influenciam mutualmente e fazem parte da dinâmica que proporciona a adaptação do ser humano ao seu entorno, por meio da cultura (HERRERA; POSADA, 2008).

A partir dessas e das concepções de Langdon e Wiilk (2010), compreendemos que o sistema de saúde é tanto um sistema cultural como social. Cultural, porque ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, as percepções e as cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença. Todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser saudável ou doente e as classificações acerca das doenças, e como elas são organizadas segundo critérios de sintomas e de gravidade. É um sistema social porque é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, as suas regras de interação, assim como às relações de poder a ele inerentes.

Os processos de escolha, de avaliação e de adesão a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo diante da diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (GERHARDT, 2006).

Buscamos apreender os sentidos atribuídos ao tratamento não apenas na perspectiva dos informantes, mas, sobretudo, entre os representantes dos três subsistemas de saúde.

Constatamos que o subsistema de saúde familiar constituiu a fonte primária para a interpretação das manifestações de adoecimento, de tratamento e de aconselhamento e tanto o subsistema de saúde familiar como o popular constituíram os principais suportes para o enfrentamento do *problema de nervoso*.

Ao perceberem a pouca eficácia do tratamento no subsistema familiar, as pessoas com HAS buscavam outras terapias realizadas na sua maioria de forma simultânea e, em alguns casos, de forma substitutiva.

Constatamos a subjetividade medicalizada dada a forte influência do subsistema profissional no subsistema familiar, tendo em vista que uma das formas mais comuns de tratamento é a automedicação, como podemos evidenciar nos depoimentos:

[...] o F (filho e tem também HAS) anda muito cansado e está com muita falta de ar, eu dei pra ele um comprimido daquele de AAS para ralear o sangue, porque o sangue dele tá grosso (comprime as mãos), por isso que tá com essa falta de ar, e aí ele melhorou. (Cleonice, 58 anos, 10/09/2010, 7ª entrevista)

[...] eu vou dar a metade do meu (medicação hipotensora) pra ele pra vê se abaixa a pressão dele. (Cleonice, 58 anos, 15/06/2010, 3ª entrevista)

[...] quando eu tive passando mal, eu num sabia se a pressão estava alta ou baixa (com o indicador faz movimentos para cima e para baixo), aí minha irmã trouxe um remédio dela e falou pra mim tomar, eu bebi, mais eu num sabia que o remédio dela era pra pressão alta não (coloca a mão no rosto) e a minha naquele dia estava baixa, nossa! (arregala os olhos) passei tão mal, porque as duas pressão estava encontrando, foi o que o médico falou. (Maria Augusta, 60 anos, 13/07/2010, 2ª entrevista)

[...] eu até usei um remédio que meu amigo estava usando, deixo ver se me lembro (fica pensativo, retira a aliança e coloca em todos os dedos, passa a mão no cabelo) ah! agora não me lembro, quem sabe até o final da nossa conversa eu lembro e posso te dizer, mas aí não é fornecido pelo SUS, então eu parei. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

[...] mais fez um calor danado esses dia, a pressão estava alta, teve um dia que eu bebi 4 comprimidos da pressão, porque eu estava achando que ela estava meio alta, tava meio ruim (passa a mão na cabeça). Eu bebi dois cedo, um de tarde e um dia de noite [...] mais se num cura, mata né, porque velho tem que morrer pra deixar lugar para os moço. (José, 74 anos, 28/09/2010, 3ª entrevista)

Percebemos que a automedicação foi o primeiro recurso utilizado entre os informantes. A influência cultural exercida pelo modelo biomédico e as dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço de saúde justificaram tal conduta.

Estudo de Gerhardt (2006), ao compreender os itinerários terapêuticos das famílias em situação de pobreza, constatou que a maioria dos participantes utilizava a automedicação como recurso para a solução de problemas.

O uso de medicamentos abusivos parece ser um dos traços na atual sociedade contemporânea, uma vez que qualquer mal-estar ou desconforto deve ser abolido a qualquer preço, pois se têm exigido soluções rápidas para os problemas de diferentes naturezas.

Deve-se resgatar a autonomia das pessoas em saúde-doença, de forma a caminhar no sentido do reequilíbrio. Nesse aspecto, a biomedicina revela seus limites porque desconhece a vida dos sujeitos (TESSER, 2006a)

A medicalização da vida tem se tornando um dos problemas mais comuns na atualidade e tem sido amplamente debatido e criticado por Illich (1975); Luz (1997) e Tesser (2006b), dentre outros.

O discurso científico pode assemelhar-se ao discurso mítico o qual promove a crença de que para tudo na vida há um remédio (JAPIASSU, 2005).

Nessa perspectiva, o autocuidado representa maior risco à saúde do que propriamente benefícios.

Constatamos, ainda, que outras formas de tratamento, principalmente, de cunho popular, constituíram maneiras de cuidar do subsistema familiar. Elas envolviam mudanças na alimentação, uso de chás, repouso e aconselhamento para hábitos saudáveis.

[...] eu num sabia que alface era calmante não! (lateraliza a cabeça) agora to lembrando (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo), as crianças quando num queria dormir a mãe falava assim: ferve a raiz da alface para eles que eles dormem a noite inteira, mais se sabe esses dias eu comi uma bacia de alface porque eu estava muito nervosa e aí eu durmi a noite inteira. (Carolyne, 55 anos, 18/10/2010, 8ª entrevista)

[...] eu comecei a colocar sangue pelo nariz, foi a noite inteira [...] eles me deram água com açúcar, coloquei gelo na cabeça e nada. Aí amanheceu o dia, minha filha levou eu no médico. (Maria Cândida, 74 anos, 14/04/2011, 1ª entrevista)

[...] ah!... quando eu sinto alguma coisa às vezes eu num faço nada, porque remédio a gente já tá tomando (volta a palma da mão direita para cima) às vezes fico deitado até passar[...] quando eu estou nervoso eu saio, dou uma volta, eu oro. (Paulo, 71 anos, 24/05/2010, 2ª entrevista)

[...] a mãe fala assim pra mim (dedo indicador em sinal de ordem) pára com esse cigarro! (traduz em tom autoritário e dá risadas) se viu o teu irmão onde é que tá! Aí eu falei assim, o doutor falou pra ele parar de fumar senão ele ia morrer, num falou? E daí (ela sorri) ele parou e quede ele, morreu! então deixa eu com meu cigarrinho sossegada! (fala em tom suave de voz e dá risada). (Carolyne, 55 anos, 23/08/2010, 6ª entrevista)

Percebemos que a família desempenha um poderoso papel na avaliação da gravidade do caso, na decisão para a busca e para a avaliação do tratamento, uma vez que esta contribui, de forma direta, na construção de significados de saúde, de doença e de cuidado do indivíduo, influenciando, assim, seus hábitos de vida e atitudes para o autocuidado.

A família é caracterizada como elemento e produto de infindáveis possibilidades de relação e de interação capazes de gerar respostas adaptativas ao contexto da vida e de saúde de seus membros (SOUZA; CAMPOS, 2010).

Nossos achados correspondem às concepções de Kleinman (1980, p.50), quando ressalta que é “neste setor que primeiramente a doença é definida e as atividades de cuidados são iniciadas”.

A automedicação, o uso de chás, de sucos, as mudanças na alimentação, a introspecção e a meditação para o alívio do estresse, constituíram a base do tratamento nesse subsistema.

Estudos de Leyva-Flores, Kageyama e Erviti-Erice (2001) constataram que a maioria dos entrevistados não procuravam os cuidados médicos para seus problemas de saúde porque os consideraram desnecessários.

Percebemos que a ineficácia do tratamento obtido nesse subsistema constituiu motivo para a busca por outras formas de cuidados nos subsistemas de saúde profissional e popular.

O subsistema de saúde profissional é apenas um dentre os demais, contudo é ainda brutalmente hegemônico, o que tem levado a uma visão reducionista da doença, vista como processo exclusivamente biológico (OLIVEIRA, 2002).

A hegemonia deve-se, principalmente, ao fato de que a medicina quer intervir nos modos de viver já que nesse mundo não há espaço para o sofrimento, para a morte ou para a doença.

Reconhecemos que o conhecimento científico não é único nem absoluto, contudo, por ser sustentado por uma teoria científica, é considerado o mais legítimo e verdadeiro. Porém, diante de um episódio de doença, as crenças e concepções em relação à doença e ao tratamento podem gerar modelos explicativos distintos, trazendo, por sua vez, conflitos em relação à medicina e ao conhecimento popular (LUZ, 2007).

Para minimizar essas divergências entre os modelos explicativos, é necessário o partilhar cultural, pois ele facilita o relacionamento entre profissional de saúde-adoecido e o processo terapêutico.

Constatamos a supremacia do médico em detrimento dos demais profissionais de saúde, sendo este visto como representante exclusivo do subsistema de saúde profissional. Outros profissionais que compõem a equipe de saúde pouco são mencionados pelos informantes, principalmente pela enfermagem.

Mesmo diante aos problemas vivenciados com o subsistema profissional, ele ainda é considerado o mais relevante e exerce forte influência na vida dos informantes.

Para alguns, esse subsistema de saúde constituiu o primeiro itinerário para tratar o *problema de nervoso* devido ao caráter assintomático da HAS. Já para outros, a segunda alternativa de tratamento, ao se constatar a ineficácia do tratamento no subsistema de saúde familiar.

Por outro lado, alguns informantes tentam rememorar os episódios, mas estes são desprovidos de uma sequência cronológica, porque ocorreram na sua maioria de forma

concomitante e integraram o cotidiano de vida deles, o que dificulta relembrar fatos corriqueiros.

Evidenciamos que a busca pelos cuidados profissionais está presente em todos os itinerários, ainda que em momentos diferentes.

[...] eu vou esperar ela (ACS) passar aqui que eu vou falar pra ela arrumar uma consulta pra mim pra vê esse remédio da pressão [...] tem que esperá porque num tá tendo médico. (Mateus, 34 anos, 01/06/2010, 1ª entrevista)

[...] ele (médico) mudou meu remédio, agora num sei se está sendo bom, (olha de lado) porque depois disso eu num tenho mais olhado a pressão [...] nossa! nunca tive pressão desse jeito, não, então o remédio está sendo bom. Nem tudo está ruim assim, pelo menos a pressão está boa. (Paulo, 71 anos, 14/03/2011, 11ª entrevista)

[...] mais tem que ter médico! Você sabe que quando tinha médico, ficava cheio de gente (volta a palma da mão direita para cima e movimenta rapidamente os dedos), vinha gente daqui, dali (aponta com o indicador em diversas direções), mas eles tiravam só 30 fichas. (Rosa, 64 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

Constatamos que o subsistema profissional compõe o itinerário terapêutico de relevância entre os informantes, apesar das dificuldades experienciadas de acesso ao serviço de saúde. A busca pelo serviço se dá essencialmente para consultas médicas e para aquisição de medicamentos, o que demonstra a dificuldade em compreender o processo saúde-doença.

O atendimento nesse subsistema não deveria se limitar ao encontro físico entre profissional e usuário, em que o saber biomédico prescritivo e o poder miraculoso dos medicamentos vão resolver seus problemas de saúde. Esse encontro envolve também as políticas de saúde, as concepções sobre saúde-doença, a experiência com a enfermidade, a qual abarca o conhecimento do senso comum a partir da construção cultural. Torna evidente que os princípios da Política de Atenção Básica ainda não foram incorporados na reestruturação do processo de trabalho em saúde.

Laplandine (2010, p. 225) ressalta que a progressão da medicina deve-se principalmente à despersonalização dos agentes patogênicos mágico-religiosos ao preço de uma descontextualização cultural da doença e de uma ocultação da ligação do doente com a sua sociedade.

Os depoimentos revelam que a medicalização constituiu, dentre outras formas preconizadas pelo modelo biomédico, o tratamento ideal para o *problema de nervoso*.

[...] é (gesticula com dedo em sinal de ordem) só com remédio. Ela (médica) falou (pausa) só bebe o remédio. (Pedro, 80 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista)

[...] agora por causa da pressão, graças a Deus o médico num tirou nada até hoje, num falou nada graças a Deus (coloca as mãos postas), nem que é pra tomar 5 copos de água por dia, só o remédio, é porque tá bom né. (Maria Augusta, 60 anos, 13/07/2010, 2ª entrevista)

A importância do tratamento farmacológico em detrimento do não farmacológico atribuído tanto pelo médico como pela pessoa com o *problema de nervoso*, é percebida pela ACS, que se sente desmotivada em fornecer orientações para o autocuidado, no tocante aos hábitos saudáveis de alimentação e de atividades físicas, conforme apreendemos neste depoimento:

[...] eles querem só o remédio (gesticula com a cabeça em sinal negativo), num querem fazer a parte deles não, o autocuidado, adesão ao tratamento, qualidade de vida, eles num dão importância pra isso não (retorce a boca), eles dão importância só com médico e o remédio. Muitas vezes a nossa orientação entra no direito e sai no esquerdo. (ACS3)

Percebemos a dependência exclusiva do médico e do medicamento, como forma de tratamento para o *problema de nervoso*.

A valorização dessa forma de tratamento em detrimento das demais pode estar relacionada à forte influência do modelo biomédico na concepção popular e ao fato de que os determinantes para o *problema de nervoso* advêm de causas externas, portanto a cura, na concepção delas, deve vir de fator externo, razão pela qual pode explicar uma melhor adesão à terapêutica medicamentosa do que às mudanças comportamentais.

O medicamento, enquanto um produto legitimado pelo aparato tecnológico, pode ser visto com um instrumento dotado de divindade e de eficácia para enfrentar quase todos os nossos problemas. A crença excessiva e ingênua no poder dos medicamentos tende a aproximá-los da “condição de fetiche inanimado da atualidade” (DANTAS, 2009, p. 566).

Muitos acreditam no poder miraculoso dos remédios para a cura da HAS, enquanto outros apenas esperam pelo controle das manifestações; assim, o medicamento se transforma no “eixo da relação corpórea” (BIRMAN, 2001, p. 185).

Os médicos também podem ser vistos como intérpretes do divino e detentores das explicações capazes de controlar a sociedade com seus conhecimentos.

Ainda que o medicamento seja peça fundamental no controle da HAS, sozinho, ele é insuficiente para garantir uma adesão permanente do doente aos cuidados oferecidos pela unidade de saúde (STURMER et al., 2006).

A literatura tem revelado desde a década de mil novecentos e sessenta a eficácia da medicação anti-hipertensiva no controle da pressão arterial e na redução da morbimortalidade

associada (LAW; MORRIS; WALD, 2009). Contudo, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomenda que, para o efetivo controle da pressão arterial, deve-se conjugar o tratamento farmacológico ao não farmacológico.

Por outro lado, o depoimento de Wellington traz críticas no modo pelo qual o subsistema de saúde profissional tem preconizado o tratamento da HAS.

[...] é uma doença pouco visível, porque a pessoa não sente nada...nada (gesticula com as mãos em sinal negativo) que quando descobre já dá de imediato medicação, e essa medicação é igual para todos, não faz um exame, um eletro para saber como está o coração (com o dedo faz sinal de negação e entonação forte de voz e firme) ou para saber o que esta acontecendo. (Wellington, 54 anos, 11/05/2010, 1ª entrevista)

O peso preponderante atribuído ao tratamento farmacológico desvaloriza a dimensão relacional do cuidado. Assim, a assistência à pessoa com HAS pauta-se por consultas médicas, por exames e por medicamentos.

Quanto ao subsistema de saúde popular, verificamos que quase todos os informantes buscavam o tratamento nesse subsistema, por influência da rede social ou por hábitos culturais que trouxeram dos antepassados. Esse subsistema constitui fonte de suporte e tratamento até para os mais incrédulos, quando não encontravam resolutividade para os seus problemas nos outros subsistemas de saúde.

O terapeuta leigo do bairro constituiu um importante suporte para tratar o *problema de nervoso* e, para o seu ritual de cura, utilizava nas sessões o benzimento, o uso de ervas, de alimentos e de mandingas.

Percebemos que as terapias derivadas das tradições culturais são muito valorizadas e desejadas pelos informantes. A princípio, as pessoas com HAS ocultavam informações sobre a busca de tratamento no subsistema popular, especialmente quanto ao candomblé, à umbanda e as sessões de mesa branca. Aos poucos, por meio de nossa convivência e do fortalecimento dos laços de confiança, percebemos que era, e ainda é, para alguns, um dos mais importantes itinerários para a cura da aflição e de outros problemas na vida.

Até há pouco tempo, existiam três centros no bairro, sendo que duas mães de santo ainda residem no bairro, mas com o avançar da idade e, a outra, dada a incapacidade permanente decorrente de uma fratura mal consolidada, não mais exercem estas atividades.

Atualmente, inexistem terreiros no bairro, o que dificulta para alguns essa forma de tratamento. Por outro lado, alguns temem esse tipo de tratamento, inclusive se apegam ao ditado popular “feitiço vira contra o feitiçeiro”, e atribuem a incapacidade permanente da mãe de santo ao feitiço.

Nos últimos anos, tem-se visto a procura crescente por especialistas e terapeutas que pertencem àquilo que se denomina “nova era”. São especialistas detentores de vários métodos terapêuticos alternativos (parte dos sistemas culturais de atenção à saúde), sendo fatores determinantes para a sua escolha: princípios religiosos, econômicos, familiares, sociais, dentre outros fatores de ordem política e/ou legal (GROISMAN, 2005).

Contudo, a aceitação dos profissionais de saúde por essas terapias encontra-se em estágio incipiente, o que contrasta com o desejo e a ampla utilização desses recursos pela população.

Cabe destacar, nesse contexto, que quando da aprovação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no âmbito do SUS, o jornal do Conselho Federal de Medicina em 2009 declarou: "Repudiada portaria que autoriza aplicação de técnicas ‘alternativas’ pelo SUS", (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009), com base nos argumentos da invasão de atividades privativas de médicos por não médicos e da falta de comprovação científica para as PIC.

Por outro lado, o uso das terapias complementares, derivadas de distintas tradições culturais e de cura, pode contribuir para a desmedicalização parcial do cuidado profissional, além de serem socialmente valorizadas e desejadas (THIAGO; TESSER, 2011).

A valorização e o desejo pelo uso das terapias complementares devem-se ao fato de que essas terapias concebem o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a medicina convencional (ANDRADE; COSTA, 2010).

É por essa, dentre outras razões, que os pacientes relatam melhoras em seus problemas crônicos após encontros com os terapeutas leigos, mais do que com os profissionais de saúde. Outros motivos também podem ser atribuídos, como a similitude cultural e de classe social do paciente e do terapeuta leigo, o que aumenta a ênfase sobre a explanação e a grande concordância entre os sistemas explanatórios do cuidador e do paciente (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 2006).

“A maioria dos curandeiros populares compartilha os valores culturais básicos e a visão de mundo da comunidade em que vive, inclusive as crenças sobre origem, significado e tratamento da má saúde”. Eles são capazes de lidar com todos os aspectos da vida do paciente, inclusive com os relacionamentos com outras pessoas, com o ambiente natural, bem como com quaisquer sintomas físicos ou emocionais (HELMAN, 2009 p. 83).

Os depoimentos a seguir revelam a valorização das práticas populares nos cuidados à saúde.

[...] estou te falando (pausa e sorri), às vezes esses remédios que ensina pra gente é melhor do que esse que tem na farmácia. Eu acredito muito em benzedor. Tendo fé tudo vale (gesticula com a cabeça em sinal afirmativo) mas precisa ter fé. (esteve em tratamento farmacológico para infecção de vias aéreas superiores durante o decorrer do ano, porém, com resultado insatisfatório, mas encontrou alívio após o uso de menstroz batido com leite). (Maria Cândida, 75 anos, 17/05/2010, 3ª entrevista)

[...] as pessoas ensinam e a gente faz pra ver, pra abaixar a pressão eu uso chá de alho com limão, uso limão, chá de folha de chuchu, eu até ganhei uma muda de alface que falaram que é muito bom, eu já até tomei semente de (pausa) como que chama (pausa) de urucum. Tomei 5 sementes. Tomei crua, igual comprimido. Eu num sei se foi isso (lateraliza a cabeça) ou se foi tudo junto, porque eu fui também no cardiologista, então eu num sei o que foi bom. [...] eu acho que o limão deixa o sangue fino num sei. Ah! agora no benzimento, eu num acredito não, eu num tenho fé com isso não Nas plantas eu acredito. Meu pai era benzedor. Eu acredito só em Deus. (Helena, 55 anos, 17/05/2010, 1ª entrevista)

[...] esses remédios de farmácia é tudo tirado das raízes das plantas. Só que para eles fazer esse remédio da farmácia eles colocam um pouquinho só (mostra com o dedo indicador e polegar, pequena quantidade), agora, pra fazer esses remédios que o curandeiro faz eles usam muito. Por isso que eu falo remédio de farmácia é pra remediá, num é pra curá, o nome já fala [...] eu descobri um remédio espetacular para abaixar a pressão, estou tomando só ele (é ginko, alcachofra, aniz estrelado, cavalinha. [...] ela (filha) achou na lista telefônica, tem tudo aqui e pra que serve, olha aqui pra você vê (abre a lista telefônica nas páginas iniciais e lá estão descritas as plantas medicinais e a sua indicação). Benzer (pausa) essas coisas eu não tenho fé não, eles falam umas palavras que a gente nem entende, mais na raiz eu acredito e muito! (Vinícius, 54 anos, 01/07/2010, 2ª entrevista, grifo nosso)

[...] eu tomo chá de folha de chuchu é muito bom pra abaixar a pressão. Eu lavo as folhas e depois eu afervento e ponho um arzinho de açúcar e bebo. E quanto mais forte o chá melhor. Tem também chá de erva cidreira, tem de capim e de folha é bom pra pressão e também pra acalmar o coração. Às vezes a pressão controla mais com isso! (Ângela, 70 anos, 27/05/2010, 1ª entrevista, também com diagnóstico de Diabetes Mellitus)

[...] eu gosto muito de chá de erva cidreira de capim e hortelã, é calmante e abaixa a pressão. Eu faço escaldado, porque essas plantas num pode ferve não, senão num vale pra nada. Você quer ver abaixar muito a pressão! É chá de broto de chuchu ou se num tem broto pode faze da folha [...] mais num pode bebe muito não, senão a pressão abaixa demais [...] também pode ferve a jurubeba e toma a água, ela abaixa também a pressão. Água de jiló abaixa demais a pressão, é bom também pra diabete, mais num pode bebe muito não senão baixa demais. O dia que eu bebo esses chá nem precisa bebe remédio porque senão abaixa muito. Eu acredito muito em benzedor, mais num é qualquer benzedor não. Eu sempre vou lá (terapeuta leigo do bairro) benzer! A gente fica melhor, eu sinto muito melhor quando ele benze! (Isadora, 74 anos, 30/08/2010, 10ª entrevista, grifo nosso)

[...] eu como muita alface, porque ela abaixa minha pressão, também eu faço muito chá da folha do chuchu, quando tem do broto eu faço do broto [...] também eu faço muito é chá de alho, eu amasso uns 2 dente de alho e coloco num copo com água fria, depois de umas horas eu bebo uns golinho e é muito bom. Também eu faço chá de erva cidreira. Eu também tomo o remédio [...] se sabe eu até comprei maracujina, eu ferveo umas raiz de erva cidreira pra vê se eu melhora, eu estou muito nervosa! (Cleonice, 58 anos, 01/07/2010, 4ª entrevista)

[...] às vezes a pessoa acha que num melhora porque o remédio que eu faço vai mexer com o incômodo que ela tá. Esses remédios que eu faço é de planta, eu uso tudo da planta, da raiz a folha, porque tudo é remédio. Eu também nunca ouvi falar de curandeiro que faz esses remédios matá alguém, mas remédio de médico mata e mata mesmo (pausa e movimentação a cabeça em sinal afirmativo.) [...] mais precisa primeiro ter fé, porque se num tiver fé, nem o remédio do médico num adianta. Então se veio aqui procurar a gente pra benzer é porque tem fé, porque agente num vai atrás pra benzer, é a pessoa que vem aqui procurar. Também os remédios a gente num pode dar sem a pessoa querer, ela tem que querer pra tomar. Ah!!!! pra pressão o que é muito bom é ferver junto 3 broto de chuchu, 3 broto de cana, 3 folha de erva cidreira, tem que ser 3 de cada e põe tudo junto, depois vai bebendo aquele chá, tem que beber mais pouco, ela controla que é uma beleza a pressão, não abaixa, nem aumenta, ela controla. Agora, coisa boa também é o alecrim, ele serve pra tirar aquela tristeza que está por dentro, que fica apertado, sabe! o coração apertado (silêncio) é bom porque vai soltar essa tristeza, agora num é só beber não, pode tomar banho também para limpar o corpo do mau olhado (silêncio). Mais, (pausa) acima de tudo é Deus e N. Sra. Aparecida pra ajudar a gente a vencer. (Terapeuta popular, entrevista, 16/09/2010)

[...] a minha mãe tomava chá de broto de chuchu, eu nunca vi ela beber um remédio desses. Eu já bebi, ele num tem gosto de nada. Agora, hoje, qualquer coisa só bebe esses remédios. O meu cunhado falou pra mim tomar chá de alecrim que é bom pro coração, mas eu falei num vou tomar não, as pessoas falam pra mim tomar também chá de erva cidreira, aí eu fui até falar para o doutor, aí ele falou assim: nada disso! não vai misturar nada, só o que passei pra você, só os remédios, mais nada...mais nada (entonação forte da voz). Eu só como agora muita alface, porque falo que abaixa a pressão. Você sabe que antes a gente benzia, eu num sei se era a fé, mas as coisas parece que dava um jeito, [...] hoje não, ninguém mais acredita nisso. Eu muitas vezes fui curada com remédio de casa, hoje ninguém mais faz isso. (Maria Aparecida, 55 anos, 04/06/2010, 2ª entrevista, grifo nosso)

Apreendemos que as práticas que se relacionam à terapia popular são amplamente utilizadas pelos informantes. Os motivos devem-se ao fato de que é o recurso mais próximo e condizente com a cultura local, principalmente dada a ineficiência do sistema formal de saúde, como refere Helena *[...] a coisa tá difícil, a gente tem que se virar, porque nem médico num tem pra gente consultá!;* a descrença da alopatia para resolver os problemas de saúde, a busca de tratamento para o dano existencial e a desconfiança quanto à composição do fármaco. Além desses fatores, destaca-se a herança cultural pelo fato de muitos informantes terem como antecedentes os curandeiros.

Constatamos que é muito comum o cultivo de ervas medicinais nos quintais das casas e eles compartilham com a comunidade, não apenas as ervas, mas as mudas, as experiências e o saber popular. O conhecimento também é adquirido dos antepassados, dos livros, da televisão e da lista telefônica. Percebemos que o tratamento para o *problema de nervoso* consiste preferencialmente em terapia popular associada à terapia farmacológica, ou como forma exclusiva para obter a cura do *problema*.

Evidenciamos ainda, a forte crença no sobrenatural e a ligação entre a religião e a medicina popular. Essa relação também foi encontrada nos estudos de Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006).

O modo de pensar de Maria Aparecida, *Agora hoje qualquer coisa só bebe esses remédios* (medicamentos), assim como de outros informantes, pode ser atribuído ao declínio do conhecimento botânico tradicional em decorrência da globalização e da destruição das florestas tropicais como mencionam Estomba, Ladio e Lozada, (2006), Alencar et al. (2009). Nesse aspecto, retomamos o depoimento de Vinícius, 54 anos, que elucida bem esta questão:

[...] meu pai falava assim: vai buscar moça bonita, douradinha, carijó; carijó é pra dor de cabeça (sorri) hoje você num vê mais não, limparam os matos tudo pra criar gado. Sumarroxo é pra afinar o sangue, é roxinho só você vendo e mistura com vinho branco.

O primeiro sinal de um iminente declínio é, muitas vezes, um crescente desinteresse no estilo de vida tradicional da comunidade entre os jovens membros da sociedade. Essa atitude coloca o conhecimento local acumulado sob o risco de perda de uma transmissão contínua de conhecimentos através das gerações (Galeano, 2000), ou também pode ser atribuído quando dois ou mais diferentes grupos influenciam a comunidade, produzindo a aculturação (ZENT, 2001; PALMER, 2004).

É importante destacar a divergência entre as concepções de Maria Aparecida e de seu médico, ao solicitar permissão para o uso de chá de erva cidreira. De acordo com o depoimento, percebemos que o posicionamento autoritário e verticalizado do médico traduz-se não apenas em palavras como também na entonação de voz interpretada pela paciente (grifo nosso) que expressa claramente sua total e irrestrita responsabilidade pelo tratamento, restando apenas à paciente obedecer passivamente, assumindo seu papel de doente.

Encontramos no modelo de Parsons, que foi um dos primeiros a descrever a experiência da enfermidade, explicação para tal atitude. Nesse modelo, é preconizado que a relação paciente-profissional de saúde é determinada por direitos e deveres. A pessoa, ao assumir a condição de paciente, não se responsabiliza por essa condição, entretanto ela tem como obrigação buscar ajuda e cooperar com o tratamento indicado. Nessa situação, o médico, definido pela sociedade, é o ser competente para ajudá-la.

Embora haja mutualidade nesse relacionamento, o *status* e o poder não são iguais, apenas o médico detém o poder (PARSONS³, 1951, apud ALVES, 2006, p.1549).

³ PARSONS, T. The social system. Glencoe: Free Press, 195

Merece destaque o depoimento de Vinícius ao referir que remédio é para remediar e não para curar. Sua analogia fundamenta-se no princípio de que a quantidade de matéria-prima extraída de plantas para a produção de medicamento (terminologia do modelo biomédico) é muito menor do que as utilizadas pelos raizeiros para a produção de remédios. Assim, para ele, os remédios de farmácia são fracos e incapazes de produzir a cura. Esse modo de pensar, associado ao fato de que a HAS tem cura, justifica a substituição da medicação hipotensora pelo uso de chá de ginko, alcachofra, aniz estrelado e cavalinha.

Conforme Albuquerque e Oliveira (2007), o uso das plantas mais exóticas tem indicações terapêuticas para doenças, quando não encontram sucesso terapêutico nas plantas nativas.

Estudo realizado por Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006), em uma comunidade de Cuiabá/MT, constatou que os moradores dessa localidade costumavam adotar primeiramente os recursos que lhes são mais próximos e mais condizentes com a sua realidade como o uso de plantas e de benzeções. A procura por profissionais de saúde, geralmente ocorre como última instância, sem o abandono da terapêutica popular. Embora reconheçam as limitações da medicina popular e não confiem totalmente na medicina convencional, atribuem a esta última a obrigação de solucionar os problemas de saúde e doença que as práticas populares não conseguem resolver.

Em relação ao uso de remédios leigos, encontramos similitude em culturas bem distintas do grupo social pesquisado, inclusive em nível internacional, o que configura os efeitos da globalização. Dentre os remédios, estão a utilização do alho nos estudos de Duarte et al. (2010); Horowitz et al. (2004); Lukoschek (2003); Wilson et al. (2002); ao suco de limão, também encontrado nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008); Lukoschek (2003) e Reisin (1983); as ervas, nos estudos de Helsel, Mochel e Bauer (2005); Horowitz et al. (2004); Wilson et al. (2002); ao dente de alho em água, nos estudos de Dela Cruz e Galang (2008); Duarte et al. (2010); Péres, Magna e Viana (2003); ao chá de alecrim e ao suco de maracujá também encontrado nos estudos de Péres, Magna e Viana (2003).

Além desses remédios para tratar o *problema de nervoso*, é muito comum na farmácia domiciliar a presença do álcool com arnica e álcool com marroio, que, segundo seus usuários, são indicados para o alívio da dor muscular e de entorses.

São bastante utilizados e cultivados nos quintais a losna e o boldo para os “problemas de fígado”, o bálsamo para “melhorar a digestão e feridas na boca”; o alecrim, o hortelã, a erva cidreira e a alfazema para “acalmar o coração”; sendo que a alfazema e o alecrim são também usados em banhos para “tirar o mau olhado”.

Além da prescrição dos remédios preparados com as ervas, o terapeuta popular utiliza, na primeira etapa da sessão de cura, o benzimento. Este é realizado por meio de orações junto à imagem de N. Sra. Aparecida e de São Jorge. Nesse ritual, o terapeuta leigo faz orações para afastar o mal e o sinal da cruz, por diversas vezes no doente, com o auxílio de alecrim, de arruda e de espada de São Jorge. Ressalta que o alecrim e a arruda são usados também para o banho a fim de combater o mal olhado e enfatiza por diversas vezes [...] *eu faço as coisas para o bem, porque é Deus na frente junto com N. Sra. Aparecida. Eu benzo, e aí se eu vejo se a pessoa precisa também de um remédio eu preparo e depois ela vem buscar. Às vezes, a pessoa acha que num melhora, porque o remédio que eu faço vai mexer com o incômodo que ela tem. Esses remédios que eu faço é de planta, eu uso tudo da planta, da raiz à folha, porque tudo é remédio. [...] ah! tem muita gente doente que vai no médico e ele num resolve. Você vê só quanta gente que vem aqui e fala que já passou por uma quantidade de médico, tomou os remédios e não adiantou. Você vê só, tem até uma mulher de médico que mora ali naquele bairro (aponta em direção ao bairro de classe média) ela veio aqui e falou que o menino dela já tinha tomado tudo que era remédio de médico por causa de uma infecção de ouvido e num tinha melhorado, aí ela trouxe ele aqui, eu benzi, quando foi no outro dia ela teve aqui e veio agradecer porque o menino já tinha sarado. Então, aqui a gente reza, benze e a pessoa já vai acalmando e às vezes precisam de remédio, outras não, só com o benzimento ela já melhora, sai daqui tão agradecida, a senhora precisa vê.*

A eficácia do tratamento mencionada pelo terapeuta leigo nos remete a Kleinman, Eisenberg e Good (2006), ao referirem que os praticantes da medicina popular usualmente tratam a *illness* efetivamente, mas não sistematicamente reconhecem e tratam a *disease*. Eles podem, às vezes, afetar a *disease* pelo tratamento recomendado.

Salientam, ainda, que apenas os profissionais de saúde modernos são potencialmente capazes para tratar ambas, a *illness* e a *disease*. Mas é necessário que os profissionais de saúde conheçam mais profundamente o contexto sociocultural em que estão inseridos seus pacientes, estejam mais atentos nas linguagens que representam códigos sobre as experiências com o adoecimento e nas várias formas de tratamento utilizadas.

O tratamento utilizado pelo terapeuta busca pelo estímulo do semelhante ao mencionar: [...] *a pessoa acha que num melhora, porque o remédio que eu faço vai mexer com o incômodo que ela tem.*

Outro aspecto importante são os símbolos utilizados pelo terapeuta leigo que representam a cura, os quais estão representados pelas orações, pelas imagens sacras, pelas plantas e pelo sinal da cruz. Os símbolos religiosos oferecem uma “garantia cósmica, não

apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, deem precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhes permita suportá-lo” (GEERTZ, 1989, p. 120).

Para que esses símbolos religiosos funcionem, isto é, para que produzam a cura, é preciso que sejam compartilhados pelo curador, pelo doente e pela sociedade de sua referência (RABELO, 1993).

Retomando Kleinman (1980), ele enfatiza que a identificação dos itinerários terapêuticos pode auxiliar na organização da rede de cuidados integrais, já que as atividades relacionadas com o cuidado à saúde estão interrelacionadas, tendendo a constituir um sistema cultural próprio que é o sistema de atenção à saúde.

Apreendemos que o uso das práticas populares no cuidado à saúde atende às necessidades dos informantes, pois leva em consideração não apenas os aspectos somáticos, mas também psicológicos, sociais, espirituais e existenciais, além de estar em consonância com a cultura local (LAPLANTINE, 2010).

A interpretação na maneira singular de pensar e de agir dos informantes, fundamentados nos referenciais teóricos deste estudo, nos leva a compreender a influência da cultura nas diferentes percepções sobre a vida com o adoecimento, e entender a pluralidade de condutas e tratamentos para o *problema de nervoso*.

O fato de as pessoas transitarem por diferentes sistemas de cura nos revela que a doença e a cura são experiências construídas intersubjetivamente e que constantemente estão negociando significados.

Compreender os sentidos e as trajetórias dos informantes em busca de tratamento nos propicia oferecer práticas de integralidade, pois as necessidades de saúde e as suas demandas são mais bem compreendidas a partir dos contextos em que elas tomam forma e sentidos.

Nessa perspectiva, reconhecemos o papel fundamental da antropologia da saúde que é tratar a doença, superando os limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas do homem. Como diz Sarti (2010), a antropologia da saúde não se constitui pelo que é o corpo, a saúde e a doença, mas pelo que sujeitos, em cultura, pensam e vivem o que é o corpo, a saúde e a doença.

Apreender o significado da doença e do tratamento, na perspectiva do adoecido, constitui um dos aspectos mais relevantes para o processo de adesão ao tratamento, e essa compreensão contribui de forma significativa para repensar nossa práxis.

Ao longo de nossa atuação profissional, identificamos que as dificuldades para adesão ao tratamento da HAS não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica,

estão também implícitas a experiência de vida e a subjetividade no processo de adoecer e cuidar de si.

Nesse contexto, a interpretação biomédica tem sido limitada, apesar do seu enorme arsenal tecnológico, por desprezar os entendimentos dos adoecidos crônicos sobre suas enfermidades e não levar em consideração a complexidade dos significados e dos sentidos que a enfermidade contém para eles (CANESQUI, 2007).

Faz-se necessário compreender que a HAS passa a fazer parte da vida da pessoa, o que lhe impõe uma condição de vida cerceada, marcada por monitoramento constante, pela necessidade de controle, pautado em abstinência pelo viver correto, incluindo a medicalização da alimentação, a atividade física e os hábitos de vida.

A literatura tem revelado a importância da adesão como fundamental para o sucesso do controle da HAS, pois reduz os fatores de risco cardiovascular e diminui as complicações decorrentes do controle ineficaz.

Contudo, é um processo complexo, porque envolve várias dimensões, razão pela qual encontramos na literatura diferentes conceitos.

O conceito de adesão ao tratamento não é algo novo. Na era de Hipócrates, já se preocupava em descrevê-lo, pois os pacientes já eram vigiados porque frequentemente mentiam sobre a obediência ao tratamento prescrito, não cumpriam as recomendações dietéticas, as mudanças comportamentais e o tratamento farmacológico (RAMALHINHO, 1994).

Ao buscar conceitos de adesão ao tratamento que correspondem aos objetivos deste estudo, não mais como o resultado de comportamentos/attitudes e reduzidos ao comportamento do paciente, mas buscando identificar potências para a consecução do tratamento, encontramos os conceitos de Santos (2000) e de Bertolozzi (2001) para os quais apresentam as seguintes proposições:

[...] no processo de adesão do paciente ao tratamento verificam-se não apenas os gestos e atitudes levando em consideração as ações e omissões de um paciente. Deve-se considerar também a noção de doença que possui o paciente, o lugar do médico em seu imaginário e a idéia de cura ou a melhoria que se forma na mente do paciente (SANTOS, 2000, p.1)

Bertolozzi (2001) corrobora as ideias de Santos e, para conceituar adesão, ela se apoia em três planos, quais sejam: a concepção sobre saúde-doença apresentada pela pessoa com a enfermidade; o lugar social ocupado pela pessoa doente que envolve o acesso ao trabalho, e a

todos os elementos que integram a vida em sociedade; e o processo de produção dos serviços de saúde. Diante desses pilares, a autora propõe o seguinte conceito:

[...] a adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade] (BERTOLOZZI, 2001, p.136).

As concepções dos autores acerca da adesão convergem ao enfatizar a importância da percepção que a pessoa tem sobre saúde-doença, o lugar social ocupado pela pessoa doente que envolve o acesso ao trabalho, e a todos os elementos que integram a vida em sociedade e que dizem respeito às necessidades mais fundamentais para o desenvolvimento da vida.

Esse plano incorpora, ainda, a liberdade; a autonomia; o estímulo ao desenvolvimento da criatividade; o relacionamento compartilhado e construtivo; a afetividade; dentre outras necessidades. Além das competências e habilidades dos profissionais de saúde, faz-se necessário compartilhar saberes, de forma a possibilitar o entendimento da realidade de vida das pessoas por intermédio da conversa qualificada, do vínculo que emana dos encontros, que devem conter relações simétricas e não dominadoras ou que possam tolher a liberdade, buscando-se a autonomia dos sujeitos na construção e na opção por determinado projeto terapêutico.

Constatamos, a partir dos conceitos selecionados, a evolução do significado de adesão, por não se limitar ao mero cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, mas por demandar a participação ativa do cliente ao tratamento, por considerar o paciente como ser dotado de singularidades, de fragilidades e de potencialidades e por ser um processo intimamente relacionado ao cotidiano de vida.

A falta de adesão ao tratamento é um problema mundialmente reconhecido. Porém ainda persistem lacunas acerca de estudos que investiguem e apresentem propostas bem sucedidas para a adesão ao tratamento.

Mesmo diante do avanço científico, a adesão ainda tem se constituído em um desafio para os profissionais de saúde, que no decorrer dos anos têm buscado por diferentes formas de abordagens, a fim de que as medidas não farmacológicas e farmacológicas passem a constituir prática rotineira e comprometida das pessoas com HAS.

Estruturas teóricas e modelos conceituais têm sido utilizados pelos profissionais de saúde, para investigar e fundamentar ações em busca da melhoria da adesão da pessoa com

condição crônica ao tratamento. Dentre estes, estão o modelo de crenças de saúde; o modelo de promoção da saúde; o modelo de senso comum; a teoria de autorregulação; a teoria da ação e reação; a teoria do comportamento planejado; a teoria de aprendizado cognitivo social; o modelo transteórico de mudanças e o modelo de autogerenciamento (BERG et al., 2006).

Várias condições estão relacionadas ao processo de adesão ao tratamento, tais como as características do paciente que envolvem os aspectos biossociais, hábitos de vida, aspectos culturais que envolvem as crenças de saúde (PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004); ao consumo de bebida alcoólica (DUARTE et al., 2010); às políticas de saúde e ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

A forma como os profissionais de saúde atuam sobre as pessoas com HAS geram controle e, na maioria das vezes, o adoecido não pactua com as regras e com as normas estabelecidas, o que dificulta a adesão ao tratamento.

Apreendemos que as justificativas apresentadas pelos informantes para a dificuldade na adesão ao tratamento estão relacionadas a diversas condições e são representadas por metáforas e formas simbólicas e culturais de expressão.

Dentre elas, estão a fadiga da “remediada danada” por não perceberem os reais benefícios do tratamento, como podemos evidenciar no depoimento que seguem:

[...] o médico num fala que tem que parar com remédio de pressão! às vezes eu num estou sentindo nada, aí eu falo, ah!... vou largar mão disso um pouco, eu tomo uma remediada, minha filha, (pausa) é custoso, eu tomo isso tudo (mostra com as duas mãos em concha a quantidade de medicamentos, vai até a estante da sala e traz quatro caixas de medicamentos e apresenta a indicação e a forma de usar) esse é da tireoide, eu tomo um remédio pro joelho, eu tomo pro colesterol, tomo três remédio pra pressão, e a noite tomo dois remédio pra pressão.(...) ah! eu às vezes tomo remédio, às vezes eu num tomo não, às vezes falho uns dias e depois tomo. Porque é uma remediada danada! (Rosa, 64 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista)

[...] eu falei, ficar tomando essa remediada danada parece que num está servindo de nada, (retorce a boca e gesticula com a cabeça em sinal de negação) se nem o que gosta num pode comer, então vou largar mão disso! (Ângela, 70 anos, 04/06/2010, 2ª entrevista)

Estudos têm demonstrado uma relação inversa entre a quantidade diária de medicação e a adesão ao tratamento, razão pela qual têm sido adotadas as polipílulas como estratégia facilitadora ao tratamento. O uso da polipílula, ou seja, uma medicação com vários efeitos terapêuticos contribui para melhor adesão ao tratamento (WU et al., 2006).

A fadiga da remediada também foi encontrada no estudo de Konkle- Parker (2001).

A dificuldade no controle dos níveis pressóricos contribui para a desconfiança na composição do fármaco e constitui motivo para o abandono ao tratamento como revelado por Vinícius.

[...] eu tomava captopril duas vezes ao dia, (mostra o numeral 2 com os dedos) agora ele mandou tomar 3 vezes ao dia, e não adiantou nada. Eu (lateraliza a cabeça, comprime os lábios com e gesticula com a cabeça em sinal negativo e aumenta a entonação de voz) estou achando que esse remédio é feito de farinha de trigo, é pura farinha, você num viu numa reportagem da televisão que eles estavam fazendo remédio com farinha de trigo, e eu acho que é isso que está acontecendo comigo (silêncio) eu estou desconfiado! Então pra que tomá isso? (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

As condições econômicas constituem um dos grandes empecilhos para a adesão ao tratamento, realidade encontrada não apenas neste estudo, mas no cotidiano de muitas pessoas com HAS. A maioria dos informantes depende exclusivamente do SUS para a aquisição da medicação.

Deparamos-nos com situações nas quais os medicamentos em uso não faziam parte da lista do SUS, porque foram prescritos por especialistas ou por médicos do sistema privado.

Nessa situação, como os recursos financeiros são escassos para garantir o tratamento contínuo, uma vez, que na sua maioria são aposentados e vivem com no máximo dois salários mínimos, a interrupção do tratamento é fato.

Diante dessa realidade, buscamos em órgãos públicos a possibilidade de suporte para aquisição de medicamentos. A Secretaria Municipal do Idoso alega que a prioridade da atenção é com os maus tratos e que não tem dado suporte ao tratamento dos idosos.

A Secretaria de Assistência Social tem constituído um suporte para a aquisição de medicamentos não constantes da lista do SUS, a partir de análise das condições econômicas do solicitante/família.

A partir dessa orientação, esclarecemos os informantes e suas famílias para a busca desse recurso como uma das possibilidades para o tratamento.

A crença do que “*é de graça não presta*” leva as pessoas à aquisição da medicação por conta própria. Contudo, diante das condições financeiras desfavoráveis, a descontinuidade ao tratamento torna-se uma realidade, o que lhes impõem novas ordenações e define prioridades possíveis dentro do contexto e das condições de vida.

[...] ah! a senhora sabe, a gente fica numa sinuca danada se é da mesma marca (remédio do SUS) e se vai fazer a mesma coisa do outro, então a gente acha melhor comprar. Esse (remédio) aí (aponta com o dedo para a estante) foi o que o doutor passou e ele me deu essa caixa, ele acabou, mais eu juntei um dinheiro e dei o dinheiro pra ela (filha) comprar. Ele

custa 120 conto mais com o cartão que o médico falou pra ela custa 60. Ela foi comprar, amanhã ela traz aqui. [...] eu num falei pra ele não (pausa) mais eu podia falá (pausa) porque o dinheiro num está dando pra comprá esse remédio caro (coloca o indicador no rosto e faz movimentos afirmativos com a cabeça) mais eu posso falar da outra vez que eu for lá num posso? Ele marcou pra ir lá no final de outubro, aí eu vou lá e falo se num tem um mais em conta. Se sabe, eu ganho um salário e ele (esposo) outro, mais num dá porque tem que pagar água, luz, gás, as coisa de comer e os remédios (conta no dedo as despesas), então é a continha, ainda tem que guardar um dinheirinho pra pagá um táxi pra levá lá no médico, agora o táxi está cobrando 15 conto, então o dia que vai no médico é 30 conto só de táxi. (Isadora, 74 anos, 14/07/2010, 6ª entrevista)

De acordo com o prontuário, Isadora apresenta dificuldades na adesão ao tratamento prescrito, o que certamente tem contribuído para reinternações frequentes por descompensação cardíaca e da diabetes. Os profissionais de saúde adotaram como estratégia para a adesão, medidas atemorizantes, conforme constatamos no relatório [...] *se não tomar a medicação, vai ficar aleijada!* (Diário de campo, em 20/08/2010).

Os profissionais de saúde acreditam que tal atitude é importante para persuadir o adoecido a cumprir o regime terapêutico instituído. Contudo, a literatura nos tem revelado a ineficácia dessa forma coercitiva de orientar os adoecidos para a adesão ao tratamento.

Em nossos encontros, Isadora nos revela que antes de mudar para esta cidade ela tinha saúde, não tomava remédio e, com a mudança, apareceram as doenças e a necessidade da tomada de medicações, motivo de tristeza e de revolta. Porém, de acordo com o prontuário, constatamos que tanto a HAS como a Diabetes Mellitus foram diagnosticadas enquanto morava na cidade menor, mas persistiam as dificuldades para adesão ao tratamento prescrito.

Outras causas que motivaram o abandono ao tratamento fundamentaram-se na crença de que os remédios “de farmácia” não produziam a cura do *problema de nervoso*, além disso são capazes de causar toxicidade.

Diante do insucesso terapêutico, avaliado pela percepção dos sintomas, as pessoas com HAS buscavam no subsistema popular o tratamento para a aflição.

[...] se for analisar bem, a gente desconfia dos remédios de farmácia. Eu num dou certo com esses remédios não. (Comprime os lábios e faz movimento lateralizado com a cabeça em sinal negativo) ah! Mais num acertou comigo não! Foi só bebe o remédio, a pressão foi subindo. E eu sei direitinho quando ela sobe, porque dá uma zoada na cabeça assim oh! Zummmm é um tinido sabe, parece até um grilo. Agora, remédio bom quando acerta é assim pau, purrete, cacete e tá curado (gesticula com a mão em sinal de corte) [...] o médico falou assim: remédio é bom, mais remédio demais mata também! Eu nunca mais esqueço isso. A verdade é essa, eu num sinto bem com remédio de médico não [...] eu sinto mais bem tomando um remédio caseiro, porque eu já tive intoxicado no último com remédio, até que o doutor mandou eu tomá salamargo, ele falou você toma até saí um pouquinho de sangue nas fezes. Se num fosse isso, já tinha ido (Vinícius, 54 anos, 20/07/2010, 3ª entrevista)

Os efeitos indesejáveis percebidos pelo uso da medicação hipotensora não apenas contribuem para a não adesão, mas, sobretudo, exercem influência no cotidiano de vida, na socialização e na masculinidade. Diante desses efeitos, as pessoas fazem o uso da medicação a sua maneira, tentando driblar os níveis pressóricos, conforme os depoimentos que seguem:

[...] você vê que dificuldade! Às vezes a gente tem que ir lá em cima fazer alguma coisa, chega lá não está mais aguentando de vontade de ir no banheiro e ir onde? (volta as palmas da mão para cima) não tem! então o dia que eu tenho que sair eu não tomo, aí só quando chega é que eu tomo. (Helena, 55 anos, 25/10/2010, 2ª entrevista)

[...] Nossa senhora! A urina manda na gente (dá risada e coloca a mão na boca). Tem dia que eu vou sair já estou pronta na porta, aí tem que volta pra trás pra urinar, num sei que diacho é isso, eu acho que é esse remédio que faz isso. Mas agora sabe, agora o que é que eu estou fazendo? O dia que é pra saí, às vezes tem que ir receber, fazer compra, eu num tomo não. Aí eu tomo só no outro dia, porque já passo da hora. Às vezes eu quero ir lá na comadre V, nem vou, porque com esse diacho dessa urina solta num dá. E a noite! a senhora precisa vê só, eu fico segurando, (aperta a região abdominal com ambas as mãos) aí chega uma hora que num dá mais, aí tem que levantar. Aí é 3, 4 vezes à noite. (Aparecida, 77 anos, 18/09/2010, 2ª entrevista)

[...] eu estou tomando os remédios do meu jeito, num é do jeito deles (prescrição) não! sabe por quê? (pausa) senão a gente num tem sossego, é um desatino danado, e xixi demais e muita tontura. Se sabe duma coisa, remédio num segura ninguém pra morrer não, se tive pra morrer morre mesmo! Eles falam pra toma 3 cedo e 2 de tarde, eu tomo só 2 cedo. À tarde, a gente gosta de um golinho (José, 74 anos, 04/09/2010, 2ª entrevista)

[...] antes eu tratava, mas num tratava direito não, esquecia de tomar os remédios, mas agora eu cuido. A minha pressão estava 16/11mmHg, aí ele (médico) falou que ia trocar meu remédio, mais aí eu pensei, ele vai trocar mais ele vai entrar de férias e num vai ter ninguém aí, num tendo médico onde que a gente vai (lateraliza a cabeça e volta as palmas das mãos para cima) como que a gente faz. Eu estou desanimada, olha aqui meu pé como está inchado (pés e pernas estão muito edemaciados, ela está com sandália de dedo e as tiras da sandália estão apertadas no pé) num sei se é da coluna, se é desse remédio. É melhor eu parar [...] mais qual outro médico? Num tem? Os do outro postinho num atende a gente não. Da outra vez que eles passaram esse mesmo remédio pra mim, eu parei por minha conta porque estava dando muita coisa no coração, tava acelerando. Ah! o problema da pressão é isso aí, são os alto e baixo. [...] pois é, mais eu num tomei aquele remédio não, olha aqui meu pé desinchou (com o dedo indicador ela comprime a perna e ainda se observa discreta edema) eu num to sentindo ruim igual eu estava.

Dados do prontuário revelam que desde 2000, por várias vezes, ela suspendeu a medicação por conta própria. No decorrer da coleta de dados, constatamos seu dilema em tomar ou abandonar o tratamento, uma vez que o mal-estar tem comprometido as atividades de vida diária, além do que não há médico (o substituto está de férias e, em outra Unidade, o atendimento demora cerca de 20 dias) para avaliar os possíveis efeitos da medicação. Diante

dessa dificuldade de acesso, ela decidiu pelo abandono ao tratamento, passando a usar os medicamentos anteriormente prescritos, pois ainda lhe restavam alguns comprimidos, até o retorno do médico na Unidade. (Maria de Fátima, 55 anos, 12/05/2010, 2ª entrevista)

Estudo de Kronish et al. (2011) revela que existem importantes diferenças na aderência aos anti-hipertensivos de acordo com suas classes. Os medicamentos da classe dos diuréticos e os betabloqueadores revelaram menor aderência entre as pessoas do que outras classes de anti-hipertensivos.

[...] eu num vou beber esse remédio não (Atensina ®) dá tosse na gente [...] não! eu num tomei não, depois a gente zanga, aí fica mais ruim. Eu graças a Deus eu num tenho nada dos pulmão não (coloca as mãos postas e o olhar dirige para cima) aqui em casa nunca ninguém teve nada dos pulmão, se sabe. Agora bebe esse remédio pra zangá a gente, eu num bebo isso não! (tom forte de voz, olhar fixo e gesticula com a cabeça e com o indicador em sinal de negação) [...] eu num vou falar pra ele (médico) não, senão ele dana com a gente! (Isadora, 74 anos, 23/06/2010, 4ª entrevista)

A tosse contínua, outro efeito indesejável encontrado em uma classe de anti-hipertensivos, leva a crer que a medicação induz à tuberculose, pois enfatiza de forma categórica que nem ela, nem a família, têm problema no pulmão, díspar aos motivos encontrados na literatura.

No início, ela afirmava o uso regular da medicação e somente quando os laços de confiança se firmaram ela revelou o motivo do abandono ao tratamento.

Reconhecemos que a dificuldade no encontro entre profissional de saúde e usuário dificulta a compreensão das razões para a não adesão e para o abandono ao tratamento.

Para apreender os significados que se relacionam às experiências com o adoecimento, torna-se imprescindível que os trabalhadores em saúde estejam abertos ao diálogo, buscando compreender o modo do outro pensar e agir para que possa estabelecer uma negociação para o tratamento. Se não houver negociação entre as partes, jamais será alcançada a “fusão de horizontes”, conforme Gadamer, para a realização de projetos de felicidade (AYRES, 2007).

Na perspectiva do trabalhador em saúde, a adesão das pessoas com HAS ao tratamento é custoso, porque tem aqueles que num toma e acomoda ao mesmo tempo, num toma porque fala que dá efeito colateral, dá isso, dá aquilo, para de tomar o remédio e fica acomodado, tem uns que toma captopril e dá tosse e fala que num vai tomá mais, num vem no médico não, a gente fala que tem que falar pro médico, mais eles num vem não. (ACS3)

A dificuldade de acesso à medicação do SUS constitui um dos principais motivos para a não adesão ao tratamento, tendo em vista que se trata de uma população de baixa renda. Percebemos que muitas vezes os usuários, para garantia do medicamento, realizavam uma *via crucis* nas unidades de saúde.

[...] vê se pode uma coisa dessa! nunca acha todos os remédios na farmácia deste postinho, então quando eu vou pegar, se num tive tudo eu num pego, porque tem que deixar o xerox da receita lá, então em cada postinho que vai pra pegar os remédio tem que deixa o xerox, então eu só pego se tive tudo. [...] Eles estão cansado de saber os remédios que a gente toma, já num era pra ter tudo lá pra gente?

Em relação à distribuição gratuita das medicações para HAS e Diabetes Mellitus pelas farmácias populares, de acordo com a legislação atual, ela tece os seguintes comentários:

[...] lá num tem nada, nem essas gazinha para cura num tem, esse mês andei nos postinho tudo procurando remédio e num tinha e aí eu fui lá e num tinha nada, tive que comprar, fazer o quê? (Maria de Fátima, 55 anos, 05/10/2010, 6ª entrevista)

A falta de medicação na Unidade é uma queixa da maioria dos informantes e constitui um dos principais motivos de não adesão ao tratamento.

Nesse aspecto, consideramos a princípio que a publicação da Portaria 184 do Ministério da Saúde foi um grande avanço e um fator favorável à adesão ao tratamento, porque amplia o acesso das pessoas com HAS e Diabetes oriundas tanto do sistema público como do privado para aquisição de medicação gratuita, além do horário de funcionamento das farmácias e do controle da dispensação somente realizado pelo Cadastro de Pessoa Física (CPF) e não mais por xerox da receita, que consistia numa das dificuldades para adesão ao tratamento.

Contudo, apesar da implementação de essa Lei ter sido recente, a iniciativa tem repercutido negativamente na percepção dos informantes. Os depoimentos denotam insatisfação, preocupação e o descumprimento da lei, ao cobrar do usuário medicações de distribuição gratuita.

[...] eu num sei se a senhora sabe, mais num está tendo mais quase nada de remédio de pressão aqui no postinho, está faltano quase tudo. Essa semana mesmo num achou, a I (filha) teve que buscar no postinho lá de cima. Agora, se num acha nos outros postinhos tem que comprar, faze o quê, já estava ruim porque num achava tudo, agora num tem mais é nada! Falaram até que na farmácia popular a gente encontra, mais lá num acha nada. Agora está com essa conversa que no postinho num dá mais remédio, é só na farmácia popular, mais como que faz uma coisa dessa! quem é que vai buscar naquela distância? (esposa de Pedro, em 8/04/2011)

[...] eu fui lá buscar os remédios, aí chegou lá ficaram naquela amolação que num podia entregar porque tinha que levar os documentos, pra que isso! Aí eu falei, vou largar mão disso pra lá, aí eu fui lá na outra farmácia, aí eu comprei, até que num ficou caro não, eu paguei 10 conto. (João, 79 anos, 30/06/2011, 12ª entrevista)

[...] eu fui lá (farmácia popular) eles falaram que tinha o remédio (captopril®, consta na lista de remédios de distribuição gratuita na farmácia popular), mais tinha que pagar 4 real, aí eu num tinha, aí eu num peguei, a hora que eu recebe eu pego. (Mateus, 34 anos, 14/05/2011, 11ª entrevista)

[...] você sabe, esta semana eu fui lá na farmácia popular e eles cobraram 1,00 real a cartela desse remédio (Losartan). Eu num ia pagar não, mais aí ela falou assim: ou a senhora compra esse aqui (Enalapril) que custa 8,00 real ou esse que custa 6,00 real. Aí eu falei assim: eu preciso tomar todos esses que o médico passou, então eu pago esse aqui mais barato que custa 6,00. Mais aí eu falei pra ela, no mês passado, eu peguei aqui e num paguei os remédios, porque que agora tem que pagar, eu achei isso muito esquisito, num tá certo, num é mesmo, porque antes eu pegava esses remédios tudo de graça aí no postinho. (Maria de Fátima, 55 anos, em 10/11/2011)

A atendente de farmácia nos informa que ainda há em estoque alguns medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes e que os usuários estão sendo informados quanto à aquisição das medicações nas farmácias populares (Diário de campo, em 9/04/2011).

Na perspectiva das ACS, os usuários têm apresentado dificuldade no acesso às medicações fornecidas pelas farmácias populares e isso tem contribuído para a não adesão ao tratamento.

Dentre as dificuldades relatadas, estão o não comprometimento da família com o tratamento para a aquisição da medicação, a distância das farmácias populares, localizadas no centro da cidade e a dificuldade de locomoção dos idosos até as farmácias, tendo em vista que, para alguns usuários, elas se encarregavam do suprimento de medicamentos (Diário de campo, em 12/05/2011).

Outro impacto negativo e que precisa ser solucionado em curto prazo é que a farmácia popular não separa as medicações conforme rotina adotada pelas Unidades, o que favorecia de certa forma os usuários analfabetos, além da falta de orientações sobre o modo de usar as medicações, orientação até então fornecida pelas Unidades de Saúde.

Outro aspecto que merece melhor investigação é o pagamento indevido por medicações de distribuição gratuita. Nesse aspecto, orientamos os informantes sobre as medicações anti-hipertensivas de distribuição gratuita nas farmácias populares e oferecemos, para consulta, a lista de medicamentos gratuitos.

O esquecimento na tomada diária da medicação constitui um dos motivos para a dificuldade na adesão ao tratamento. A ausência de sintomas; o envolvimento com os afazeres domésticos; a percepção de que trata de um *problema* e não de doença; a falta de vontade para cuidar-se e a senescência corroboram para o esquecimento.

Estudo de Dela Cruz e Galang (2008) encontrou o esquecimento como um dos principais motivos para a não adesão.

[...] agora pra falar a verdade eu não tomo os remédio direito não! Porque eu esqueço de tomar. Já falaram pra mim colocar na mesa de cabeceira, eu coloquei, aí eu levanto olho o remédio e lembro. Vou pra cozinha pra fazer o café e aí ele já ficou lá no quarto, aí eu já num lembro mais. Outro dia eu trouxe o remédio e coloquei em cima da mesa. Fiz o café, tomei e fui pra caminhada. Quando cheguei lá lembrei do remédio, falei pra mim, num posso esquecer quando chegar em casa! Quando cheguei aqui, quem falou que eu lembrei! E assim vai. (Geruza, 60 anos, 11/08/2010, 2ª entrevista)

Tonturas; zonzearias; veia do pescoço que pula; a carne do corpo que treme; bateadeira; coração que quer sair pela boca e zoada na cabeça; são algumas metáforas e formas culturais e simbólicas de expressão que representam os sintomas relacionados ao *problema de nervoso* e orientam a autorregulação do tratamento, reduzindo a dosagem do medicamento, interrompendo-o ou tomando doses extras.

[...] mais esse remédio é para pressão? Ah! mais a pressão está boa, o médico falou que tava boa, então num precisa tomá continuado não! O dia que precisar a gente bebe, o dia que está meio zonzinha assim (com o dedo indicador faz movimento circular próximo a cabeça) a gente bebe ele, mais agora num está precisando não! (Isadora, 74 anos, 23/06/2010, 4ª entrevista)

[...] o médico falou que é pra parar um pouco com o remédio da pressão, porque ela está baixa, aí a hora que eu achar que ela está alta eu tomo (pausa e lateraliza a cabeça) a hora que tive uma zoada na cabeça (movimenta a cabeça em todos os sentidos), ficar tonto, aí eu bebo, aí ela tá alta. (José, 74 anos, 04/09/2010, 2ª entrevista)

Por outro lado, a remissão dos sintomas sinaliza a interrupção do tratamento, uma vez que se sentem curados.

[...] ah! eu estou bom, num tenho nada! Eu num sinto mais nada não. Você (esposa) fica aí tomando esses remédios e num tá boa. Agora eu! (pausa) num bebo eles e estou aí bom de tudo. Aquela zoera na cabeça eu melhorei. E as câibras? Também tá mais fraca, às vezes dá, mais já está melhor. Mas também, a gente num estando sentindo nada! (abre os braços e esfrega as mãos no sentido tronco-extremidades) então pra que ficá bebendo remédio à toa! Ah! eu tomo só a hora que dá uma coisa ruim na gente, parece que a gente fica meio tonto. (João, 79 anos, 25/06/2010, 4ª entrevista)

O consumo de bebida alcoólica constitui um fator preponderante para a não adesão ao tratamento, apesar desse hábito não ser muito comum entre os informantes. Para eles, bebida alcoólica e anti-hipertensivo é uma mistura mortal.

[...] ah! só a senhora vendo, quando ele está bom ele bebe os remédios direitinho, mais quando garra a bebe chiiiiii,(põe a mão na boca) num bebe os remédio não, mais ele num é bobo, ele tem medo [...] é perigoso num é mesmo? Você sabe uma mulher que morava perto da casa do meu finado pai morreu assim, porque bebeu pinga depois de beber o remédio da pressão. Então ele num bebe os remédio de pressão! (Cleonice, 58 anos, 15/06/2010, 3ª entrevista)

Nesse contexto, merece destaque o caso de Mateus com diagnóstico de HAS de alto risco, sendo que a última vez que esteve na Unidade foi em 21/2/2008.

Para compreender um pouco mais sua forma de pensar e agir diante do adoecimento, deixamos a princípio nossos conhecimentos profissionais em suspenso. Os assuntos abordados em nossos encontros eram diversos, como futebol, histórias do bairro e relatos da sua infância. No entanto, quando mencionava a importância do tratamento, não apenas farmacológico, mas, sobretudo, o não farmacológico, ele se mostrava arreado, com promessas futuras de adesão ao tratamento.

Encontrei-o por duas vezes em estado de embriaguez. Certo dia, ao sair da casa de uma das informantes, ele me abordou na rua, e mais uma vez, se comprometeu tanto a buscar pelo atendimento médico como também a parar de beber. Em outubro de 2010, ao passar próximo à igreja, ele me chamou. Veio ao meu encontro sorridente e apresentou a receita médica, e ainda ressaltou que não mais tivera ingerido bebida alcoólica, o que foi confirmado mais tarde pela mãe. Desde então, ele tem demonstrado mais interesse pelo autocuidado, refere uso rotineiro da medicação hipotensora e tem buscado a Unidade semanalmente, para o controle dos níveis pressóricos, inclusive apresenta com orgulho, sempre nos nossos encontros, o cartão de controle da pressão arterial. Sempre tecemos elogios e nossa satisfação perante suas mudanças (FAVA et al. 2011).

Em um dos encontros, sua mãe diz: *[...] eu num sei se ele está com medo dessa pressão (olhar firme e olhos arregalados), eu num sei o que é que foi, mais se sabe que ele largou mesmo de beber, faz acho que uns 8 meses que ele num põe cachaça, nem cerveja na boca. Antes, era só ele recebe, chiii... ele já bebia, agora não, estou até achando estranho. Eu até fui vê o dinheiro dele, tá tudo guardadinho debaixo do colchão dele* (mãe de Mateus, 29/06/2011, 10ª entrevista).

O analfabetismo, outro fator que corrobora para a não adesão, é uma realidade e faz parte da vida de um número expressivo de informantes. Constatamos que separar as medicações em envelope pardo e rotulá-los, rotina utilizada na dispensação da medicação pelo SUS, não garante para alguns a tomada correta da medicação.

Eles geralmente associam a cor e o formato com o período do dia em que a medicação deverá ser tomada. Contudo, como as medicações do SUS não mantêm uma padronização, dificulta para essas pessoas a tomada correta, inclusive gera desconfiança se é a mesma medicação.

Apesar do analfabetismo, eles buscam pela similitude entre as letras do nome da medicação em uso e a nova aquisição e, quando encontram diferença, dificilmente eles consumiam o medicamento e quando possível, buscavam ajuda entre os membros da família.

[...] eu tomo esses comprimidos assim: 2 cedo às 7 horas e à noite, e outro é depois do almoço. E esse daqui (mostrei o Losartan) é cedo, antes do café (pausa) não num é esse não, e esse daqui (ela me apresenta o ASS). Este (ASS) a senhora toma cedo? Às vezes cedo, às vezes antes do almoço, e esse daqui (Hidroclorotiazida) esse é (fica pensativa e coloca a mão na boca) cedo, e esse (Carbamazepina) é de noite. (Ângela, 70 anos, 27/05/2010, 1ª entrevista

Os medicamentos estão em frascos de plástico branco de tampa verde, todos são iguais, estão sujos e os rótulos apagados mal se podem ler.

[...] eu bebo o vermelhinho (Nifedipina) e o branquinho (Hidroclorotiazida) [...] às vezes eu esqueço, às vezes eu tomo o vermelhinho cedo e o branquinho de tarde, depois da janta [...] agora eles me deram o remédio só de uma qualidade, está faltando um, olha só. (João, 79 anos, 09/06/2010, 3ª entrevista)

Tendo em vista o aumento dos níveis pressóricos foi substituída a Nifedipina pelo Losartan, mantendo-se a Hidroclorotiazida. Como as cartelas da Hidroclorotiazida e do Losartan apresentam similaridade na sua apresentação, isso levou Sr. João a crer que se trata de apenas um tipo de medicação, apesar de as cartelas estarem em envelope separado. Para diferenciar uma medicação da outra, identifiquei cada cartela com uma tira de tecido de cores distintas para identificar as medicações, o que favoreceu a tomada correta da medicação.

[...] o médico passou muito remédio, eu num dou conta de tomar sozinha essa remediada, também num sei ler, ele falou que meu coração está disparado, eu sinto assim uma coisa ruim (esfrega a mão direita sobre a região precordial) tem dia que eu deito durmo ali pra umas certa hora, eu acordo com aquela coisa ruim..(de acordo com o prontuário em 13/9/2010 foi diagnosticada com bloqueio completo de ramo esquerdo com inatividade elétrica em parede septal e anterior) [...] traz uma caixa de sapato cheia de medicamentos, alguns estão em envelopes pardos, outros estão dentro de uma sacola plástica. A filha diz: enquanto eu estou aqui, eu dou o remédio pra ela, mais eu estava vendo que ela num estava tomando certo não, às vezes o remédio tinha que partir, ela num partia direito não, eu falei pra ela, tem que partir com a faca no meio certinho, mais num parte certo não, todo lugar da casa tinha um pedaço de remédio, eu perguntava pra ela e ela nem sabia que remédio que era, às vezes eu dava o remédio ali no quarto, chegava na cozinha ela já tinha esquecido de tomar (está com a acuidade visual bem comprometida, faz 5 meses que aguarda pela consulta com o

oftalmologista). *Depois que ela (filha) começou a me dar o remédio eu estou mais melhor, eu estou sentindo melhor.* (Cleonice 58 anos e a filha, 03/01/2011, 9ª entrevista, com diagnóstico de HAS e Diabetes Mellitus tipo I)

As dificuldades de acesso do usuário ao SUS, ocasionadas pela falta do médico e as dificuldades de locomoção para enfrentar as ladeiras corroboraram para a não adesão ao tratamento.

[...] pra falar a verdade pra senhora eu gasto mais de 2 horas pra ir lá no posto (posto está distante cerca de 300 metros), assim mesmo tem que ir um junto comigo porque pra subir eu subu, mais pra descer (pausa) eu morro de medo de cair, então é muito difícil pra mim ir lá. (A distância, a topografia do bairro, aliadas ao processo neuropático em decorrência da hanseníase dificultam o acesso à Unidade) (Paulo, 71 anos, 21/09/2010, 8ª entrevista)

[...] tive de comprar (aponta para as embalagens dos remédios na estante que está ao fundo da sala) a receita venceu, e aí num tinha médico aí (Unidade de Saúde) aí eu comprei. Eu pego de 6/6 meses o remédio. Agora eu levo a caxinha vazia lá (farmácia) e aí ele (esposos) compra. Se num levá a caixinha eles num vende. Tá difícil essa coisa aí no posto. (Rosa, 64 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista)

Outra dificuldade evidenciada é a influência negativa da rede de apoio ao adoecido, a partir de sua crença de que remédio demais mata e a descrença quanto à cronicidade da doença e à necessidade da terapêutica de forma contínua.

[...] meu filho fala assim, essa remediada danada que a senhora toma é que vai matar a senhora, larga a mão disso! [...] os outros também falam, larga mão disso! você vê só a comadre M, tomou tanto remédio, quede ela, já foi! (morreu). Aí a gente para porque a gente fica com medo (coloca a mão no queixo e gesticula em sinal afirmativo), aí a gente para de beber os remédios. (Ângela, 70 anos, 04/06/2010, 2ª entrevista)

A crença “do que é gratuito não tem valor” influencia suas atitudes e comportamentos e os levam a buscar o tratamento e a aquisição de medicação na rede privada, mesmo diante de condições financeiras desfavoráveis.

[...] ah! eu compro, esse é diferente, porque o remédio do posto num presta, porque ele é barato, e o que é barato num presta, se acha que o governo ia gastar dinheiro para comprar remédio caro? Então esse que compra é melhor. (José, 74 anos, 04/09/2010, 2ª entrevista)

A característica assintomática da doença também contribui para dificultar a adesão ao tratamento. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Busnello et al. (2001) e Pierin et al. (2001).

Outro fator que corrobora para a não adesão ao tratamento é o fato de que se a HAS é uma doença permanente e se o tratamento é para o resto da vida, não há problema adiar o início do tratamento, porque tem toda vida para se tratar. Essa percepção pode ser evidenciada no depoimento de Mateus.

[...] amanhã eu vou procurar o médico para bebe o remédio da pressão. (Mateus, 34 anos, 15/06/2010, 2ª entrevista)

É importante considerar que tanto o profissional de saúde, como a pessoa com HAS, age de acordo com os significados que eles atribuem à doença e ao tratamento, e na maioria das vezes os universos simbólicos de ambos são bem distintos.

Constatamos que o uso de medicamentos constitui uma das formas de tratamento que tem ainda uma melhor adesão ao tratamento do que o não farmacológico, por não exigir mudanças drásticas nos hábitos de vida, por proporcionar alívio rápido das manifestações e ao constatar que o problema é decorrente do nervoso, contribui para que eles se isentem da responsabilidade de buscar o controle da pressão, mantendo a crença de que o seu estado emocional depende dos outros.

Assim, como se trata de um fator externo como causa do problema, apenas tratamentos externos são capazes de proporcionar a cura.

Vieira (2004) corrobora com nossa percepção ao ressaltar que o mundo de fora entra na vida e nos corpos, tanto para tratar e controlar quanto para curar.

A cura, avaliada pela remissão de sintomas, é obtida pelo uso do medicamento associado às práticas terapêuticas populares, ou são substituídas por essas, fundamentado nas crenças de que *remédio é bom mais demais intoxica, o remédio pode zangar nossa saúde, remédio de farmácia num faz efeito, para que tomar esses remédio se nada sente, o remédio do curandeiro é melhor do que os de farmácia.*

Assim, é mais fácil submeter-se a esses controles do que realizar modificações em seus modos de vida, razão pela qual encontramos maior adesão ao tratamento farmacológico.

Apreendemos que mesmo diante as dificuldades enunciadas para o tratamento farmacológico, muitas pessoas ainda o fazem, mesmo que seja à sua maneira, considerando o que é possível fazer, o que conseguem fazer ou como querem fazer (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

Estudo de Lima et al. (2010) também revelou que o uso regular da medicação anti-hipertensiva predominou entre as demais condutas. A justificativa encontrada para esse comportamento é que essa forma de tratamento não exige mudanças no estilo de vida, nem requer alocação considerável de tempo.

Percebemos que as dificuldades na adesão ao tratamento que emanam deste estudo estão relacionadas, principalmente, às questões organizacionais, econômicas, psicossociais e culturais.

Muitos informantes não aderem ao tratamento farmacológico porque são dificilmente tolerados, devido ao elevado custo, à percepção que os pacientes têm da doença não são congruentes com as metas do tratamento, e porque não existe informação subjetiva significativa do benefício alcançado com a tomada da medicação sem sintomatologia.

A cultura exerce forte influência no processo de adesão e está intimamente relacionada ao significado que as pessoas atribuem à doença; ao fato de que só tem valor o que se paga; ao poder de cura das plantas; à toxicidade dos medicamentos de uso crônico; à impotência sexual, à avaliação de anormalidade somente diante a presença dos sintomas; à bebida alcoólica e ao anti-hipertensivo: mistura mortal, desconfiança da composição dos medicamentos, a invisibilidade dos efeitos da medicação hipotensora e a concepção de cura da HAS.

A valorização cultural e a importância do conhecimento do senso comum precisam ser consideradas, buscando alternativas de cuidados mais aproximadas entre o cuidado profissional e o popular – algumas vezes mantendo, outras negociando e outras remodelando o cuidado cultural (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Langdon (1995) faz uma menção importante nesse aspecto ao ressaltar que os profissionais de saúde, quando se interessam em conhecer a cultura e seus sistemas de doença e cura, o fazem exercendo o poder de autoridade, com a finalidade de aplicar receitas para moldar comportamentos, com base no modelo médico-científico.

Merece destaque também, dentre outras barreiras já destacadas para a não adesão ao tratamento, a idade, as incapacidades físicas e as dificuldades econômicas dos informantes o que lhes dificulta administrar a vida e o tratamento prescrito.

Por outro lado, um dos sistemas de suporte, o de saúde, não tem se mostrado capacitado para responder com resolutividade aos processos de adoecimento da população.

Percebemos que o apoio da família constitui um fator positivo para a adesão ao tratamento, principalmente para o grupo social pesquisado. Mas nem todos podem contar com este apoio, porque muitos não têm familiares próximos à residência, ou não podem se afastar do trabalho para se tornarem cuidadores.

Apreendemos o ajuste e a tomada de medicação de acordo com as experiências subjetivas de sintomas, tais como zozada na cabeça, tonteira, dor de cabeça, fadiga, palpitação, dentre outros sintomas encontrados neste estudo.

A dor de cabeça constitui um dos motivos para a tomada de medicação, fato também observado nos estudos de Rose et al. (2000) e de Lukoschek (2003); a presença de enxaqueca, fadiga e palpitação também encontrada nos estudos de Lukoschek (2003).

Outras barreiras para a adesão ao tratamento encontrados na literatura referem-se à depressão nos estudos de Fongwa et al.(2008); à dificuldade no controle do nervosismo e da irritação, à preocupação e à ansiedade no estudo de Péres, Magna e Viana (2003); a recursos financeiros limitados, à violência da vizinhança e à desconfiança dos profissionais de saúde nos estudos de Lewis et al. (2010).

Como o tratamento da HAS envolve não apenas a tomada de medicamentos, mas também a necessidade de mudanças comportamentais, encontra-se nesse processo grande dificuldade de aceitação do adoecido, bem como do profissional de saúde em compreender as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento.

A pessoa com HAS não está preocupada em desobedecer ou em não aderir ao receituário médico, mas, sim, em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade (CONRAD, 1985).

É preciso levar em consideração que as pessoas são capazes de aprender a significação do discurso teórico, mas ele é apreendido em outra linguagem, porque é acrescido de hábitos e habilidades que foram construídos por intermédio de práticas, das relações interpessoais e de interação das pessoas com seu meio (LIMA; BUCHER; OLIVEIRA, 2004).

Constatamos que a adesão ao tratamento não farmacológico constituiu uma das maiores dificuldades dos informantes, porque requer mudanças comportamentais e estas estão intimamente relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e, principalmente, culturais.

Para a apreensão e a interpretação desses sentidos, exigiu-se de nós muita perspicácia, não apenas na interpretação dos depoimentos, mas, sobretudo, nas interações prolongadas, que nos permitiram observar os hábitos alimentares do cotidiano, analisar os relatos durante os encontros que, por vezes, eram contraditórios e acompanhar os comportamentos por ocasião de reunião festiva.

Uma das maiores dificuldades percebidas durante nossa convivência que, às vezes, eram contraditórias, refere-se ao consumo de sal. Restringir seu uso é algo extremamente difícil de ser tolerado. Essa intolerância é traduzida metaforicamente por Vinícius.

[...] qualquer dia eu saio louco por aí e vou procurar um pasto e lambar o cocho de sal de uma vaca de tão desesperado que eu fico (olhos proeminentes, entonação forte de voz, face e pescoço ruborizados) não dá comer assim! (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

De forma geral, a comida, assim como o sal, é simbolicamente parte de um código que organiza a alimentação. Ao mesmo tempo em que possui um valor nutricional, ele tem também um valor cultural.

Menasche e Schmitz (2007) ressaltaram que as práticas alimentares são carregadas de significados, pois nos alimentamos não apenas de nutrientes, mas também do imaginário.

A comida, ao mesmo tempo em que está alicerçada em razões fisiobiológicas, por atender às necessidades nutricionais de cada corpo individual, também é elemento que constrói seu universo simbólico à medida que atende ao imaginário e às relações culturais dos sujeitos (AMON; MENASCHE, 2008).

A restrição no consumo de sal tem sido uma das principais recomendações defendidas pelas sociedades científicas e pelo Ministério da Saúde, após ter sido comprovado em diferentes estudos a relação direta entre o consumo de sódio e a evolução das doenças cardiovasculares, dentre estas, a HAS (ANDERSEN et al., 2009; BEER-BORST et al., 2009; SALGADO; CARVALHAES, 2003).

Na tentativa de conter o avanço dos males ocasionados pelas consequências da HAS, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) passou a preconizar que o consumo máximo de sal baixasse de 6 para 5 gramas. Tal redução previne 10% das mortes por problemas cardiovasculares. Atualmente, o consumo per capita no Brasil chega a 12 gramas diários, consumidos especialmente sob a forma de produtos industrializados.

Apesar das comprovações científicas acerca do sal como fator de risco para HAS e das graves consequências decorrentes do inefetivo controle dos níveis pressóricos, poucas mudanças se têm conseguido em relação a esse hábito de vida.

Os depoimentos a seguir revelam a influência da cultura na alimentação dos informantes e a dificuldade no cumprimento das orientações dos profissionais de saúde, tendo em vista que as mudanças no padrão alimentar constituem um enfrentamento ao universo simbólico.

[...] eu só como com pouquinho sal, minha comida é quase sem sal de tudo! Hoje me deu vontade de comer jiló, eu piquei o bacon e calabresa, abafei bem e comi quase uma panela inteira [...] eu acabei de almoçar, tá me dando até sono, mais também eu comi um tanto de macarronada com sardinha (esfrega os olhos e boceja) [...] hoje eu cozinhei uma carne, mais eu achei que estava muito seca (enxuga o canto da boca), aí eu coloquei um pedaço grande de bacon pra cozinhar junto, iiiichiii....ficou bom demais! (pausa e sorri) comi até. (Maria Cândida, 75 anos, 07/05/2010, 2ª entrevista)

A restrição dietética é vista pelo adoecido como uma penalidade e, na maioria das vezes, não é compartilhada pelos membros da família.

[...] eu estou fazendo a comida pra ele sem sal quase de tudo! Mais aí, como eu e a filha num temos esse problema de pressão, nós colocamos sal na comida. Mais se você vê (coloca a mão na boca), ele fica louquinho quando ele vê aquele barulhinho do saleiro (ela coloca a mão na boca e sorri) mais aí eu falo pra ele se você num beber os remédios da pressão você vai comer só essa comida sem sal, mais aí ele bebe o remédio certinho da pressão. (Vinícius, 54 anos e sua esposa, 23/06/2010, 1ª entrevista)

Os sentimentos negativos expressos nos depoimentos em relação à necessidade de mudanças de hábitos, vão de encontro com os hábitos culturais de alimentação, principalmente no tocante à redução no consumo de sal e na supressão da carne e da gordura de porco.

Os sentidos atribuídos pelos informantes revelaram os costumes alimentares, o valor simbólico dos alimentos e a relação dos alimentos com o poder social.

[...] eu faço tudo na gordura, é bom demais e a gente já tá acostumado [...] eu num fico sem torremo [...] se sabe ontem, eu comprei uma tilápia, salguei e coloquei ela no arame pra secá, depois que ela seca, eu frito ela bem. Mais a senhora acredita que o marvado do gato deu um pulo lá e comeu a metade! Sobrou só a metade pra mim [...]a carne que põe na geladeira num fica boa não, fica com um gostinho (retorce a boca) então salgano ela eu ponho pra secar fica melhor [...] pinga é bom porque a gente gosta de bebe um golinho pra abri o apetite. (José, 74 anos 20/08/2010 1ª entrevista)

[...] a gordura é mais forte, ela sustenta mais, a comida no óleo é fraca (pausa e retorce a boca) a gente tem que comer mais! Lá (cidade onde morava) a gente só comia na gordura, depois aqui eles começaram a colocar obstáque na gordura, então a gente fica pensando nisso! O povo mais velho num tinha nada! Meu pai morreu já velhinho e comia tudo na gordura de porco [...] O povo antigo num tinha essa coisa de olhar pressão não! Meu pai morreu com 104 anos, ele pegava aquelas pele de porco que ficava em cima do fogão de lenha passava na brasa, aquilo ficava até estourano (com a mão em concha ele movimenta os dedos e depois passa a mão na boca) ele comia com farinha e feijão pagão, ainda bebia uns gole, e num teve nada! nada dessa vida! (Isadora, 74 anos, 09/06/2010, 2ª entrevista)

[] ele, (refere ao esposo) num controla nem o bucho dele! ah! (o esposo responde) Isso eu num faço não, se é coisa boa a gente tem que comer. O dia que eu vou lá receber eu já passo lá no mercado e num aguento vê aquelas carne bonita, aí eu compro. Você sabe, ontem o meu filho chegou aqui com a cabeça de porco e colocou lá no fogão de lenha pra cozinhar. Aquilo ficou a tarde inteira só assim blo...blo...blo....depois colocou uma mandioca junto. Aquilo ficou até amarelinho por riba. Aí chegou de tarde, ele falou assim pra mim: isso o senhor num pode comer não! (entonação forte de voz), aí eu enfezei e comi. Num faz mal não (sorri)! meu pai morreu com 108 anos e só comia assim. (João, 79 anos, e esposa, 09/06/2010, 3ª entrevista)

Percebemos que os costumes tradicionais da culinária mineira ainda estão arraigados entre os informantes, sobretudo quanto ao consumo da carne e da gordura de porco, da substituição da carne pelo torresmo e pelos métodos de conservação dos alimentos, mesmo diante da era tecnológica. Eles relatavam que seus antepassados salgavam a carne e depois a colocavam dependurada em varal sobre o fogão de lenha ou colocavam a carne de porco, previamente cozida em latas, imersas em gordura de porco. Esses métodos garantiam a sua conservação por muitos meses.

A nosso ver, a carne e a gordura de porco constituem símbolos poderosos de identidade local e regional, entre outros, enraizados entre os informantes, razão pela qual se torna difícil a mudança do hábito alimentar.

Outras razões para não a adesão pautam-se no fato de que esse modo de fazer e de comer é de seus antepassados e eles morreram por outras causas e não em decorrência da alimentação; por acreditar que apenas a tomada de medicamentos e/ou remédios é suficiente para remissão dos sintomas e da sensação de bem-estar, além do que os benefícios advindos das mudanças drásticas dos hábitos de vida não são vistos como suficientes para justificar o impacto negativo em suas vidas.

O impacto negativo resultante das mudanças comportamentais também foi encontrado no estudo de Ogedegbe et al.(2004).

O consumo de alimentos funciona como um mecanismo central de mediação e de objetivação, tal qual qualquer outro aspecto da cultura material de uma sociedade, por meio da qual nós construímos e reproduzimos as relações sociais, os valores, as identidades e as cosmologias (KEATING, 2000; RENNE, 2007).

Assim, o ato de alimentar-se é mediado por regras e essas estão intimamente relacionadas às diversas formas de saber. Por meio da comida, as sociedades constroem representações sobre si próprias, definindo sua identidade em relação às outras, das quais se diferenciam nos seus hábitos alimentares, que constituem elementos significativos para se pensar a identidade social de seus consumidores (ROMANELLI, 2006).

O significado simbólico associado aos tipos de alimentos consumidos e sua ligação com a cultura provê aos atores sociais estabelecer um sistema classificatório e valorativo daqueles alimentos considerados comestíveis ou não; define as técnicas e ambientes onde o alimento poderá ser encontrado; classifica; organiza e valora os alimentos em vários tipos de comida, tais como: “boa”, “fraca”, “forte”, “leve” (CAMPOS, 1982).

Essa lógica classificatória não se funda no valor nutriente dos alimentos, mas no fato de que os alimentos “fortes” proporcionam a sensação de repleção, pois são gordurosos ou

preparados com gordura animal e demoram a ser digeridos, dando a sensação de “barriga cheia” (ZALUAR, 1982).

Loyola (1984) descreve alimentos “fortes” como aqueles que sustentam, isto é, além de nutritivos, mantêm no organismo uma sensação de plenitude, transmitindo um significado de força.

Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006) revelaram que os alimentos consumidos antigamente eram mais adequados para a manutenção da saúde e para a prevenção de doenças, ressaltando duas características principais: eram mais fortes e mais naturais. A alimentação à moda antiga, baseada na carne e na gordura de porco, levava ao fortalecimento do homem.

Concepção similar foi encontrada entre os informantes, pois, para eles, alimentos fortes são aqueles preparados na gordura de porco, e por serem fortes os tornam mais saciados e fortalecidos.

Constatamos também, de acordo com a classificação dos alimentos proposta por Helman (2009), a presença dos alimentos usados como remédio (alho, maracujá, limão, chuchu); alimento versus não alimento (consumo de carne de veado e capivara); alimentos sociais (padronização cultural do consumo do sal, da carne e gordura de porco e almoço festivo); alimentos sagrados (peixe com escama, carne bovina); alimentos profanos (carne de porco, café) e o alimento social relacionado ao almoço festivo em comemoração ao dia do idoso, por expressar um valor simbólico. Esse evento reafirmou os valores culturais da “boa culinária mineira”, tendo no seu cardápio o tutu de feijão e a carne de porco.

Apreendemos que a cultura exerce influência na alimentação no que diz respeito à proporção do corpo para a quantidade de alimento, conforme evidenciamos na fala de Maria de Fátima.

[...] com este corpão que eu tenho, só aquele pouquinho de comida que ela passou na dieta num sustenta não! (Maria de Fátima, 55 anos, 5/10/2010, 6ª entrevista)

Concordamos com Romanelli (2006), ao mencionar que as mudanças nos hábitos alimentares não dependem apenas do saber científico, pois eles não estão fundados tão somente na racionalidade científica. É preciso considerar os valores simbólicos e os prazeres propiciados pela comida, sejam eles, gustativos, psicológicos ou sociais, isto é, provenientes das relações criadas em torno das refeições.

As condições socioeconômicas, as ações prescritivas e as atitudes verticalizadas do profissional de saúde, aliadas à diminuição do desejo da pessoa em se cuidar, corroboram para a não adesão ao tratamento como podemos observar nos depoimentos.

[...] a nutricionista passou o regime, mais fica muito caro! O leite desnatado é muito caro[...] o leiteiro falou assim pra mim: você coloca água no leite que fica igualzinho ao desnatado, aí eu faço assim, mas as outras coisas que ela passou na lista num dá pra seguir não. (Leonice, 30 anos, 14/06/2010, 2ª entrevista)

As dificuldades na adesão ao tratamento também se relacionam às práticas de atividades físicas:

[...] ah! eu parei um pouco de caminhar, também a quantidade de remédio que eu estou tomando também. (Vinícius, 55 anos, 15/12/2010, 7ª entrevista)

[...] eu comecei a caminhar, fui só uns dois dias (pausa), mais a gente fica pensando, o que que o povo num vai falar da gente vendo a gente à toa na rua! (Maria de Fátima, 55 anos, 18/05/2010, 3ª entrevista)

[...] a gente faz caminhada 3ª e 5ª feira das 7 às 8h30 minutos com a fisioterapeuta lá em cima, (distante 400 m da Unidade de Saúde), mais pode contar quantos vão fazer (gesticula com a cabeça em sinal negativo), é pouco! Daqui do bairro, num vai ninguém! Tem aferição de pressão e alongamento, e aí eles num vão também. Antes, a caminhada era aqui pertinho e nem assim não ia ninguém daqui. (ACS3)

As dificuldades em participar coletivamente de atividades físicas propostas pela ESF tais como a caminhada, podem estar associadas ao controle social e aos sentimentos de estigma e às experiências de exclusão que permeiam a vida dos informantes.

Quando investigados sobre as possíveis razões para a não participação, eles alegam a distância, a labuta de casa, o cansaço e por não gostar de participar de atividades em coletividade.

As ACS nos relataram que já experimentaram a mudança de local e de horário e, mesmo assim, nunca houve a participação de usuários da área.

O bairro, além de não oferecer espaços públicos para a prática de atividades físicas, sua topografia dificulta o acesso ao local onde é desenvolvido o programa de atividades físicas, principalmente, ao considerar a idade média de 60 anos dos informantes.

Silva e Souza (2010) ressaltam que a forma como se organiza um grupo de caminhadas para pessoas com HAS e sua respectiva distribuição de funções (coordenador, prescritor e os participantes) pode facilitar ou dificultar a aderência a essa prática.

As autoras ainda ressaltam que a prática de caminhada de forma supervisionada gera um controle social que, por vezes, espera do indivíduo um autocontrole que ele não é capaz de ter, devido as suas condições concretas de vida e à forma de organização dos serviços de saúde.

Muitas vezes, as pessoas que não se engajam nessas atividades são “culpabilizados”, como se o problema fosse apenas delas (BAGRICHEVSKY et al., 2006; CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006), desconsiderando as questões sistêmicas e multidimensionais envolvidas no processo saúde-doença.

Faz-se necessário compreender que a prática de atividades físicas, assim como outras formas de tratamento para HAS, é construída a partir dos contextos histórico, social e cultural e determinam o modo de agir das pessoas.

Ao analisar a fala de Maria de Fátima *o que o povo num vai falar da gente, vindo a gente à toa*, entendemos que o controle social atua de forma a reprovar a participação da mulher fora do âmbito domiciliar, principalmente em atividades físicas. Ainda, para muitas sociedades, o espaço da mulher é em casa cuidando dos afazeres para o bem-estar da família.

Nesse contexto, resgatamos Elias (1993; 1994), ao enfatizar a necessidade de transcender visões reducionistas e considerar o homem tanto em suas dimensões individuais quanto coletivas, lembrando sempre que ele pensa e age de acordo com padrões de conduta estabelecidos pela teia de interdependência da qual é parte, onde ocorrem transformações feitas por ele próprio, de acordo com seu processo de desenvolvimento individual e coletivo.

A justificativa de Vinícius para o abandono da atividade física também nos chama a atenção. O fato de fazer uso dos medicamentos e dos remédios se sente tratado para o *problema de nervoso*, razão pela qual não há necessidade de outras formas de tratamento.

Estudos de Favoreto e Cabral (2009), Fongwa et al.(2008) e Middleton (2009) também encontraram maior dificuldade na adesão em relação à incorporação de hábitos de vida que favorecem a prevenção de novos agravos e a promoção da saúde.

Serour et al. (2007) encontraram como principais barreiras para adesão a falta de vontade de aderir a uma dieta diferente da do resto da família, a alta frequência dos eventos sociais, a falta de tempo, o estresse e as doenças coexistentes.

Constatamos que todos os informantes apresentavam dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico, seja esse em relação aos hábitos alimentares, ao consumo de bebidas alcoólicas, ao hábito tabáquico como também em relação à incorporação de atividades físicas no cotidiano.

Ao final de 2010, verificamos que algumas iniciativas foram tomadas pela ESF, dentre essas, o grupo da nutrição “Perda de peso entre amigos” coordenado pela nutricionista, Grupo “Equilíbrio” desenvolvido pela fonaudióloga e o grupo “Atividades físicas para terceira idade”, por acadêmicos do curso de fisioterapia.

Essas atividades foram divulgadas na comunidade por meio das ACS e de cartazes afixados na Unidade de Saúde. Ao final de fevereiro, quatro informantes, Maria de Fátima, Vinícius, Cleonice e Maria Augusta se inseriram nesses grupos.

Maria de Fátima tecia os comentários sobre sua participação no grupo:

[...] eu fui lá uma vez, é na sexta-feira é das 3 às 4 horas da tarde, é pra perder peso. Mas se sabe que está até engraçado (dá risada) cada um fala porque estava ali e o que cada um espera. Eu falei que queria vestir as minhas roupas, que meu guarda-roupa estava cheio de roupa e num serve, e é mesmo (aponta para o quarto). Eu estou com uma quantidade de roupa e nada serve! Outras lá, fala que é por causa do nervoso que come demais. Aí a doutora (nutricionista) passou um regime, taí pra mim fazer, vamos ver se dessa vez eu faço (Maria de Fátima, 55 anos, 08/03/2011, 10ª entrevista)

Na concepção de Maria Augusta, participante do Grupo de Equilíbrio:

[...] eu estou fazendo, eu fui lá só uma vez, é pra essa tontura, vamos ver se melhora, eu faço na 5ª feira, às 7 horas. Vem cá para mim mostrar o papel que ela deu [...] eu fui lá só uma vez. Olha aqui pra a senhora vê os exercícios. (Em uma folha de papel branco estão digitados exercícios para a fase A, B e C. Os exercícios da fase A e B estão sublinhados com marca-texto verde). Ela deu só esses dois primeiro, a semana que vem ela vai fazer esse da letra C. Vamos ver, mas a tontura continua! (faz movimentos circulares com o dedo próximo à cabeça). Eu estou tomando por minha conta o vertex, parece que melhorou um pouco! Agora na próxima 5ª feira eu vou lá de novo, vamo ver se melhora. (Maria Augusta, 60 anos, 08/03/2011, 6ª entrevista)

Em uma das sextas-feiras, dia agendado para o encontro do grupo de atividades físicas e Nutrição, fui à Unidade observar o desenvolvimento dessas atividades. Ao chegar, encontrei Vinícius e a esposa para uma das sessões do Grupo de Atividades Físicas. Ele comenta:

[...] eu vim hoje fazer um pouco de exercício, eu estou com uma dor danada neste ombro aqui (coloca a mão no ombro direito e enrugando a testa) mais está sendo muito bom, eu estou gostando (sorri). Hoje é o segundo dia que eu estou vindo, é bom! Eu também estou caminhando, todo dia cedo. Agora esses homens daqui! (sorri, olha de lado e dá uma pausa) está tudo ruim! Só eu de homem no meio dessa mulherada, você já pensou! Mais aqui eu vou te contar uma coisa, a semana passada eu fiquei muito nervoso aqui, mais com razão, você sabe que eles colocaram os colchões pra nós fazer os exercícios e eles estavam assim oh! (mostra com os dedos polegar e indicador a altura de cerca de 2 cm) de mofo, aquilo tava até branco em cima e mandaram a gente deitar naquilo, mais aí eu fiquei nervoso com aquilo e aí falei mesmo, cambada de gente à toa! Por que num limparos esses colchão, o que vocês tão

fazendo, eu falei mesmo! Eu num deito nisso de jeito nenhum! Eu tenho esse problema de bronquite, mais falei mesmo, o que que é isso! Aí, deram uns papel com álcool pra passar nos colchão, aí o papel foi esfarelado e eu acho que até fico pior, se sabe até o professor ficou sem voz com aquilo. Esses colchão é tudo encapado de plástico, num era pra jogar uma água com Kboa e lavar? Com esse sol que está quente, num instantinho está tudo seco! Mais não... Hoje eu até trouxe um lençol. Mais você num acha que eu estou certo! Concordo com ele a responsabilidade da Unidade no planejamento das atividades.

Ao término da nossa conversa, avistei ao fundo do corredor externo da Unidade um grupo de pessoas. Uma das ACS me diz que é o grupo da nutrição e que esse grupo estava bombando na área. Fui até lá, era o grupo da nutrição. Em um corredor estreito, descoberto, no fundo da Unidade estavam reunidas 14 mulheres, 3 ACS e a nutricionista. Maria de Fátima, que na semana passada tinha participado do grupo, não está presente. As mulheres ao que me parece numa faixa etária de 30 a 60 anos e duas ACS estão sentadas em cadeiras, em forma de semicírculo, a nutricionista está de pé no centro e uma das ACS está de pé recostada na parede. Aproximei-me do grupo e fiquei de pé também recostada na parede, não havia mais cadeiras. O calor está intenso, o sol incide sobre a parede do corredor, as pessoas com uma folha de papel ou com uma carteirinha de papel branco abanam o rosto, prendem os cabelos e dobram as calças.

A nutricionista inicia com a pergunta: *Todas foram pesadas?* Todas afirmaram ter sido pesadas. *E aí, perderam peso ou mantiveram no peso?* Umas respondem que perderam peso, outras que mantiveram seu peso. *O que foi mais difícil na semana?* pergunta a nutricionista. Umas mencionaram que era não comer doce, outras que é a quantidade de comida, outra menciona que é ficar sem fritura, outra diz, *você sabe! Esses dias eu fui na padaria e o pão estava quentinho, a hora que eu cheguei eu falei, mas num vai dá pra comer só um pedacinho não, aí eu saí da linha mesmo, comi bastante.* Uma participante pergunta: *Mas doutora, como é que faz, a gente vai numa festa e a coisa melhor do mundo é aquele bolo de aniversário e a gente não poder comer! Não gente! Eu não disse que não pode comer, eu disse que é só para experimentar. Quando a gente vai numa festa não é comer, comer... é só para experimentar. Mas doce o que a gente puder evitar é melhor. Vocês estão usando açúcar?* Uma responde: *eu estou só no café, outra só no suco. Mas açúcar a gente deve evitar o máximo. É preferível tomar suco natural sem açúcar.* Uma das participantes pergunta: *E refrigerante diet, pode tomar a vontade? Não!* (entonação forte de voz) *nada é à vontade, nem os diet. Ao invés de tomar refrigerante diet tome suco natural, é melhor.*

As atividades do grupo transcorreram por um período de 60 minutos com perguntas e respostas e reforço para a continuidade do regime dietético. O encerramento se deu quando muitas se levantaram e pediram licença, pois tinham compromissos. Restaram apenas duas participantes. A nutricionista reforçou a necessidade do cumprimento das orientações para perder peso e a assiduidade nos encontros semanais.

O acadêmico da fisioterapia logo vai ocupando o mesmo espaço. Ele traz os colchonetes recobertos de plástico azul escuro e os distribui no chão. Passa perto de Vinícius e fala: *Hoje eles estão limpinhos! Foram lavados e ficaram no sol. Vinícius responde: Ah! então está bom, eu até trouxe um lençol.* Vinícius se aproxima de mim e diz: *você sabe a semana passada eu falei e falei mesmo, se você visse a sujeira que estava esses colchões, estavam sujos, cheirando mofo, estavam fedendo, eu falei mesmo! Falei o que eles estavam fazendo que num podia ter limpado esses colchões, falei mesmo...fica tudo aí à toa, estava uma imundice.* O coordenador do grupo, aluno de fisioterapia, distribui lençol para todos, lençol branco e limpo. Cada um estende o lençol no colchão. O grupo está constituído por 12 participantes. Todos deitam no colchão. O coordenador se posiciona de frente ao grupo para o início das atividades. Ele é atencioso, fala devagar, observa atentamente os movimentos, levanta e vai até cada participante corrigir posições que porventura não estejam adequadas. Ele orienta e faz os exercícios de alongamento, de flexão. As atividades físicas duram 60 minutos. Ao final da sessão, ele ressalta que depois de todo exercício é bom fazer o relaxamento. Ele pede para todos deitar relaxadamente, com os braços entreabertos e fechar os olhos. Ele inicia dizendo: *Imagine que você está em uma praia, está pisando em uma areia bem fininha, depois você vai para uma rede, essa rede balança, com o vento, sente o vento batendo no seu rosto [...]* ao final da sessão, uns mencionam: *Nossa, eu estava em outro lugar!* Vinícius levanta, espreguiça e vai ao meu encontro e diz: *Eu estive num lugar tão bonito agora! um marzão azulzinho, numa praia, mas que delícia!* Todos se levantam, um ajuda o outro, porque a maioria são pessoas idosas, sorriem e comentam com o coordenador que foi muito bom. O coordenador reforça o próximo encontro e logo retira os lençóis, empilha os colchões e os leva para uma sala próxima ao corredor (Diário de campo, em 2/3/2011).

Retornei à Unidade na semana seguinte para observar não apenas a reunião dos grupos de atividade física e nutrição, mas, sobretudo, a adesão dos informantes às atividades. Não encontrei Maria de Fátima nem Vinícius e Cleonice chegou ao término das atividades.

Em um dos nossos reencontros com Maria de Fátima, investiguei-a sobre sua participação no grupo e ela diz:

[...] ah! eu parei, num gostei não, eu vi que num ia dá certo (pausa) muito parado, também a lista que eles dão pra gente fica muito cara, e também é pra come naqueles horário, ah...eu que num tenho tempo disso não, fica olhando as horas pra comer, eu também estava sentindo que eu estava ficando fraca com aquele regime, ah não! deixa eu ficar com essas gordurinha mesmo, (com as mãos faz uma prega com a gordura abdominal) eu estando assim, eu estou sentindo melhor, mais disposta pra fazer as coisas. Eu parei de ir lá. (Maria de Fátima, 55 anos, 26/04/2011, 11ª entrevista)

Durante meu percurso pelo bairro, encontrei Vinícius na porta de sua casa. Ele vem ao meu encontro, cumprimenta e refere que está supervisionando o pedreiro na reforma de sua casa. Pergunto se ele tem participado do grupo de atividades físicas, ele gesticula rapidamente com a cabeça em sinal de negação, enruga a testa e diz com entonação forte de voz: *Não! eu parei com aquilo lá, aqueles colchão me fizeram mal, por causa desse problema que eu tenho de pulmão, eu fiquei ruim demais, eu num sei se atacou alergia, mais me deu uma tosse, uma coisa ruim. Eu falei é aquilo lá é aquele mofo. Não, a gente vai procurar essas coisas pra melhora a saúde, num é pra fica doente não! Eu falei é melhor eu fazer a minha caminhada mesmo, agora estou fazendo, todo dia cedo, eu vou de carro até ali na pista (aponta com o indicador a pista de caminhada pública que está cerca de 1 km de sua casa, mas tem um grande aclave para chegar até a pista). E (filha) e M (esposa) vêm ao nosso encontro e M reforça o dano causado pelo mofo ao mencionar: *[...] ele passou muito mal depois que ele deitou naquele colchão, ele teve muita tosse e falta de ar. Você sabe! o pai ficou roxinho no colchão por causa daquele mofo. E ele reforça, eu num posso com essas coisas não! Você sabe que aqui em casa tinha uma cortina, e aquilo estava limpo mais segurava uma poeira danada, ai eu falei: ranca isso daí porque está me fazendo mal!* (Vinícius, esposa e filha, em 30/04/2011, grifo nosso)*

Em nosso encontro, ele retoma a situação vivenciada com o contato com mofo e diz que de lá para cá, tem passado mal, com dificuldade respiratória e mobilidade física prejudicada em decorrência da fraqueza muscular, e diz que hoje está um pouco melhor. (Diário de campo, em 02/07/2011).

Cleonice justifica seu abandono ao grupo de atividades físicas:

[...] eu parei de ir lá, nossa me deu uma dor no corpo que precisou até beber remédio, é muita dor nos braços nas pernas, eu num podia nem mexer, e também com esse coração desse jeito, está disparado (coloca a mão trêmula sobre o tórax) eu num fui mais não! (Cleonice, 58 anos, 05/08/2011, 19ª entrevista)

Maria Augusta, dentre os demais participantes, foi a única que tem frequentado o grupo com assiduidade e justifica a sua participação:

[...] eu estou indo, a tontura num melhorou não, mas você sabe eu vou, até que eu estou gostando (sorri) é bom, a gente chega lá, conversa com um, conversa com outro, é uma coisa pra gente fazer, saber que naquele dia a gente tem que levanta pra ir lá é bom, é uma coisa pra gente fazer. (Maria Augusta, 60 anos, 01/07/2011, 9ª entrevista).

Com o passar do tempo, ao investigar sua assiduidade no grupo ela se justifica

[...] ah! Eu num tenho ido mais não! falaram que ela estava de licença e a hora que começasse de novo, eles vinham me avisar, mais até agora não vieram, é porque num está tendo mais, num é mesmo? (Maria Augusta, 60 anos, 08/09/2011, 11ª entrevista)

Diante das justificativas que emanaram dos depoimentos, constatamos as dificuldades nas mudanças comportamentais e a construção social e cultural dos hábitos de vida, o que nos permite compreender a complexidade do processo de adesão ao tratamento.

Por outro lado, o grupo tem exercido influência positiva não no alívio das manifestações, mas na possibilidade de ampliar sua rede social.

Apreendemos que a dinâmica proposta para as atividades do grupo, as prescrições da nutricionista sem levar em consideração as condições econômicas, a falta de planejamento e organização do serviço para a implementação das atividades e a falta de desejo de alguns participantes para mudança de comportamento, constituíram os principais motivos para o abandono das atividades.

A implementação de estratégias com vistas a mudanças comportamentais para hábitos de vida saudáveis requer a compreensão do modo de pensar e agir das pessoas e investimentos incansáveis dos profissionais de saúde. Esses devem propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social (MACHADO et al., 2007).

Ainda nos deparamos com uma realidade de encontros e desencontros entre o trabalhador em saúde e o usuário, de forma que o trabalhador de saúde expressa sua orientação que pensa ser a mais correta e adequada e, por sua vez, o usuário pode decidir “não cumprir a orientação”, em função da compreensão dos limites das possibilidades de sua vida, mas principalmente, porque a relação de atendimento não se abriu para o encontro de duas pessoas, humanas, vivas, com sofrimento e aflições (MISHIMA et al., 2003).

Geralmente, no processo de interação entre profissional de saúde e a pessoa com HAS, têm-se adotado as ações prescritivas, as quais privilegiam a dimensão biológica em

detrimento às dimensões psicossociais e culturais e as relações assimétricas, o que dificulta para pessoa entenderem as orientações e exporem seu modo de pensar e agir.

É preciso superar o caráter doutrinário dos processos educativos, pois a doutrinação destrói as atividades de compreensão (SOUZA; CAMPOS, 2010). Deve agir diante da pessoa com HAS como um agente facilitador, oferecendo-lhe elementos para que ela própria decida qual o melhor caminho a seguir, estabelecer como eixo de suas ações, a comunicação horizontal e o diálogo entre os saberes, pois eles complementam, e reconhecer que o aprendizado é gradual e leva tempo para ser internalizado e sedimentado. Deve-se, ainda, respeitar o outro na sua alteridade e estimular a participação ativa do adoecido no tratamento com vistas ao empoderamento e à ressignificação do cuidado a saúde. A interação prolongada e as relações de confiança que se estabelecem entre o profissional e o usuário são de fundamental importância para compreender a experiência da pessoa com o adoecimento e as razões pelas quais não adere ao tratamento.

Do contrário, apenas encontros ocasionais podem levar os trabalhadores em saúde a dificuldades na compreensão na adesão da pessoa ao tratamento.

Neste aspecto, cabe destacar a avaliação em um dos prontuários dos informantes: *constatou que a paciente tomava os remédios na hora indicada [...] a alimentação relatada por ela está nos moldes do indicado pelo sistema de saúde* (relatório em 13/05/2010, grifo nosso). Quatro meses após, a seguinte avaliação: *não adere ao tratamento e má alimentação*. (Diário de campo, em 12/08/2011).

Os dados refletem a dificuldade que os profissionais de saúde têm no acompanhamento e na avaliação da adesão ao tratamento, pois em tão curto espaço de tempo o que fez essa informante mudar de forma radical seu comportamento? Para compreender o processo de adesão ao tratamento, faz-se necessária a interação prolongada, o diálogo, a conversa qualificada, o que propicia o estabelecimento de vínculo e o fortalecimento dos laços de confiança.

Esse olhar para a educação em saúde requer que a prática educativa vise ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional, mas, sobretudo, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Assim, como diz Wellington: *[...] se colocar barreira e impedir o ritmo normal da vida, fica muito mais difícil a adesão! Não se aceita uma coisa imposta, falta orientação e conscientização!*

Percebemos que as barreiras para a adesão foram superadas pela maneira como ele faz a vida acontecer com o adoecimento.

Outros informantes, além de Wellington, também superaram os limites de negação do processo de adoecimento, expressaram aspectos positivos relacionados à tolerância, à aceitação e foram capazes de ressignificar o cuidado com a saúde, como podemos constatar.

[...] o hipertenso tem que aceitar o problema para cuidar. O problema é que ele não aceita! [...] às vezes falta (medicação) (lateraliza a cabeça e movimenta em sinal afirmativo), aí, quando falta, a gente compra, porque num pode ficar sem não, porque a pressão num esperá não, ela vai embora (olha para o teto e sorri) o que faz ela parar é o remédio. (José Antônio, 58 anos, 28/06/2010, 2ª entrevista)

[...] não é nada preocupante controlar a pressão! Nada custa para gente tomar um comprimidinho cedo e a noite, bebe até sem água, ele é sem cor, sem sabor, então não vejo dificuldade. Acho até que o tratamento da hipertensão é tão carinhoso e até permite abuso, pode tomar o remédio com a cervejinha, outros não, não pode nada [...] pois acho que a pior coisa é sentir-se limitado. Basta falar para um jovem de 30 ou 40 anos que ele não pode beber nem uma cervejinha, nem ir para o churrasco [...] ele não adere mesmo a nenhum tratamento! (entonação forte de voz) eu sei disso, vejo meus colegas. Eu sou bastante social, embalado na cervejinha, pouca, é claro (fala de forma suave). (Wellington, 54 anos, 21/05/2010, 2ª entrevista)

Para vencer as barreiras relacionadas à adesão ao tratamento, as pessoas com HAS utilizavam diferentes recursos, dentre os quais, o uso de medicação para a memória; guardar as medicações em local visível; reduzir o consumo de café para fumar menos; e, entre os analfabetos, guardar as medicações em recipientes coloridos e relacionar as cores ao período do dia, como podemos observar nos depoimentos.

[...] por causa dessa cabeça ruim de esquecer de tomar os remédios, eu pedi pra médica passar um remédio pra mim lembrar das coisas, aí ela passou Ginko Piloba. Depois que eu comecei a tomar eu estou sentindo melhor, estou menos esquecida. (Gerusa, 60 anos, 04/08/2010, 1ª entrevista)

[...] com o pessoal meu lá, eles tinham dificuldade para tomar os medicamentos certo e como tomar. Os estagiários da farmácia colocaram as medicações em tuperware de cor diferente conforme o período do dia para tomar os remédios, além de desenhar sol e lua, manhã [...]e você num tem ideia como melhorou, isso melhorou muito, hoje eu num tenho dificuldade, eles tomam direitinho, porque antes sobrava muita medicação, mesmo em saquinho separado. Eu fico orgulhosa com isso! (ACS2)

Percebemos que o processo de aceitação da doença é algo difícil e complexo, contudo constatamos a superação das dificuldades e, conseqüentemente, melhorias na adesão ao tratamento.

Para que as pessoas possam cuidar melhor de si, é preciso conhecer o seu modo de pensar e o contexto social e cultural no qual elas se inserem, de forma a adotar abordagens não coercitivas e estratégias que possam ser incorporadas no seu cotidiano de vida.

No decorrer deste estudo, por meio de convivência prolongada com os informantes, obtivemos várias experiências exitosas de adesão ao tratamento. Dentre os casos, estão os de Cleonice, João, Mateus e Isadora. Uma dessas experiências merece ser compartilhada.

Ao iniciar a coleta de dados, nos deparamos com Isadora analfabeta para leitura e escrita, com HAS, hipercolesterolemia, Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada, Hipotireoidismo e Diabetes Mellitus com complicações podológicas, sendo que a lesão na região do calcâneo encontrava-se com secreção purulenta de odor fétido. Para essas condições, foram-lhe prescritos seis medicamentos a serem tomados diariamente nos três períodos do dia. Constatamos que certos depoimentos, relacionados à adesão ao tratamento, eram contraditórios, pela avaliação quantitativa da medicação, pelas reinternações frequentes, pelas elevadas taxas de glicemia e pelas alterações nos valores da pressão arterial e pela presença de manifestações. Apresentava dificuldades no autocuidado e tecia críticas ao modo de ser cuidada pelos profissionais de saúde. No que se refere ao tratamento farmacológico, constatamos a similitude entre as embalagens do Carvedilat® e da Arcabose®, as crenças relacionadas ao fato de que o hipotensor estava lhe causando problema de pulmão, e a falta de credibilidade nas medicações distribuídas pelo SUS, sendo que todas as medicações em uso eram adquiridas por conta própria.

Ao estabelecermos acompanhamento semanal, percebemos que as recidivas de descompensação cardíaca e a instabilidade dos níveis pressóricos e glicêmicos, que motivaram reinternações repetitivas, poderiam estar relacionadas, dentre outros fatores, ao uso inadequado das medicações e ao quadro infeccioso. Adotamos como estratégia para facilitar a tomada de medicações um gabinete de plástico com gavetas coloridas nas tonalidades, cinza, branco e preto, onde foram distribuídas, na sequência de cores, as medicações para o período da manhã, tarde e noite.

Quanto aos possíveis efeitos adversos da medicação, buscamos no decorrer de nossos encontros discutir situações relacionadas à tuberculose, ao momento para explicar o processo de transmissão da doença, e orientamos, caso o efeito adverso manifestado pela Atensina® persistisse, deveria ser contactado o médico para substituição da medicação. Contudo, Isadora se mostrava resistente, dizia que ia tentar mais uma vez tomar a medicação. Diante desse contexto, nossa preocupação já não era apenas a adesão ao tratamento medicamentoso, mas a busca por estratégias que poderiam motivá-la ao tratamento da lesão, pois os cuidados

domiciliares, o curativo no pé, realizados pela equipe da Unidade, não eram suficientes para a cicatrização da lesão.

Ela se mostrava irredutível quanto à busca pelo tratamento médico, alegava sua autossuficiência para o cuidado e dizia que todas as pessoas que havia conhecido com o mesmo problema tiveram sua perna amputada ao buscar pelo tratamento médico. Fazia às escondidas da equipe de saúde o banho na lesão com barbatimão e o benzimento, o que só nos foi confidenciado com o passar dos dias. Por várias vezes, a situação evidenciada constituiu motivo de nossos encontros com a equipe e a busca por estratégias para a mudança de comportamento, sendo que a família também foi convocada pela equipe para tomar conhecimento da gravidade e ajudar na mudança de comportamento.

Estabelecemos encontros semanais nos quais priorizamos a relação dialógica, buscando apreender o seu conhecimento, suas crenças e atitudes e negociar os cuidados.

No decorrer de cinco meses, evidenciamos melhoria gradativa na adesão, inclusive com a medicação que supostamente lhe causara tosse, níveis pressóricos próximos aos padrões de normalidade, sem sinais evidentes de descompensação cardíaca e a mudança de comportamento evidenciada pela busca de tratamento para a lesão no pé, sendo submetida a desbridamento cirúrgico com remoção parcial do tendão de Aquiles.

Buscamos em Vygotski fundamento para compreender tal atitude, ao enfatizar que a mediação entre o sujeito e o objeto do conhecimento se faz pela linguagem, o que permite socializar conhecimentos entre outros e organizá-lo para si próprio. Esses, por sua vez transformam-se no decorrer do tempo, o que possibilita ao Homem a capacidade de ressignificação (VYGOTSKI, 1993).

O processo mediado pela linguagem desencadeia a interiorização do construído bem como a exteriorização, por meio das palavras, das ações e das mudanças de comportamento (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

A construção do pensamento e da linguagem e todos os processos neles relacionados envolvem não só o desenvolvimento do aspecto cognitivo, mas também o afetivo-emocional, gerados pelos desejos e pelas necessidades.

De acordo com esses princípios, acreditamos que a interação prolongada, as conversações dialógicas, o vínculo e o uso de instrumento (gaveteiro) foram fundamentais para a ressignificação do cuidado com a saúde.

Destacamos o papel fundamental dos profissionais de saúde e das ACS na implementação de estratégias com vistas a facilitar o processo de adesão, no incentivo à participação da família no tratamento, no acompanhamento do tratamento e na criação de

vínculo com o usuário, o que lhes permitia expor suas dificuldades para a adesão ao tratamento, além de constituir o elo entre o usuário e o serviço de saúde.

O pensamento positivo foi a principal estratégia para a aderência à medicação utilizada no estudo de Boutin-Foster et al.(2009).

A literatura tem-nos apresentado que a aquisição de conhecimentos sobre a HAS pela pessoa e o suporte oferecido pela rede social têm constituído importantes facilitadores para a adesão ao tratamento.

No tocante ao conhecimento, estudos têm demonstrado que a educação do pessoa sobre sua saúde e as consequências da HAS, constituem o caminho para otimizar o tratamento e melhorar o controle da HAS, como argumentam Lima et al. (2010), Roumie, Elasy e Greevy (2006), Safeer, Cooke e Keenan (2006), dentre outros. A justificativa pauta-se no princípio de que o compromisso é o resultado do conhecimento e do nível de informação que a pessoa tem sobre sua doença e sobre seu tratamento.

A educação em saúde surge como mediadora na adesão do adoecido à terapêutica, pois esta se constitui em uma opção política centrada na participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, mediante reflexão/ação/reflexão, na qual sujeito e comunidade constroem a própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor (WENDHAUSEN, 2001).

Reconhecemos que embora o conhecimento seja um pré-requisito, ele sozinho, não assegura que as pessoas implementem cuidados efetivos para o controle dos níveis pressóricos e adesão ao tratamento.

Concordamos com Snoek (2002), ao mencionar que o conhecimento transmitido pelos profissionais de saúde nunca será a experiência adquirida pelos próprios adoecidos, mas sim, o conhecimento de experiência transmitida. Assim, os trabalhadores em saúde devem buscar implementar estratégias que propiciem, além de conhecimento, o compartilhamento de experiências entre as pessoas com HAS.

O adoecimento faz com a pessoa busque por diferentes estratégias de enfrentamento para superar as adversidades ocasionadas pela doença e pelo tratamento. Essa busca deve-se ao fato de que a doença constitui um dano à totalidade da existência, pois não é a pressão arterial que incomoda, é a totalidade da pessoa que sofre (BOFF, 2004).

O enfrentamento é apreendido e compartilhado na vida social e tem a função de atenuar, controlar ou mesmo extinguir das respostas emocionais o evento agressor.

Cientes de que a rede e o apoio social podem possibilitar o atendimento integral propiciando a adesão ao tratamento, buscamos atrelar o conhecimento que atenda às necessidades dos seres humanos com a HAS.

A rede social pode promover o suporte necessário para capacitar as pessoas a viverem independentemente, o que pode constituir uma alternativa efetiva em termos de custos decorrentes de constantes internações e/ou necessidades de intervenções em consequência de complicações.

Para este contexto, buscamos os referenciais de Bowling (2003) e de Bullock (2004) para a definição apropriada de rede e apoio social.

Para Bullock, rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. São exemplos de rede a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar.

Rede social é, portanto, uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam por meio desses vínculos (BOWLING, 2003).

Apoio social, na concepção de Bowling, encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social, efetivamente importante para as famílias.

Constatamos que a religião, a espiritualidade e a família constituíram para os informantes, as principais fontes de suporte para o enfrentamento da vida com o adoecimento.

No tocante à religião e à espiritualidade, elas têm imensurável importância, incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis.

O aspecto religioso é um componente da cultura e deve ser entendido como um fenômeno histórico que possibilita a satisfação das necessidades que escapam do controle do ser humano, evitando sentimentos de medo do futuro (AQUINO; ZAGO, 2007).

Reconhecemos que, aos poucos, a prática de cura espiritual foi substituída pelo conhecimento científico, o que passou a valorizar muito mais as alterações biológicas como causas das doenças do que os aspectos psicológicos e espirituais.

Uma das justificativas para o abandono dessas práticas deve-se ao fato de que a cultura ocidental fragmentou o corpo em redutoras perspectivas teóricas, influenciadas pelo modelo cartesiano que fizeram aparecer diferentes ordens de realidade biológica, psíquica e social (CZERESNIA, 2007).

Geertz (2001) sempre defendeu que a religião nunca desapareceu, aliás ela deve ser revalorizada e redimensionada como componente das mudanças sociais.

Ao retomar a importância do relacionamento corpo/mente, tanto como fator preditor como para cura de doenças, conforme estudos de Levin (1994); Levin et al. (1996), despertou o interesse de outros pesquisadores, o que pode ser comprovado pela crescente produção de artigos sobre a temática, principalmente na área de saúde.

Na enfermagem, as limitações evidenciadas pelo conhecimento biomédico para interpretar o processo de adoecimento numa visão que integra as dimensões biológica, psíquica e social, e ciente da importância da religião e da espiritualidade para o processo de enfrentamento, motivaram pesquisadores da área, dentre os quais encontramos Baldacchino (2006); Hall (2006); Narayanasamy (2006); Ross (2006); Tany (2006); Wright e Leahey (2002).

Outro aspecto que deve ser considerado é que as desigualdades sociais decorrentes, principalmente do processo de modernização, fazem com que “revitalizem as magias e superstições e estimule a criatividade religiosa do povo” (PARKER, 1996, p.145).

Há de se observar que os adultos, principalmente os mais velhos tendem a ter mais interesse em perseguições espirituais e magias do que os mais jovens (MOBERG, 2001; SHEEHAN, 2001), pois a espiritualidade contribui para aumentar o bem-estar físico subjetivo (BOSWELL; KAHANA; DILWORTH-ANDERSON, 2006).

As pessoas buscam a religião por diversas razões, para minimizar o desconforto, seja ele de ordem funcional, ou principalmente existencial, sendo que estes constituem as aflições denominadas por Helman (2009) de os “males da alma”.

Aquino e Zago (2007) referem que a religião produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença.

Ao analisar diferentes produções sobre a influência da espiritualidade e da religião como suporte, constatamos que alguns autores tratam essas terminologias como similares, tais como Alves et al. (2010), enquanto Boswell, Kahana e Dilworth-Anderson (2006), Mcsherry et al. (2004) atribuem significados distintos.

Espiritualidade diz respeito à sensibilidade ou ligação a valores religiosos ou coisas do espírito em oposição a interesse material ou mundano (MERRIAM-WEBSTER'S COLLEGIATE DICTIONARY, 2008). Refere, ainda, a qualidade do que é espiritual, do que é místico e alegórico (ENCYCLOPÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL, 2000).

A espiritualidade é subjetiva, diversa e complexa e é uma orientação que produz comportamentos e sentimentos de amor, esperança e constante renovação de fé, propiciando um processo de ressignificação da vida (MCSHERRY et al., 2004).

Para Boswell, Kahana e Dilworth-Anderson (2006) espiritualidade significa a experiência transcendental por meio de paz interna, de harmonia ou de união com os outros.

Já a religião representa o caráter sagrado ou a virtude especial que se atribui a alguém ou a alguma coisa e pelo qual lhe presta reverência (MICHAELIS, 2008).

Na concepção de Boswell, Kahana e Dilworth-Anderson (2006), a religião representa a crença em uma força divina ou sobrenatural, que tem poder acima de tudo, e está ligada a uma doutrina. A religiosidade representa a adesão ao dogma religioso ou credo, a expressão das crenças morais e/ou a participação em organização ou adoração individual ou em práticas sagradas.

Geertz (1989, p.104-105) entende a religião como

[...] um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.

Para o autor, a religião é como um sistema simbólico que estrutura a experiência, pois é responsável por uma das formas de ver o mundo. A religião permite dar sentido à experiência de sofrimento e constitui uma fonte de esperança para superar a aflição.

Diferentes estudos têm revelado relação positiva entre a religião, a espiritualidade e as condições de saúde. Dentre estes, está o de Boswell, Kahana e Dilworth-Anderson (2006) que revelou melhorias no bem-estar físico, contrabalanceado os efeitos do *stress* e o de Lewis et al. (2010) que revelaram melhorias na adesão ao tratamento.

No tocante à relação entre a religião e/ou espiritualidade e a HAS, o assunto é ainda controverso. Sob uma perspectiva positiva, encontramos os estudos de Buck et al. (2009); Hixson, Gruchow e Morgan (1998); Larson et al. (1989) e de Livingston, Levine e Moore (1991).

A religião exerce influência nos comportamentos de risco que certamente atuam na redução dos níveis pressóricos, ao estabelecer restrições dietéticas, proibições ao uso do fumo e do álcool, bem como o estímulo às atividades físicas (ALVES et al., 2010).

Além disso, a participação em grupos religiosos aumenta a rede social, que propiciam às pessoas com HAS melhor enfrentamento tanto no aspecto instrumental, como no psicossocial, atuam no comportamento em saúde, no senso de coerência e na aderência à medicação (JONES, 2004).

Por outro lado, Fitchett e Powell (2009) revelaram que as experiências espirituais diárias não têm efeito protetor sobre os níveis pressóricos.

A religião inclusive pode ter seu efeito negativo, quando influencia o uso impróprio dos serviços de saúde, como fanatismo, asceticismo, mortificações e tradicionalismo opressivo (NESS, 1999).

Até então, não se sabe ao certo o mecanismo pelo qual a religião atua na cura. Sabe-se que sua função *a priori*, é promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual.

Os depoimentos desvendam que o sagrado ocupa um lugar importante nas decisões de saúde e essa relação é uma consequência da relação da doença com a dimensão social.

[...] o médico falou assim pra mim: larga o cigarro que é isso que está de matando! Aí eu cheguei aqui em casa e falei para Nossa Senhora Aparecida me ajuda a largar o cigarro, e na mesma hora eu joguei fora o canivete, a palha, o fumo e o isquero, e nunca mais coloquei aquilo na minha boca! (coloca as mãos para cima e sorri). (Pedro, 80 anos, 14/05/2010, 2ª entrevista)

[...] eu vou na igreja das Graças, eu também assisto o programa do Pai Eterno na rede vida. Eu coloco água pra benzer e depois eu ponho lá na talha, aí todo mundo bebe, é bom! Você sabe que depois que eu fui lá pra essa igreja as coisa aqui em casa melhoraro muito[...]chiiiiiii, aqui cada um estava de um jeito (pausa e coloca a mãos postas). Essa semana eu fui lá, levei o nome do M e A (filhos) pro pastor benzer, porque eu estou muito nervosa com eles. (Cleonice, 58 anos, 15/06/2010, 3ª entrevista)

[...] mas a gente tem que ter confiança, tem que esperar a graça de Deus descer para a gente cuidar da obrigação da gente. Eu tinha uma dor de cabeça danada, mais aquilo parece que ia sai a tampa da cabeça, eu ficava até com olhos inchados, andava com uma garrafa de álcool e lá dentro tinha uma raiz cheirosa, eu ainda tenho está lá em cima do guarda-roupa, eu ficava cheirando aquilo (com a mão ela fecha o punho e coloca perto do nariz e inspira fundo) até arde aqui em cima (mostra com a mão em concha a parte superior da cabeça) aquilo era a semana inteira. Aí eu falei assim: num tem jeito mais não! Aí eu fiz uma promessa. Falei assim pra N. Sra Aparecida, que eu ia dar meu cabelo pra ela pra sarar dessa dor. Aí eu fiz isso. Eu peguei lavei a minha cabeça bem lavadinha, e fui lá na M (cabelereira) e falei eu quero que você corta meu cabelo bem baixinho deixa só um toquinho assim num faz mal parecer como homem, não! Aí ela cortou, eu peguei aquele feixe de cabelo, coloquei direitinho dentro de uma sacolinha e quando eu fui lá em Aparecida eu deixei a sacola lá na sala de milagre. Você sabe que depois disso eu nunca mais tive dor de cabeça, eu nem sei mais o que que é isso! (Isadora, 74 anos, 28/03/2011, 19ª entrevista)

[...] eu apego muito a Deus! Se não fosse ele pra me ajudar eu não sei o que seria de mim. Rezo todas as noites, não sou muito de ir à missa não, mas todo dia peço para ele me ajudar a enfrentar a vida. Porque se Jesus sofreu por nós, nos também temos que sofrer. Eu tenho um oratório ali no meu quarto [...] aqui é o meu lugar (ela sorri ao apresentar o oratório, faz nome do pai e eu a acompanho). (Maria Cândida, 75 anos, 17/05/2010, 3ª entrevista)

No quarto de Maria Cândida, ao fundo, em um espaço de recuo, que seria destinado a um armário, ela colocou uma pedra de ardósia de aproximadamente um metro, sob forma de prateleira, está recoberta por um guardanapo branco com bicos de crochê, sobre este, tem uma Bíblia aberta sobre um suporte de madeira, uma vela branca, imagens de N.Sra Aparecida de cerca de 50 cm, de Jesus e de outros santos em tamanho menor que eu não sei identificar e um vidro de água benta. (Diário de campo, em 17/05/2010).

Maria Cândida ao enfatizar, *aqui é meu lugar*, remete ao espaço onde as manifestações se realizam e onde encontra consolo, forças e orientações para enfrentar os dilemas e os problemas do cotidiano.

As doenças na família de Carolyne motivaram a busca pela religião, o que lhe propiciou um ressignificado da vida.

[...] eu estou bem graças a Deus e ao Divino Pai Eterno! Você sabe que antes eu num acreditava não, mas depois com essas doenças aqui de casa é que eu peguei firme com Deus, fazendo as orações e rezando o terço, a minha vida mudou muito! Graças a Deus, todo mundo com saúde, está tudo bem. Antes eu não apegava tanto a Deus, eu procurava era só benzer, mas larguei mão disso! Agora só Deus. (Carolyne, 55 anos, 14/08/2010, 5ª entrevista)

A religião propicia ainda a ressignificação da vida ao possibilitar renovação de esperanças para a cura das doenças.

[...] mais se Deus quiser, Deus há de me ajudar que num precise tomar mais o remédio de pressão não. Eu tenho esperança que da pressão eu fico curada, eu confio muito no Divino Pai Eterno. (Carolyne, 55 anos, 28/06/2010, 4ª entrevista)

[...] esses dias pra trás me deu uma coisa ruim demais eu nem sei, parece que eu estava perdendo o fôlego, parece que queria dá uma chiadera, o coração batia tanto que até a blusa pulava (com a ponta dos dedos puxa a blusa em movimentos rápidos), parece que estava acabando o ar, aí eu sentei na cama e falei: o que que é isso agora N. Sra Aparecida! (coloca as mãos postas e dirige o olhar para cima) aí levantei tomei um copo d'água benta e aí foi melhorando. (Maria Cândida, 75 anos, 12/03/2011, 8ª entrevista)

[...] você sabe, a gente tendo fé a gente cura mesmo! Eu curei da depressão que eu tinha, eu num tomei remédio não, eu lia todo dia o Salmo 68 [...] Eu acho que a igreja é igual ao hospital. No hospital a gente num vai pra sarar? Na igreja também ela cura a gente. (Leonice, 30 anos, 29/06/2011, 10ª entrevista)

[...] o Deus é um só, é em qualquer igreja, essas doenças que num vêm de Deus ele ajuda a sarar, é bater o joelho no chão que a gente alcança graça e melhora! (Cleonice, 58 anos, 17/08/2011, 20ª entrevista)

As dimensões religiosas e espirituais mantêm-se e constituem determinantes do processo saúde doença, porque ajudam na construção de significados, influenciam a adoção de hábitos saudáveis de vida, constituem a causa e a cura das doenças.

Nesse aspecto, é de se entender que se a doença vem de Deus, é aceitável e permanente, ao passo que se não vem de Deus, ela pode curar, mas depende da graça de Deus.

Tanto pelo lado da relação corpo-mente, quanto pela perspectiva do apoio social, a busca pela espiritualidade ou pela religião parece apontar como um dos importantes itinerários. O suporte religioso ou espiritual proporciona à pessoa com HAS a revitalização de suas energias para superar os problemas decorrentes da vida com o adoecimento; contribui para mudanças de comportamento e de cuidados com a saúde; amplia a rede de suporte social e corrobora para a remissão dos sintomas do *problema do nervoso* ao proporcionar melhor bem-estar físico, subjetivo e, conseqüentemente, ameniza o dano existencial decorrente do *problema*, além de propiciar a ressignificação da vida.

Vasconcelos (2009) traz contribuições importantes nesse contexto ao enfatizar que os adoecidos, diante das condições crônicas, vivem crises subjetivas intensas e encontram força para o enfrentamento na espiritualidade, na medida em que ela lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva. É nessa elaboração subjetiva profunda que são construídos novos sentidos e significados para suas vidas, capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde.

Mesmo diante as controvérsias apresentadas sobre o efeito da religião e da espiritualidade e o desconhecimento dos possíveis mecanismos envolvidos, nos posicionamos favoráveis à motivação das pessoas para a religiosidade, respeitando as convicções de cada um, desde que elas sintam melhorias no seu processo de viver por conta da religião, pois esses benefícios favorecem o enfrentamento da vida com o adoecimento.

Acessar a dimensão religiosa e espiritual de um paciente representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e de seus valores, permitindo ao profissional de saúde atender melhor suas necessidades.

Ressaltamos a importância do preparo dos profissionais de saúde para reconhecer, ou talvez conhecer, respeitar e incentivar a espiritualidade e a religiosidade da clientela, o que propicia ofertar cuidados numa perspectiva da integralidade.

Durante nossos encontros, observamos que os quadros e as imagens de santos, principalmente de N. Sra. Aparecida, além de oratórios e Bíblias ocupavam espaços privilegiados nas residências, sendo estes, nas estantes ou fixados na parede da sala de estar,

inclusive está presente na residência de um dos evangélicos, uma vez que apenas um dos membros da família segue essa crença.

Em duas residências, além dessas imagens e quadros, está fixado na porta de entrada na parte externa, um crucifixo de madeira de aproximadamente de 40 cm. Ao serem questionados sobre a presença do símbolo, os moradores alegam que foi um pedido dos padres há mais de 40 anos, como um sinal de catolicismo, além do que lhes serve de proteção, porque *tem muita gente má que só deseja coisa ruim pra gente* (José, 74 anos, 20/08/2010, 1ª entrevista).

A devoção a N. Sra. Aparecida é quase unânime, inclusive para o terapeuta leigo. Essa devoção constitui motivo para a romaria que acontece anualmente, no mês de outubro para Aparecida do Norte.

Assistem a missas pela televisão e ouvem pelo rádio quase todos os dias pela manhã. Durante a celebração da missa do padre Marcelo e do Pai Eterno pela Rede Vida, eles colocam copo de água para benzer. A água é utilizada para tomar seus remédios e também é compartilhada com os demais membros da família para que possam ser abençoados.

Muitos têm como hábito rezar o terço pela manhã ou à noite. Isadora nos revelou que há mais de um mês não rezava o terço, porque o neto de quatro anos o teria destruído. Enquanto conversa, coloca a mão sobre o rosto e as lágrimas não podem ser contidas.

Sua expressão nos comoveu e não hesitamos. Levamos o terço no próximo encontro e, ao recebê-lo, se emocionou e colocou-o no pescoço, e sempre que possível ela o exhibe, o que reafirma a importância desse significado simbólico em sua vida. Em um dos nossos encontros, ela mostra o terço dependurado no pescoço com o crucifixo na altura do abdômen e atribui a melhora dos distúrbios intestinais, a sua devoção a N.Sra. Aparecida e ao terço na porção do corpo doente.

Cabe destacar neste contexto a influência da espiritualidade nas campanhas de prevenção e combate a HAS.

Em comemoração ao Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial, 26 de abril, conforme Lei Federal 10.439 de 2002, foi instituído como slogan para as campanhas de 2007 a 2009 o tema “Tratar a Pressão Alta é um Ato de Fé na Vida” e “Os 10 Mandamentos para prevenção e controle da pressão alta”. Esse foi um dos meios que o Ministério da Saúde e as sociedades científicas encontraram para sensibilizar a população para a adoção de hábitos saudáveis com vistas a reduzir a elevada incidência da doença.

Apreendemos na perspectiva do pastor a importância incondicional da religião e da espiritualidade para alívio do sofrimento, da obtenção do bem-estar e para a cura das doenças.

[...] com a religião as pessoas melhoram muito, porque ela trata o lado de dentro da pessoa, num adianta tratar só o lado de fora, [...] porque o lado interior dela está afetado, ela precisa tratar, precisa de autoestima. A religião é assim, ela ajuda a pessoa a se transformar, porque ninguém muda ninguém, ele por meio da fé ele se encontra e se transforma. O pastor é o mensageiro de Deus, ele traz a palavra de Deus e a palavra de Deus toca a pessoa e a pessoa pela fé ela vai se transformando. (Pastor da Igreja Evangélica, entrevista em 29/09/2010)

[...] têm muitas pessoas que mudaram e muito (pausa e gesticula a cabeça em sinal afirmativo) na questão médica é a mesma coisa! Eles tomavam o remédio mais não resolviam e com a fé eles melhoram, porque nossa batalha começa na mente, as palavras que sai da nossa boca não são vazias, elas fazem muito. A tradução da palavra fé é certeza, certeza e convicção de fatos que não se veem. Se você coloca a possibilidade de alguma coisa acontecer esse algo acontece. É a fé no sobrenatural, a função da religião é essa, a fé em Deus, se quer algo, algo acontece. A medicina está evoluída, mais o conhecimento do homem é limitado, mais para Deus o conhecimento é ilimitado. Então, por meio da fé em Deus, nós conseguimos vencer as barreiras, [...] até a cura da pessoa. Eles são transformados pela renovação da vossa própria mente, isso está no cap.12 versículo 2 de Romanos: A NOVA VIDA: “E não vos conformais com este século, mais transformai-vos pela renovação da vossa mente, para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus”. (Pastor da Igreja Evangélica, entrevista em 29/09/2010)

Os agentes de cura espirituais acreditam que a manifestação da doença sobre o nível físico deve-se a um desequilíbrio entre os aspectos espiritual e psicológico, e é nesse aspecto que o agente espiritual atua, com vistas a restaurar o equilíbrio, por utilizar uma concepção cultural e fornecer métodos de cura (ACHTERBERG, 2002).

Rabelo (1993) contextualiza a cura na perspectiva de que ela não é o resultado direto de medidas terapêuticas realizadas no interior do culto, mas uma realidade bastante frágil que precisa ser continuamente negociada e confirmada no cotidiano do doente e dos membros de suas redes de cuidado e de apoio.

A busca da cura mágico-religiosa para males físicos ou emocionais tem-se ampliado de uma forma muito rápida nestes últimos anos, sobretudo, entre as neopentecostais (PINEZI; ROMANELLI, 2003). A razão deve-se à precariedade dos serviços públicos de saúde que, além de não atender às demandas da população, seu processo de trabalho em saúde está ainda centrado no modelo biomédico que impede ao profissional de saúde conhecer as reais razões para a busca de assistência e o conhecimento do usuário acerca do adoecimento.

As práticas de cura se pautam na luta contra o mal e se expressam na cura divina pelo exorcismo, pelo transe e pela subjetividade individual (MENDONÇA, 2000).

As sessões de cura das enfermidades em uma das igrejas evangélicas são realizadas semanalmente às sextas-feiras. Em um desses rituais, presenciamos que o pastor faz as orações de cura para o qual todos convergem a atenção, o salão está à meia luz e uma música

orquestrada ecoa no salão. O pastor ocupa o palco e, com tom forte de voz e por vezes exaltada, ele profere as orações e estende seus braços em direção aos fiéis. Os obreiros e os fiéis oram juntos para expulsar as entidades do mal que se alojam no corpo do doente. O pastor reza em tom de comando. Há um momento em que o tom se altera e, em voz alta, pede para livrar o corpo do mal (satanás), alguns choram e outros se exaltam e esse momento é acompanhado pela entonação alta e forte da voz do pastor para a libertação. As obreiras estão atentas aos movimentos dos fiéis. O pastor “conversa” com os demônios e ordena que eles saiam da vida das pessoas. Ao mesmo tempo, as obreiras tocam os fiéis. O pastor faz as orações em tom suave de voz, que são acompanhados pelas obreiras que marcam o final do ritual. Após esse ritual, alguns fiéis são convidados a depor publicamente sobre a libertação do mal. Eles, ainda tomados pela emoção, revelam as sensações de bem-estar por ter retirado um grande peso.

Na percepção de Cleonice, o ritual de cura de uma das igrejas evangélicas ocorre da seguinte forma:

[...] ah! dia de sexta feira, é dia de expulsar as coisas ruim das pessoas, então o pastor fica orando e nisso as pessoas também rezam e aí vai saindo, vai saindo, a senhora sabe né (coloca a mão na boca e com os braços entrecruzados, esfrega com as mãos os braços no sentido tórax-extremidade) as coisa ruim do corpo que está fazendo mal pra gente. Também eles fazem igualzinho lá na Universal, eles também colocam óleo na mão e aí o óleo vai ajudando a tirar as coisas ruim da gente, você sabe as doenças [...] tem dia que eles colocam um tapetão vermelho muito grande no salão e eles enche ele tudo de sal, é de sal grosso e depois a gente tem que passar em cima daquele sal, é pra tirar as coisa ruim que está no corpo da gente, as doenças, e as coisa ruim que está com a gente [...] mais depois que eu fui pra lá as coisa aqui em casa até foi melhorando mais! Eu sinto muito bem depois que eu comecei ir lá nessa igreja. Eu quero vê se eu vou lá na igreja 4ª feira levar o nome dele (filho) lá pro pastor benze e reza, ah do F(outro filho) também. O F falou que vai lá comigo, eu quero vê se ele vai mesmo. Mais só Deus pra ajudar a gente, está muito custoso! E eu estou muito nervosa! (Cleonice, 58 anos, 11/08/2010, 5ª entrevista)

O ritual em uma das igrejas evangélicas é narrado por Leonice

[...] lá na minha igreja 4ª feira é o dia para orar para as pessoas que estão doentes. Aí o pastor faz oração e quem está precisando, fala assim: eu quero oração pro meu irmão, ou pra alguma pessoa. Aí todo mundo reza pro irmão que está precisando de oração. Também tem o dia do calvário que é sábado da semana santa. Então a gente escreve no papel o nome da pessoa doente que precisa de oração e coloca esses papéis em um lugar que é uma igreja, aí no sábado que é o dia do calvário, o pastor coloca fogo nos papéis e aí a fumaça vai em direção no trono de Deus pra ele ajudar os irmãos que está precisando. Mais é a coisa mais bonita do mundo! Depois o pastor ora para as pessoas que estão doentes.

No decorrer de nossos encontros, presenciamos a visita de um padre a José. Eu e José conversávamos sobre a consulta oftalmológica que ele teria perdido por falta de uma companhia, pois é idoso, tem déficit visual e anda com auxílio de muleta, quando fomos surpreendidos pela visita de um senhor, a princípio não sabíamos que era padre. Ele chega apressadamente. Como a porta estava aberta, ele adentra a sala e, em seguida entra uma senhora. Ficamos em silêncio e voltamos nosso olhar para ele. Ele não cumprimenta, abre um pedaço de papel que está nas mãos e diz: é o José? José responde: sou eu mesmo. Eu sou o padre e vim fazer a unção dos enfermos. Senta no sofá, abre um pequeno livro e faz várias orações que remetem à salvação; em nenhum momento volta o olhar para José. José não consegue conter as lágrimas, abaixa a cabeça e observo que as lágrimas escorrem pela sua face. Ele pede que José estenda sua mão para benzer. A senhora que o acompanha abre uma caixa branca e de lá retira um vidro transparente contendo um líquido espesso, ao que parece é óleo. Ela entrega o frasco ao padre e este unta seu dedo indicador da mão direita e passa fazendo um sinal da cruz na palma da mão direita e esquerda de José, as orações prosseguem, ele fala baixo, é difícil compreender suas palavras. A senhora oferece-lhe um algodão, ele o segura e lhe devolve o frasco. Ao final, ele diz ao José, que o senhor seja abençoado, amém. Levanta rapidamente e deseja-nos boa tarde. Permanecemos em silêncio, José está com a cabeça baixa. Logo ele levanta a cabeça, enxuga as lágrimas e diz: *eu acho que estou ruim mesmo, até o padre já veio me benzer*. Fiquei por alguns minutos em silêncio refletindo os sentidos negativos atribuídos por José à visita do padre. Afinal, o padre sequer conversou com o fiel ou lhe dirigiu o olhar e ainda sua falta de perspicácia o fez mencionar unção dos enfermos. Será que não poderia ter utilizado bênção da saúde? Aprendemos no exercício profissional que a unção dos enfermos geralmente é oferecida aos pacientes em situação terminal e ao que nos parece foi a mesma percepção que José teve com a visita do padre. Para amenizar a situação de angústia, disse-lhe que atualmente, o padre e os ministros da eucaristia têm visitado as pessoas com dificuldade de frequentar a igreja, e oferecem em casa a comunhão e orações. Parece que isso o tranquilizou um pouco, pois ele deu continuidade a nossa conversa que fora inesperadamente interrompida. (Diário de campo, em 12/05/2011)

Constatamos que o significado simbólico da veemência do pastor, do sal, do óleo e da fumaça até o trono de Deus resignificavam para seus adeptos a cura das enfermidades.

A religião oferece, por meio de seus espaços e de seus ritos, a acolhida, o apoio, o carinho e a solidariedade, que vai ao encontro do que realmente a pessoa precisa, que é de um espaço em que possa ser ouvida e compreendida.

De acordo com Geertz (1989, p.128, 129) “é no ritual que se origina a convicção de que as concepções religiosas são verídicas e de que as diretivas religiosas são corretas, pois o mundo vivido e o mundo imaginado fundem-se, tornando-se um mundo único, produzindo a transformação”.

A busca dos informantes pelos espaços religiosos se dá para o alívio dos seus males, de seus sofrimentos e para a cura dos problemas de saúde. É de se compreender que a satisfação pelo atendimento da enfermidade nesses espaços religiosos se deva à capacidade de escuta e de integrar as pessoas em um sistema de relações mútuas de apoio. Por meio das orações e das palavras do pastor, eles encontram um caminho para resolver suas aflições e dar um novo significado para a vida.

Percebemos, ainda, os sentimentos de ambivalência diante da religião, como um valor ou como uma punição divina.

[...] tem dia que a dor no coração é muito forte! Eu num sei o que é isso. Eu acho que isso num é coisa do demônio não, porque ele num tem essa força não (gesticula com o dedo indicador em sinal negativo). Eu acho que é Deus que manda pra gente, e se ele manda pra gente então a gente tem que aguentar. [...] Deus foi que marco para gente [...] Só Deus mesmo, foi ele quem colocou só ele que pode tirar. (Pedro, 80 anos, 14/05/2010, 2ª entrevista)

Encontramos poucos estudos relacionados à punição divina; dentre os quais destacamos os de Helman (2003); Schoenberg (1997) e de Wilson et al.(2002).

A busca por ajuda para a resolução de situações práticas do cotidiano, como apoio material, financeiro e para o enfrentamento da vida com o adoecimento é uma realidade entre os informantes. Eles buscam essa ajuda principalmente na família como podemos resgatar nos depoimentos que seguem:

[...] a minha parte eu estou fazendo! Mais ele num aceita não, é eu pra tudo, eu faço a comida, arrumo, levo ele no médico e pego firme mesmo, porque senão do jeito que ele ficou ruim com essa doença ele já tinha ido. (esposa de Vinícius, 23/07/2010, 1ª entrevista)

[...] porque a gente tem que dá a passada como pode, se agente der o passo maior, a gente cai dentro do buraco e num tem ninguém pra tirar agente. Aqui quem me ajuda quando precisa é só a V e a M (filha), faz compra, paga conta, porque o resto num está nem aí. Tem umas aqui que passa perto de mim parece que está passando perto de um toco de pau. (Maria Cândida, 75 anos, 11/06/2010, 5ª entrevista)

[...] eu ajudo também quando precisa comprar os remédios, porque grande parte dos remédios ela tem que comprar. E quando eu venho passar o final de semana eu ajudo em casa. (Filho de Maria Aparecida, 04/06/2010, 2ª entrevista)

[...] a mãe todo dia esquece de beber o remédio, aí quando eu vejo que ela está com aquela tossinha e a veia do pescoço pulando, eu já sei que ela num bebeu, aí eu falo, já tomou o remédio? (fala em voz alta quase em grito). Todo dia é assim! (Filha de Aparecida, 12/05/2010, 1ª entrevista)

Percebemos que as pessoas buscam não apenas apoio material, mas, sobretudo, carinho, afeto, conforto e pessoas que compartilham as vivências cotidianas, preocupações e emoções. Elas buscam ajuda principalmente no terapeuta leigo, nos líderes religiosos, na família e, raramente, com vizinhos. Os depoimentos abaixo nos ajudam a compreender esse apoio.

[...] a igreja me ajuda muito! Porque a gente estando ouvindo a palavra de Deus sabendo o certo e o errado a gente vai colocando na prática. A primeira coisa que eu faço, eu levanto cedo e vou lá na igreja, vou ouvir a palavra de Deus, e aí a gente sai de lá melhor[...] porque quando chega a hora da dificuldade é por ele que a gente vai procurar mesmo. Aqui em casa eu sou o esteio [...] eles colocam Deus em segundo lugar, eu falo a gente quando for pra outra casa a gente num leva isso não! (Maria de Fátima, 55 anos, 18/05/2010, 3ª entrevista)

[...] aqui são poucas pessoas que conversam com o pastor sobre seus problemas, porque eles ouvem a palavra de Deus através do Espírito Santo. Aqui o pastor não é um terapeuta, um psicólogo, ele é o mensageiro da palavra de Deus, a gente fala a mensagem de Deus e o Espírito Santo leva o entendimento para a pessoa, é diferente, quanto menos eles vierem conversar com o pastor melhor. Quantas pessoas chegam ao final e vêm falar que as palavras tocaram diretamente eles, com palavras de ânimo, e fala ninguém sabe do meu problema e o senhor disse coisa que me tocou muito, então a fé que existe dentro dela vai fazer com que Deus age na vida dela e faz as coisas que parece que não tem mais solução, aconteça na vida dela pra resolver as coisas, ter condições para que ela tenha saúde perfeita, então num é nada do homem, o homem não tem o poder de mudar nada, e algo que vem de Deus, e só assim pode haver mudança. Nós não temos condição de convencer ninguém, fazer nada, ainda mais uma coisa que ela acredita que num tem mais jeito, como eu vou convencer a pessoa a mudar, então é o sobrenatural que é Deus, por meio da palavra de Deus que a pessoa transforma, que dá ânimo para essa pessoa transformar. É isso é verdade, o poder de transformação da pessoa por meio da fé mobiliza ela buscar recursos para se tratar, e o caso do remédio, se ela não acredita que o remédio pode curar ele não cura. (Pastor da Igreja Evangélica, entrevista em 29/09/2010)

[...] às vezes eu preciso dar uma dura na mãe porque tem hora que ela desanima com o tratamento, já falei para ela que pressão alta não tem cura, mas tem jeito de controlar. (Filho da Maria Aparecida, 04/06/2010, 2ª entrevista)

[...] eu tenho uma coisa com meu filho (pausa) a senhora precisa ver, agora até melhorou, mais se eu estava com um problema, ele já sabia que alguma coisa tinha acontecido comigo (coloca a mão no rosto) isso até é ruim [...] eu num gosto dessa palavra amigo. Hoje num tem mais essa coisa não, hoje num tem isso não, a gente num vê mais isso não. Eu falo, amigo hoje é aquele que te abraça na frente e por trás deixa você chorando (pausa) então é só os filhos, os netos, genro, mais nada! (Maria de Fátima, 55 anos, 18/05/2008, 3ª entrevista)

[...] eu faço as coisas para o bem, porque para mim é Deus na frente junto com N. Sra. Aparecida. Eu atendo, porque a gente num pode mandar a pessoa embora, a gente tem que ajudar! Tem hora que a pessoa quer a gente, a presença, então fica difícil assim, mas se for o caso a gente benze também, porque num pode deixar as pessoas sem nada. Como está escrito na Bíblia: “Quem chega a tua porta ela abrirá”. É isso mesmo! Tem muita gente que num está doente pra tratar com médico não! Porque, até se vai no médico ele num resolve. Você vê só quanta gente que vem aqui e fala que já passou por uma quantidade de médico, tomou os remédios e num adiantou. Então aqui a gente reza, benze e a pessoa já vai acalmando! (Terapeuta leigo, entrevista em 16/09/2010)

[...] é...tem dia que a gente sai com um peso danado (esfrega as mãos nos ombros), porque eles falam tanto, tanto...despeja tudo na gente! (ACS2)

As pessoas se inserem na sociedade por meio dos laços sociais que se formam no decorrer de suas vidas. As redes sociais surgem dos contextos sociais e culturais e das relações interpessoais que estabelecem entre os portadores de HAS, a família e a sociedade.

Apreendemos que a rede social em geral é restrita, formada principalmente pela família, pelas instituições religiosas e pelo terapeuta leigo. Por outro lado, as pessoas com HAS mantêm um vínculo frágil com o sistema formal de saúde, atribuído principalmente às dificuldades relacionadas ao acolhimento e ao acesso ao serviço.

Vários fatores podem contribuir para que as redes sociais dos informantes sejam restritas. Dentre esses, ressaltamos o fato de que a idade média da maioria é de 60 anos, o que implica conviver com poucas pessoas por considerar as limitações da própria idade e dessa forma acabam se fechando no seu mundo; há falta de vínculo empregatício que contribui por restringir as relações sociais; a topografia do bairro formada por ladeiras que dificultam as caminhadas; a falta de associações e grupos operativos e as experiências de exclusão e de estigma que permeiam a vida de alguns informantes. Esses sentimentos contribuem para a limitação da rede social, para a dificuldade de participação em atividades coletivas e na interação com os usuários de outros bairros, como tem sido observado na sala de espera da Unidade e favorecem sobremaneira o isolamento domiciliar.

Broadhead et al. (1983) descreveram que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para a saúde pública.

Por outro lado, o suporte social influencia positivamente na saúde das pessoas com HAS e pode ser considerado relevante no sucesso do tratamento e de acompanhamento em saúde desses sujeitos (TRAD et al., 2010). O suporte social parece influenciar positivamente a adesão à prática de atividade física, adoção de alimentação adequada, cessação do tabagismo

e redução do consumo de álcool (STRAUB, 2005). Pode, ainda, amenizar os efeitos patogênicos do estresse no organismo, incrementando a capacidade das pessoas em lidarem com situações difíceis, pode potencializar o empoderamento para que as pessoas possam cuidar melhor de si, pois passam a ganhar mais controle sobre seus destinos (VALLA, 1998), já que o adoecido experimenta a fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam (GIBSON, 1991).

Contudo, as relações que privilegiam os aspectos monológicos e unidirecionais são ineficazes para estimular a participação dos cidadãos e para empoderar as populações em matéria de saúde (MARTINÉZ-HERNÁEZ, 2010).

Constatamos que, apesar da maioria dos informantes pertencerem a famílias numerosas e residirem lado a lado, as pessoas encontram suporte apenas com um ou dois de seus membros. Como a família constitui um dos importantes suportes para o enfrentamento da vida com o adoecimento, não apenas na concepção dos informantes, mas como princípios que regem a ESF, é importante tecer alguns comentários sobre a família na contemporaneidade e as características das famílias do grupo social pesquisado.

Família é reconhecida por Souza e Campos (2010, p.18) como:

[...] um ser conjunto, um organismo vivo, caracterizado como elemento e produto das infindáveis possibilidades de relação e interação capazes de gerar respostas adaptativas ao contexto de vida e saúde de seus membros.

Sua configuração depende da cultura, da classe social, da religião, da história, da composição do sistema político, social, e de relações de trabalho, considerando-se todo o sistema de vizinhança (LE MOS; BERTIN; GERBARA, 2004).

Para a classificação das famílias dos informantes, adotamos os critérios estabelecidos por Gerhardt, Nazareno e Novakoski (1997) conforme segue:

Família I: apresenta condições de mobilização de recursos intrafamiliares; família extensa com laços familiares próximos à residência; e não participam de atividades religiosas. Representa a família da maioria dos informantes.

Família II: com condições de mobilização de recursos intrafamiliares; filhos maiores de 15 anos; com laços familiares próximos à residência; apenas um membro participa de atividade religiosa.

Família III: com condições de mobilização de recursos intrafamiliares; inexistência de laços familiar próximo à residência; apenas um membro participa de atividade religiosa.

Família IV: representa a minoria entre nossos participantes; com pouca condição de mobilizar recursos intrafamiliares; pessoas que moram sozinhas; com laços familiares próximos à residência; mas com relacionamentos conflituosos; os laços familiares de suporte estão distantes; não participa de reuniões religiosas por conflito de ideologia ou por dificuldades de locomoção.

As condições de vida de José nos causaram preocupações e motivo de constantes visitas. Ele mora sozinho em casa própria, é idoso, tem acuidade visual comprometida, deambula com auxílio de muleta em decorrência de complicações articulares, pela insegurança e queixas de constante tontura. Faz uso diário de bebida alcoólica e toma as medicações hipotensoras à sua maneira. Apenas uma filha, dentre os quatro, constitui seu apoio. Ela mora em bairro distante, é responsável por receber a aposentadoria, faz compras e alguns serviços domésticos. Outra filha que mora próxima a sua casa, segundo ele, nem sabe que ele está vivo e isso nos pareceu também recíproco. Por algumas vezes, conversei com a equipe da ESF, que apresentaram dentre as possibilidades, a mudança de José para uma instituição de terceira idade, caso a família não assumisse, atitude cobrada com veemência pela equipe. A proposta, ao que me parece, contrariou a vontade tanto dele como da filha. Por alguns dias, estive na casa da filha, mas logo retornou, e nos apresentou a seguinte justificativa: [...] *eu vim pra minha casa, uai! Eu tenho casa, se num tivesse aí tá certo, mais tem um ditado assim, muito antigo que fala assim: cochilo, o cachimbo cai!* O retorno na nossa percepção pode ser atribuído à preocupação da ocupação do imóvel pela filha que mora próxima a sua casa, pois ela reside em uma casa pequena em condições precárias e ainda no mesmo espaço moram filhos e netos e, principalmente, ao seu vício pela bebida alcoólica. Nesses últimos meses, evidenciamos melhor apoio da filha que mora distante, o que pode ser conferido pelas melhores condições de limpeza da casa.

A família é parte importante do cuidado ao indivíduo com doença crônica, pois constitui o primeiro grupo social de relacionamento; é o centro de referência de valores, de crenças, de hábitos, de comportamentos e de sentimentos; contribui na formação da identidade das pessoas por meio da transmissão desses símbolos e orienta na tomada de decisões.

Constatamos que o apoio familiar constitui um dos mais relevantes sistemas de apoio para o enfrentamento da doença, para o controle do regime alimentar, para lembrar o uso da medicação e incentivo para continuidade do tratamento, além de proporcionar suporte financeiro, apoio emocional e companhia.

A importância da família como apoio social também foi revelado nos estudos de Elsen (2004), Helsel, Mochel e Bauer (2005), Lewis et al. (2010), Michaud, Suris e Viner (2004), Ogedegbe et al. (2004) dentre outros.

Percebemos, ainda, que grande parte dos informantes não tem vida social ativa, pelos motivos já destacados e pelo fato de que no bairro só tem a igreja católica que oferece missas dominicais. Eles saem de casa apenas para compras, serviços bancários, consultas médicas ou para frequentar a igreja, não são comuns as visitas, nem entre os familiares.

O depoimento de Cleonice reafirma nossas impressões. [...] *nossa...*(pausa e coloca as mãos postas) *aqui é muito difícil! O povo daqui num gosta que a gente vai na casa deles não* (pausa). *Eles fazem de conta que num tem ninguém em casa. Às vezes, quando vê que a gente vai passando, fecha a porta de medo da gente entrar* (fala com entonação forte e coloca as mãos postas e gesticula com a cabeça em sinal de negação) [...] *agora aqui nem terço num tem mais, num tem mais nada, o último quem fez foi Dona G, então num tem mais nada aqui* (tom de voz mais suave).

Os evangélicos frequentavam as igrejas com assiduidade; já os católicos, na maioria, não eram praticantes. Dentre os praticantes, a maioria não frequenta a igreja do bairro, alega como justificativa o fato de que as pessoas na igreja estão mais preocupadas com a maneira com que os outros se vestem, como diz Aparecida: *eu num vou lá não, porque lá o povo mete a língua na gente*, e Carolyne: *eu num vou ali (igreja) não, o povo num reza não, fica só reparando na gente, na roupa*, razão pela qual buscam esporadicamente igrejas de outros bairros.

Estudo de Favoreto e Cabral (2009) também encontrou a família e a religião como elementos da vida social e cultural que influenciam o processo de viver dos participantes.

Nossa convivência com os informantes nos propiciou outro olhar para as relações sociais, e nos fez compreender que eles se sentem solitários, se refugiam no domicílio e sentem necessidade de alguém com quem eles possam estabelecer laços de confiança para compartilhar problemas, emoções e sentimentos.

Costa (2004) descreve com muita propriedade esse aspecto e traduz nosso modo de pensar acerca dessas relações, ao enfatizar que o diálogo humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura.

Nossas interpretações se justificam pelo vínculo estabelecido entre pesquisador e pesquisado, pelos depoimentos, gestos, emoções e pelas nossas observações, principalmente durante um encontro festivo em comemoração ao dia do idoso, organizado pela ESF.

Presenciamos nesse dia festivo momentos de alegria e descontração de vários informantes nas conversas animadas em grupo. Alegaram que esses momentos são raros nas suas vidas e que deveriam proporcionar mais eventos dessa natureza.

A avaliação do evento foi levada aos membros da equipe de saúde, que se sentiram reconhecidos pelo esforço empreendido na organização e, ao mesmo tempo, se sentem incapacitados de organizar os encontros com certa frequência, devido às dificuldades para apoio, principalmente financeiro e logístico.

Constatamos, ainda, que, em decorrência do adoecimento crônico e da necessidade de tratamento contínuo, algumas pessoas mobilizam recursos não apenas familiares, mas de organizações governamentais e não governamentais para pagamento de consultas e aquisição de medicamentos. Apesar dos esforços empreendidos mensalmente, a incerteza da continuidade do tratamento é uma realidade. Essa experiência é traduzida por Bury (1982) como ruptura biográfica porque as estruturas da vida cotidiana e seus significados sofrem rupturas, e levam a pessoa a mobilizar diferentes recursos para o enfrentamento da vida com o adoecimento.

5.3 A experiência com o sistema formal de saúde

Este núcleo de significado compreende as unidades de sentidos: “Acesso ao sistema formal de saúde” e o “Processo de trabalho em saúde”.

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde resulta dos sentidos atribuídos pelos informantes; à falta do médico, à falta de regularidade de consultas médicas; ao sistema de distribuição de consultas; à falta de atendimento domiciliar; à falta de medicação e recursos materiais; às limitações para locomoção até a unidade; à falta de participação do usuário nos processos de decisão; o que lhes permite tecer críticas quanto à estrutura organizacional e funcional da Unidade.

É importante considerar que as dificuldades de acesso ao serviço de saúde são contraproducentes às propostas da Política Nacional Humanização do Ministério da Saúde (PNH), (BRASIL, 2006c).

O processo de trabalho em saúde envolve as sugestões para melhoria na organização e no funcionamento da Unidade, para a reestruturação das áreas de abrangência da Unidade da ESF e para a desmotivação dos trabalhadores em saúde.

Ressaltamos que a avaliação do processo de trabalho em saúde, mesmo que não seja a intenção *a priori* deste estudo, já que os dados são insuficientes para avaliar sua qualidade, tem implicações na experiência com o adoecimento e nos faz reconhecer a necessidade de romper com o modelo tecnoassistencial. Por outro lado, ao dar voz aos informantes, permitiu-se a expressão de sentimentos relacionados à produção das ações de saúde realizadas pela ESF, no tocante ao aspecto relacional, organizacional e funcional do serviço.

Destacamos, ainda, que as metas das ações em saúde não podem ser apenas quantificadas; fazem-se necessários dados qualitativos que expressem a satisfação do usuário com o serviço e a capacidade de resolutividade dos problemas da clientela que, por vezes, estão muito distantes dos objetivos traçados pelos serviços de saúde.

Uchimura e Bosi (2004) ressaltaram que a satisfação do usuário é fundamental como uma medida de qualidade de atenção, constituindo uma ferramenta importante para a investigação, para a administração e para o planejamento dos serviços de saúde.

Constatamos que o atendimento médico não tem regularidade há mais de um ano. O médico substituto assumiu as atividades cerca de 40 dias após o afastamento do médico efetivo. As consultas atualmente são realizadas apenas uma vez por semana, o que não atende à demanda da área.

Os sentidos atribuídos à estrutura organizacional e funcional do serviço de saúde revelaram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, como podemos verificar nos depoimentos.

[...] é uma vergonha ter um posto igual a esse (franze a testa, aponta com dedo, olhar fixo e a boca fica ressecada). Não tem médico, a médica está de licença e não colocaram ninguém no seu lugar. Era obrigação da prefeitura colocar alguém para substituir, então pra que ficar aberto, fecha tudo, porque aí nos vamos pra outro lugar para ser atendido. Fecha isso, pra que ficar aberto uma coisa dessa! (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

[...] está difícil essa coisa aí no posto, num tem médico [...] e procura uma coisa (pausa) um remédio, num tem, outro num tem. (Rosa, 64 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

[...] médico num tem (gesticula com a cabeça em sinal de negação) então se tiver morrendo, num dá nem pra esperar (pausa) num vai encontrar nem os ossos mais (sorri), então como faz uma coisa dessa (esfrega a mão no rosto e no cabelo) está difícil demais esse postinho daqui. A gente vai lá no hospital e eles mandam a gente de volta pro postinho, mais voltar pra quê? Num está tendo jeito não! Aí a gente tem que dar o jeito da gente. (Helena, 55 anos, 03/09/2010, 4ª entrevista)

[...] uai! Então pode fechá aquilo lá, está todo mundo de férias! A médica faz mais de ano que num vem (pausa e gesticula com a cabeça em sinal de negação). Eu já até esqueci dela! (Paulo, 71 anos, 02/08/2010, 6ª entrevista)

[...] antes dessa médica entrar aqui, tinha médico todo dia, depois que ela entrou, ficou essa avacalhão. (Isadora, 74 anos, 02/08/2010, 7ª entrevista)

Percebemos que as dificuldades relacionadas à estrutura organizacional e funcional expressam sentimentos de indignação, de insatisfação e de revolta.

A falta de atendimento médico, dentre outros fatores, constituiu uma das principais causas de insatisfação com o serviço público de saúde, o que leva as pessoas a dar o “jeito delas”, ou seja, buscar suporte para tratamento nos subsistemas de saúde profissional privado, familiar e popular.

Constatamos que as crenças de que “tudo que é gratuito não presta”, “só tem valor e resolutividade o que envolve pagamento”, corroboram sobremaneira para a insatisfação com o serviço público de saúde e os motivaram a buscar o tratamento na rede privada de saúde.

Além da falta do médico na composição da equipe, outras dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço de saúde são apontadas. Os sentidos atribuídos a essas limitações estão apresentadas nos depoimentos que seguem.

A falta de atendimento domiciliar

[...] eu num dou conta de andar senão eu caio, o médico tem que vir aqui em casa, isso é lei federal! As pessoas com mais de 70 anos, o médico tem que vir em casa, mas aí vem com aquela conversa, a médica que atende foi ter nenê e o outro médico que vem aqui só vem uma vez. Mais o povo acha que a gente assiste televisão só pra passar o tempo! Mas que nada (gesticula a cabeça com sinal afirmativo). A gente tem que assistir pra entender as coisas (entonação forte de voz). (José, 74 anos, 20/08/2010, 1ª entrevista)

[...] é ordem do governo elas virem aqui pra ver como que está, mais elas num obedece isso não! (João, 79 anos, 25/06/2010, 4ª entrevista)

As dificuldades no deslocamento até a Unidade

[...] eu num vou lá não, pois eu gasto mais de duas horas pra chegar lá (Unidade), eu não dou conta de subir este morro [...] É a maior dificuldade, e também num adianta ir lá medir a pressão, está alta e num tem médico, faze o que lá? (Paulo, 71 anos, 21/09/2010, 8ª entrevista)

Ao sistema de distribuição de fichas para a consulta

[...] o serviço aqui num é bem organizado não, porque só tem uma médica pra todo mundo. As fichas são distribuídas na segunda-feira à uma e meia, mais tem gente que já fica esperando desde as 5 horas e quando chega a distribuir, eles num olham quem chega primeiro. (Maria Cândida, 75 anos, 07/05/2010, 2ª entrevista)

[...] antes dessa confusão que está aqui, eles já sabiam que podia voltar que a consulta deles estava garantida, eles sabiam que podia voltar que tinha gente para dar assistência, a gente podia vender o peixe, agora! (ACS4)

A falta de recursos materiais para o atendimento

[...] eu fui lá fazer o teste da diabete, cheguei lá e ela falou que num tinha jeito de fazer porque num tinha a agulha. Aí eu falei pra ela, é pra tirar o sangue pra examinar? Elas falaram que era, aí eu falei, então está fácil, pega aí uma faca, uma coisa aí, que sangue vocês vão ter de qualquer jeito (estende o braço direito e com o dedo indicador da mão esquerda faz um gesto de corte no punho). Ai elas falaram assim: num pode, num pode. Aí eu já fiquei nervoso (enruga a testa, passa a mão na cabeça e a entonação de voz torna mais forte) com aquilo e fui lá na Secretaria de Saúde, cheguei lá e perguntei com quem eu podia falar sobre essas agulha, aí falaram que eu tinha que conversar com um rapaz, aí cheguei nele e falei, fala pra mim uma coisa: o que que custa mais caro, a agulha ou o aparelho, aí ele falou o aparelho, então eu falei, se é o aparelho, o aparelho tem lá, num tem o mais barato que é agulha pra fazer o teste, aí ele veio com aquela conversa que era burocracia que atrapalhava, aí eu falei, quanto custa, se me fala que aí eu dou o dinheiro pra comprar essas agulha. (Paulo, 71 anos, 04/10/2010, 10ª entrevista)

Percebemos que “vencer as barreiras”, como a garantia de fichas; o acesso às consultas médicas; o atendimento domiciliar; a demora no atendimento médico; a disponibilidade de recursos para atendimento e “vencer as ladeiras”, não apenas a distância geográfica, mas a dificuldade de deslocamento até a Unidade, constituíram para os informantes grandes dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

As mesmas dificuldades também foram encontradas em estudo Faquinello, Carreira e Marcon (2010) ao analisar a Unidade Básica de Saúde (UBS) como rede de apoio a pessoa com HAS.

Também é notável o conhecimento das pessoas em relação aos seus direitos, conforme estabelecido nas diretrizes do PSF e na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007c), porém poucos reivindicam esses direitos.

As ACS referem que antes dessa problemática a Unidade era organizada, principalmente no tocante às consultas e aos retornos, pois o usuário já tinha garantida a sua vaga, uma vez que os retornos obedeciam aos critérios de risco para a HAS. Relataram que, dentre as vagas para consultas, cinco eram destinadas aos usuários portadores de Diabetes e HAS. Tanto é que o usuário chegava e já dizia eu sou do “hipi”, isso é, fazia parte do HIPERDIA.

Ao iniciarmos nossos estudos, os profissionais de saúde nos disseram que não mais faziam essa reserva de vaga, uma vez que os usuários não buscavam pelo atendimento.

Contudo, esse ruído na micropolítica do processo de trabalho em saúde (Franco, 2006) não foi avaliado pela equipe de saúde, razão pela qual a agenda ficou livre para o atendimento da demanda.

Malta e Merhy (2003) descreveram que o ruído provoca uma ruptura nos processos silenciosos e nas relações entre os agentes institucionais e ainda ressaltam que “esses ruídos” devem ser percebidos como processos instituintes que abrem possibilidades de interrogação sobre o modo instituído e mostram distintos modos de caminhar. Cumpre conseguir captar e entender esses ruídos.

Os informantes tecem críticas contundentes ao sistema de distribuição de consultas, que envolve as filas, o número e o horário de distribuição de fichas.

Considerando que a maioria dos informantes são donas de casa e outros ainda trabalham fora, o tempo dispensado para as filas e para o atendimento comprometem a realização de suas tarefas.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Duarte et al., (2010) que apontam os mesmos motivos como causas de abandono ao tratamento.

As consultas foram agendadas apenas às segundas-feiras e a prioridade para o atendimento foi atribuída aos ACS. Contudo, outras dificuldades surgiram no decorrer do tempo, como a demanda reprimida, sendo necessário alterar a sistemática de atendimento médico, passando o agendamento somente para os retornos, o que causou ainda maior insatisfação aos usuários e à equipe de saúde. Esses problemas fizeram aguçar ainda mais as críticas à assistência prestada pela Unidade.

Esses problemas levaram à desmotivação da equipe e para a qual surgiram várias proposições, dentre estas a de S:

[...] eu acho que devia só colocar pra esse médico avaliar os retornos que a doutora deixou os pedidos, porque vira uma bagunça só, tem paciente que fez exame e não tem pra quem mostrar os resultados, porque os exames têm validade por três meses, depois disso num vale mais nada, porque, antes, a doutora pedia os exames e já marcava os retornos, então eles faziam e já traziam o resultado, agora do jeito que tá está difícil!

Constatamos que as dificuldades de acesso ao serviço eram constantes. Acompanhei no decorrer de abril a outubro de 2010, todas as terças-feiras, na sala de espera da Unidade, o atendimento dos usuários à consulta. Alguns fragmentos estão apresentados para melhor compreensão dos fatos.

Cheguei à Unidade às 13h e permaneci na sala de espera atenta às expressões, aos gestos e aos comentários. O horário e o ritual do médico na entrada foram os mesmos.

Chegou as 13h30 min, de cabeça baixa, cumprimentou todos. As consultas duravam cerca de 6 minutos. Alguns reclamam porque não está sendo obedecida a ordem de chegada e uma pessoa fala em voz alta *porque ela já foi chamada se ela chegou depois de nós*, mas os comentários ficam entre duas a três pessoas, os demais permanecem em silêncio. (Diário de campo, 14/06/2010)

Percebemos que as dificuldades manifestadas nos depoimentos, nas atitudes e nos gestos revelaram, além da insatisfação e da revolta, a indignação e a desconfiança.

A indignação é um sentimento complexo, que envolve a elaboração de conceitos morais como injustiça e violação de normas sociais. O peso dos valores culturais na gênese desse sentimento é muito grande, o que faz uma pessoa ficar indignada pode não causar a menor reação em outra pessoa. No caso específico, ao ver a pessoa “furar a fila”, a tendência é ficar indignado, pois o código social vigente interpreta o comportamento furão como uma violação de direitos. Contudo, nem todos se comportam da mesma maneira.

Percebemos, ainda, que os sentimentos de desconfiança que permeiam o modo de pensar dos informantes os conduziram à duplicidade de utilização de serviços de saúde para confirmação diagnóstica e certificação da terapêutica.

[...] eu estive internada lá e aí já sai de lá e fui lá no doutor (médico particular) para consultar. Aí ele falou assim: você num pode beber este remédio que eles passaram de jeito nenhum, aí ele mudou tudo a receita deles. Você já pensou! se num tivesse ido lá, eu ia bebe os remédios, no caso até de morrer, num é mesmo? (coloca as mão no rosto) (Isadora, 74anos, 08/08/2010, 8ª entrevista)

[...] depois que ele passou na consulta aqui e num estava melhorando nada, nos levamos ele lá no doutor (médico particular). Aí ele falou que ele tem e não era nada do que eles falaram não. Você vê só se num fosse lá. (Esposa de Pedro, 11/11/2010)

A duplicação dos serviços de saúde é entendida por Ortega, Infante e Palácios (2004 p.338)

[...] como o atendimento prestado de uma segunda vez ao mesmo paciente, por um outro serviço de saúde, para fins de diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação de um mesmo episódio de enfermidade.

Estudos de Mishima et al. (2010a), em um Distrito de Saúde Oeste do município de Ribeirão Preto, também identificaram a duplicação e o uso simultâneo na utilização dos serviços de saúde. Essa realidade propicia a necessidade da análise dos motivos de sua ocorrência, permitindo que os serviços de saúde possam dimensionar a assistência prestada, buscar a qualificação do mesmo e melhor utilizar os recursos disponíveis.

Outros motivos de insatisfação com o serviço de saúde referem-se à falta de medicação na Unidade e ao horário de funcionamento da farmácia. Tais queixas permeiam os depoimentos da maioria dos informantes.

[...] não, aqui num tem nada! Você procura uma coisa, procura outra e num tem nada. Nos outros postinhos tem mais remédio que esse daqui. Falaram que lá no A e no SV (Unidades de Saúde) tem mais remédio, mais pra mim é difícil, eu tenho que pegar o ônibus até a rodoviária e de lá eu tenho que ir a pé, aí eu num aguento, então eu prefiro comprar. Losartan, faz tempo que não tem, só está tendo Amiodarona. Faz uns 3 meses que num tem. Então a gente compra. Eles (funcionários da Unidade) já falaram que num tem em lugar nenhum. (Helena, 55 anos, 25/05/2010, 2ª entrevista)

[...] Você acha que está certo? A farmácia só abre à tarde, então se a gente passa pela consulta cedo, depois tem que voltar lá pra pegar os remédios, tem que descer e subir esse morrão outra vez, num dá, num é mesmo? (José Antônio, 58 anos, 28/06/2010, 2ª entrevista)

A atendente de farmácia nos esclarece que a aquisição da medicação é feita por meio da receita original e do xerox para o controle de dispensação. As medicações são distribuídas para o período de 30 dias. É marcada na receita original a data de entrega da medicação e as receitas têm validade em média por quatro meses. Ressalta, ainda, que não é verdade que na unidade falta medicação, o que tem aqui tem também em outras unidades de saúde. *[...] é difícil faltar medicação aqui. Às vezes, eles não vêm nesta farmácia, eles vão direto para outras unidades de saúde ou compram a medicação.*

O horário de funcionamento da farmácia é de segunda a quinta, das 13 às 17 horas, e na sexta-feira das 13 às 14h30 min. O pedido para reposição de estoque é calculado com base na dispensação semanal. O HIPERDIA não tem sido utilizado como orientação para a reposição de estoque. O pedido de reposição é realizado às sextas-feiras, no período da tarde, por esse motivo a farmácia fecha seu expediente ao público mais cedo. Sendo assim, os que passam pela consulta médica no período da manhã, não têm acesso à medicação, razão pela qual têm que buscar em outra unidade de saúde ou adquirir por conta própria, dada a distância e a topografia da unidade de saúde com a residência dos usuários.

Durante esse período conturbado da Unidade pela falta de atendimento médico, por iniciativa dos trabalhadores em saúde, para assegurar a dispensação mensal de medicação, as transcrições das receitas foram realizadas por médicos de outras unidades de saúde ou pelo médico que atende no CAPS, conforme o depoimento da ACS2.

[...] é (pausa) mais nós demos nossos pulos aqui, pede consulta aqui, pede ali, arruma receita aqui, arruma ali, nós não paramos, dentro das dificuldades nós tentamos dar um jeito, num parou de tudo, fizemos o que pode, não ficamos parado de jeito nenhum!

Diante das dificuldades de acesso, alguns informantes como Rosa, passaram a adquirir a medicação por conta própria.

[...] a doutora me dava receita. Agora ela num dá mais a receita porque ela não está vindo. E aí, eu compro, uns mais baratos e outros mais caro. (Rosa, 64 anos, 07/05/2010, 1ª entrevista)

O sistema de dispensação de medicamentos com a retenção do xerox da receita e o prazo para novas aquisições, apesar de ser considerado burocrático, ainda constitui uma das formas que possibilitam a distribuição equitativa de medicamentos entre os usuários.

Nossas experiências revelam que antes de esse sistema ser implantado, alguns usuários faziam uma *via crucis* nas unidades de saúde para garantir o estoque de medicamentos, enquanto outros eram obrigados a comprar a medicação, ou por forças das circunstâncias abandonarem o tratamento. Nossa percepção coaduna com o pensamento da ACS4.

[...] ah! Mais desse jeito ter que tirar xerox da receita foi bom, porque tinha gente que tinha tanto remédio em casa que dava pra montar uma farmácia. Isso serviu para barrar um pouco.

Enquanto para outros, essa normativa dificultou o acesso à medicação.

[...] tem uns que compra o remédio porque fala que num tem receita, porque num quer vir no médico, tem gente que num quer tirar xerox da receita pra pegar o remédio, fala que o SUS está burocrático. (ACS5)

Reconhecemos, ainda, que as crenças influenciam de forma significativa o modo de pensar dos informantes, dentre as quais a de que a medicação do SUS não surte efeito, não produz os mesmos efeitos da medicação adquirida em farmácias privadas, porque “*o que é de graça não presta*”.

Por outro lado, contrariamente aos depoimentos acima, alguns informantes encontraram a acessibilidade facilitada para a aquisição da medicação. Essa facilidade deve-se talvez ao tipo de fármaco de que faziam uso, como podemos constatar no depoimento.

[...] eu sempre encontrei meu remédio de pressão aqui no postinho. (Wellington, 54 anos, 6/6/2010, 4ª entrevista)

Apesar da insatisfação, da revolta, da indignação e da desconfiança, manifestadas por muitos informantes, nem todos se veem no direito de reivindicar por melhorias do serviço formal de saúde.

A participação e o envolvimento da população na resolatividade de problemas, que deveria ser um dos diferenciais dos modelos de atenção à saúde, têm sido efetivados por meio de poucas iniciativas e de forma isolada, conforme percebemos em determinados depoimentos.

[...] ah! Mais aqui o povo num faz nada (torce a boca e gesticula com a cabeça em sinal de negação) ninguém quer mexer com nada disso (pausa) então fica difícil! Quando a doutora saiu eu fui na Secretaria de Saúde e perguntei qual o médico que vinha pra cá (expressão tensa, testa enrugada, boca seca, a esposa sai e vai buscar um copo de água), aí uma me empurrou (gesticula com a mão sinal de saída) para falar com outra pessoa que falou que era responsável, outra falou que não era ela, e assim foi, saí de lá e ninguém me respondeu nada. Isso é uma vergonha! (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

[...] a senhora sabe que nós já quisemos fazer um abaixo-assinado pra tirar a doutora daí, mas uns queriam, outros não, e aí acabou ficando aí. Então eu num gosto de consultar ali não. Quando tem qualquer coisa, eu vou ali (aponta com dedo em direção ao hospital universitário. (Anônimo)

[...] eu que fui lá na Secretaria de Saúde reclamar a falta do médico (movimenta a cabeça em sinal afirmativo) e falei assim: se (gesticula com dedo em sinal de ordem) vocês num tomar providência de colocar um médico lá, eu vou colocar isso no jornal. Por que num é possível, tanta gente que a gente está vendo que está precisando e num tem médico [...] porque se tivesse gente que falasse como eu as coisas num estavam assim, tem muita coisa errada lá, agora o povo vê, cala (movimenta a cabeça em sinal negativo) e abaixa a cabeça, então isso não resolve! (Maria de Fátima, 55 anos, 05/05/2010, 1ª entrevista)

A participação comunitária nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação das ações de saúde, constitui uma das estratégias centrais da Promoção à Saúde.

As Leis Orgânicas da Saúde asseguram a participação popular na elaboração, na condução e na gestão das Políticas Públicas de Saúde.

Com a participação social, busca-se a adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório. Desse modo, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, enquanto agente social ativo que a determina (GUIZARDI et al, 2004).

Entretanto, existe um hiato entre o que prevê a legislação e a prática efetiva do controle social em saúde, em decorrência de uma estrutura burocratizada, vertical e centralizadora, que dificulta a gestão social da saúde.

Entendemos que a participação do usuário nos processos de decisão se deu por iniciativa própria para resolver questões pontuais relacionadas ao atendimento médico.

Percebemos que existe um desejo implícito do usuário nos processos de decisão, contudo ele ainda encontra dificuldades para essa participação.

A participação popular nos processos de decisão nas questões de saúde constitui um desafio tanto para a sociedade como para gestores e profissionais de saúde, dada a necessidade de apoio da estrutura institucional e a falta de uma cultura participativa no interior da sociedade.

A capacidade de organização da sociedade civil aumenta à medida que é mais desenvolvido o grau de instrução, a renda *per capita* e a estabilidade democrática de determinado país, passando a existir também maior número de associações e grupos de caráter voluntário (WESSELS, 1997).

As dificuldades dos informantes em participar dos processos de decisão podem estar relacionadas às desigualdades econômicas, sociais e culturais que dificultam ao usuário reconhecer o SUS como um direito; à desconfiança das instituições públicas que se relaciona à herança cultural presente na concepção de alguns cidadãos (SANTOS, 1993) e à falta de abertura do sistema de saúde para a participação popular, a não ser de forma pontual na Conferência Municipal de Saúde.

Essa situação pode e deve ser revertida mediante ações e formas de organização que contribuam para estimular a confiança e a consciência para a participação popular na resolução dos problemas. Pedrosa (2004) sugere a articulação por meio dos fóruns e rodas de conversa, a formação de atores para o controle social e a discussão com grupos excluídos da sociedade.

Por outro lado, alguns, quando insatisfeitos com os recursos de que não dispõem para garantia de suas necessidades, se colocam em cena na discussão e pressão sobre o Estado, para organização de serviços e obtenção do seu direito à saúde (FRANCO; MERHY, 2006).

Essa participação possibilita a construção de alternativas conjuntas - serviços de saúde e usuários - para intervenções mais adequadas aos problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e de gestão dos serviços de saúde e de enfermagem (MISHIMA et al., 2010b).

As dificuldades de acesso ao serviço de saúde favorecem a análise crítica do processo de trabalho em saúde e permitem às pessoas com HAS apresentar sugestões para a melhoria da organização e do funcionamento da Unidade, como podemos evidenciar nestes depoimentos.

[...] acho que nem fila num precisava, sabe por quê? Você num acha que eles num conhece o que cada pessoa daqui precisa, o que é que tem, então era já deixar marcado, num precisava nem de fila. Mais eu acho que o que está faltando é administração, eu acho que está fraco, porque se num tiver um na direção pra organizar as coisas, num vira nada não. (Paulo, 71 anos, 04/10/2010, 10ª entrevista)

[...] podia melhorar a distribuição de consulta, num precisava ficar o dia inteiro lá por causa disso não. Antes eles distribuía as fichas de manhã, aí as pessoas passavam a noite, aí, de madrugada eu ouvia a conversa, depois passou pra tarde, aí às 5 horas já tinha gente na fila, então como é que faz isso, a gente gasta o dia inteiro para pegar uma ficha, num tem jeito, pra depois, ainda tem que marcar a consulta. Tinha dia que eu ia às 4 horas da manhã e já tinha uns 15 na minha frente, isso num dá. (Helena, 55 anos, 20/06/2010, 3ª entrevista)

Mesmo diante de todos os avanços que se têm conquistado na busca da igualdade e resolutividade para os problemas de saúde da população, com vistas ao cumprimento dos princípios do SUS, ainda constatamos que as práticas de saúde não conseguem atender com efetividade as necessidades da população.

De acordo com Sé (2008), a partir de um estudo desenvolvido sobre a saúde do Brasil e na América Latina, um dos caminhos para melhorar a qualidade nesse setor é aprimorar a gestão na saúde.

Constatamos que os informantes enfrentam grandes dificuldades para a resolução de seus problemas de saúde, porque, além de não ter atendimento médico com regularidade, eles não são atendidos em outras unidades de saúde porque estão vinculados a esta ESF, ou quando conseguem agendar consultas, elas demoram cerca de 30 a 40 dias.

Há demora também na realização de consultas de especialidades e nos encaminhamentos para outros profissionais de saúde. A demora na espera pelo atendimento os leva a perder a esperança, e em algumas situações alguns buscam pelo atendimento privado, como argumenta Helena, 55 anos:

[...] eu estava com um problema de arritmia no coração e a pressão num controlava, aí, tive que pagar consulta pra resolver, gastei quase 200 porque tive que fazer eletro também, fazer o que, num dá pra esperar!

Em determinadas situações, avaliadas como prioritárias pela equipe, e na medida do possível, as consultas em outras Unidades só foram agendadas porque houve intervenção da ESF local.

É notório o desrespeito aos princípios do SUS, principalmente no que se refere ao princípio da Universalidade que garante o acesso aos serviços de saúde, aos princípios da Integralidade da Assistência que se refere ao conjunto articulado e contínuo de ações e

serviços, em todos os níveis de complexidade e à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Torna-se ainda imprescindível que o profissional de saúde tenha o desejo de assistir o usuário com qualidade, singularidade, proximidade e comprometimento.

Situação semelhante foi encontrada em estudo de Barboza e Constantino (2009), ao analisar o itinerário terapêutico do usuário do SUS para a resolução de seus problemas de saúde.

Percebemos que a realidade da Unidade não difere dos problemas nacionais. Isso tem sido alvo de grandes discussões entre os analistas, que afirmam que a capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido sucesso ou mesmo que o PSF não tem garantido de forma sistemática o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem à universalização da cobertura (MARQUES; MENDES, 2002).

Por outro lado, encontramos usuários satisfeitos com o atendimento prestado pela ESF e entendem que a situação em que se encontra a Unidade constitui um momento atípico e acreditam em possibilidades de melhoria do serviço.

[...] eu estou vendo que lá (Unidade de ESF) agora está melhorando. O dia que eu estava lá, eu estava ouvindo eles falarem que ia na casa dos doentes, precisa mesmo, quanta gente que num pode ir lá. A senhora também vai na casa dos doente, e isso é muito bom? (Maria de Fátima, 55 anos, 05/10/2010, 6ª entrevista)

[...] eu vejo que a culpa num é deles não! Lá (Unidade de ESF) até que eles atendem a gente bem. (José Antônio, 58 anos, 28/06/2010, 2ª entrevista)

A reestruturação das áreas de abrangência da ESF, dentre outras, tem sido motivo de sérias preocupações entre a equipe de saúde, o que certamente influencia no processo de trabalho.

As áreas que serão incorporadas são distantes geograficamente da Unidade, o que pode dificultar o acesso ao serviço; novos usuários, em decorrência da reestruturação de áreas adscritas, o que demanda tempo para criação de vínculo; as características sociais, culturais e econômicas dos usuários da nova área de abrangência que parecem divergir das demais e a necessidade de reorganizar a agenda para a concessão de vagas conforme preconizado pelo Plano Diretor.

[...] agora você ve só, esses usuários têm que saí lá do outro lado pra vir aqui, se vê só quem tem angina, num aguenta, tem dia que a gente num dá conta de subir esse morro, agora você já imaginou eles! (ACS4)

[...] mais agora quando a médica voltar a agenda tem que ser diferente, com o plano diretor tem que ter vaga para cada um, então vai ter que organizar, vaga para criança, para gestante. (ACS1)

[...] você já pensou! a gente já criou o vínculo com essa população, agora criar vínculo com a nova população demora mais de um ano para isso! Porque cada um é um. A gente sabia que ia mudar, que o outro PSF vinha, mais parece que a gente num quer acreditar. Mais tá difícil! (ACS3)

Além desses fatores, percebemos, por meio de depoimentos, de expressão e de gestos (umas falavam, enquanto outras permaneciam em silêncio, apoiavam o rosto sobre a mão e gesticulavam negativamente com a cabeça), a falta de motivação das ACS para o desenvolvimento das atividades. A baixa remuneração, a falta de valorização no papel desempenhado, a hostilidade dos usuários, a falta de identificação para se apresentar ao usuário e a ineficácia dos serviços prestados pela Unidade, como mencionou a ACS4, *[...] não temos a oferecer o que o usuário quer que é a consulta médica*, constituem fatores para a desmotivação.

[...] agora com a gente que já está cansada, porque antes a gente cansava, mais estava satisfeita, mais agora você cansa é está insatisfeito. A gente sabe que o trabalho da gente é importante, mais num é todo mundo que acha não (movimenta a cabeça em sinal de negação e retorce os lábios) a gente conhece a cultura deles e trabalhar com eles num é fácil! (ACS4)

[...] a gente tem que estar motivada para atender melhor as pessoas, porque se a gente num está bem, como a gente vai levar uma coisa boa pra eles! (ACS3)

[...] antigamente tinha reunião com a coordenação para colocar os problemas, mais agora! Num tem mais nada. Faz 4 anos que nós não temos aumento, é uma vergonha, Deus que me livre, aumenta o mínimo e o nosso nada, a hora que subir o mínimo, nós vamos ganhar menos que o mínimo. (ACS2)

Apreendemos que a insatisfação dos trabalhadores em saúde resulta da ineficiência do sistema público de saúde e a sua desvalorização.

Ayres (2004) já mencionava que os profissionais de saúde não estão satisfeitos, devido ao elevado grau de hostilidade dos usuários e à ineficiência dos serviços prestados.

A micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das vivências da família no território e no domicílio, onde os sujeitos que aí convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar (FERREIRA et al., 2009).

Os ACS tem se revelado um ator instigante no que se refere às relações de trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes científicos, pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde.

Pelo fato de o ACS fazer parte do mesmo universo sociocultural e linguístico da comunidade, tem-se possibilitado a composição de bons encontros entre eles e os informantes. Isso tem contribuído para reconhecer as singularidades, o estímulo para a criatividade e a implementação de estratégias que visem ao autocuidado e o incentivo da família para participação do tratamento, o que propicia aos informantes aumentar a potência de agir, que se expressa positivamente no modo de se cuidar.

Acreditamos que o vínculo criado entre as ACS e os usuários constitui o maior incentivo para superar os fatores desmotivadores no processo de trabalho.

A fala da ACS3 revela o significado de suas ações aos usuários, ao serviço e como forma de aprendizado para a sua vida. Sua atuação implica o envolvimento pessoal e emocional.

[...] você nem imagina como isso faz bem pra gente! Esse trabalho que a gente faz, vai na casa de um, de outro, tenta resolver os problemas, eles chamam a gente, as vezes a gente programa pra ir na casa de três, mas aí chega lá fica conversando, e num dá pra ir nos três, o outros ficam pra amanhã, porque eles tem muita coisa pra falar, eu já até falei pra a E, se fosse só pelo dinheiro já tinha parado, mais isso faz tão bem pra gente (pausa) na vida da gente, que parecesse que acontece até um milagre com o pouquinho que a gente ganha! (se emociona e fica difícil conter as lágrimas)

Por vezes, seu trabalho ainda é tomado pela lógica do modelo hegemônico, no qual priorizam a marcação de consultas médicas e suas ações e práticas educativas voltadas para história natural das doenças. É preciso romper com esse modelo e repensar o processo de trabalho dos ACS. Essa forma de atuação deve-se, principalmente, à organização do processo de trabalho em saúde e à visão medicocêntrica de alguns informantes que levam os ACS a modularem sua atuação, como percebemos no depoimento que segue.

[...] você acha que está certo, a gente vai lá consultar e eles num dão nem um comprimido pra gente beber, nem manda a gente fazer um exame, num está certo isso não! Eu sou melhor que esses doutor, porque se fala que está com problema nos fígado, eu já falo você panha um pouco de losna, amassa bem num copo com água e bebe, então é assim, agora eles não, num dão nada. (Isadora, 74 anos, 30/06/2011, 23ª entrevista)

Concordamos com Franco e Magalhães-Júnior (2004) que o processo de trabalho em saúde deve ser compartilhado e reconhecer que o sujeito traz consigo, além de um problema

de saúde, certa subjetividade, uma história de vida que também são determinantes do seu processo de saúde-doença.

5.4 A produção dos cuidados em saúde: o distanciamento com a humanização

Este núcleo de significado compreende as unidades de sentido: o “Modelo de assistência” e a “Invisibilidade do usuário e do trabalhador em saúde”, a partir dos sentidos atribuídos pelos informantes ao modo como são cuidados, ao relacionamento interpessoal, ao vínculo e ao acolhimento.

Meu primeiro contato com a Unidade da ESF para a realização do estudo foi em junho de 2009, um encontro previamente agendado com a M e a E. O encontro foi realizado no consultório médico da Unidade e teve duração de 60 minutos. Senti-me nesse momento uma estranha no serviço por não conhecer a maioria dos trabalhadores que ali atuavam, exceto a M, para quem tive a oportunidade de ministrar aulas em curso de especialização e uma das ACS. Os trabalhadores de saúde da unidade me olhavam, mas sequer perguntavam o objetivo da minha presença. A E se apresentou como coordenadora da Unidade. Sentei de frente para as duas profissionais, iniciamos o diálogo com relatos de minhas experiências acerca da temática e a responsabilidade de uma atuação mais eficaz, com vistas à melhoria da adesão da pessoa com HAS ao tratamento. Ressaltei que a realização do estudo dependeria da aprovação da coordenação da Unidade da ESF, da Secretaria de Saúde e do Comitê de Ética da Universidade. Elas permaneceram atentas e, enquanto apresentava o projeto, gesticularam com a cabeça em sinal afirmativo. Após a apresentação, M referiu que o estudo é muito interessante, pois vai ao encontro de suas maiores dificuldades com as pessoas com HAS, a adesão ao tratamento. Alega que os pacientes não tomam corretamente a medicação, nem aderem a outras formas de tratamento, principalmente às orientações nutricionais. Ressaltou que, para a organização do serviço e para um melhor acompanhamento para os retornos, os pacientes foram classificados de acordo com o grau de risco e isso melhorou um pouco a atenção às pessoas com HAS, o que vincula a validade da receita ao retorno médico. A E mencionou que na Unidade não tem protocolo de atendimento e ressaltou que a Secretaria de Saúde elaborou uma proposta que ainda não foi implementada. Ressaltou a inexistência de reuniões e de formação de grupos com as pessoas com HAS e que o contato da enfermagem se dá somente na pré-consulta. Comentou ainda, a grande dificuldade para atualização do

cadastro do HIPERDIA, uma vez que os usuários quando vão à Unidade e, quando vão, o fazem apenas para consultas médicas. Alegam que várias tentativas têm sido feitas para a adesão do cliente às consultas. Uma estratégia que foi implantada, mas que também não se mostrou eficaz foi a reserva de cinco vagas diárias para os usuários cadastrados no HIPERDIA, porém, como a procura foi pequena, foi necessária a redistribuição das vagas para o atendimento da demanda.

Elas se mostraram muito receptivas, interessadas e ofereceram apoio no que fosse necessário para o desenvolvimento do estudo. Ao término desse encontro, a E me convidou até a sua sala e se mostrou preocupada com a necessidade de implementação de ações para melhoria no atendimento aos usuários cadastrados no HIPERDIA. Ela retirou do armário de aço uma pasta polionda azul com documentos. Lá estavam o Consolidado Anual de Famílias e o Sistema de Atenção Básica-SIAB, para que eu pudesse conhecer um pouco mais a realidade do serviço, as áreas adstritas e a situação do acompanhamento dos usuários do HIPERDIA. De posse desse material e com o parecer favorável da E, ela disponibilizou sua sala e iniciei a coleta de dados a partir do Consolidado Anual de Famílias cadastradas por área da Secretaria de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente e SIAB (2008). Anotei no meu diário de campo todas as informações que julguei pertinentes ao estudo, inclusive registrei os dados como nome completo e endereço das pessoas com HAS. Demorei cerca de três horas na análise e no registro dos dados. Ao término, agradei a atenção e a disponibilidade e reafirmei que a coleta de dados em campo iniciaria após a aprovação do projeto.

No decorrer deste estudo, percebemos a forte influência do modelo biomédico nas ações em saúde, pautado basicamente no modelo focado nas queixas, em consultas médicas, no encaminhamento para exames, na distribuição de medicamentos e nas atividades intramuros.

As visitas domiciliares são realizadas em situações específicas por indicações das ACS. Uma das dificuldades apontadas para a consecução dessa estratégia é o acúmulo de atividades, principalmente administrativas, a falta de estrutura do serviço em oferecer transporte, dada a distância geográfica de algumas áreas de abrangência da Unidade e o cumprimento de ordens de instâncias superiores para que profissionais, tais como dentistas, não mais realizassem as visitas.

A baixa cobertura do atendimento médico e a forte pressão de demanda restringiram ainda mais as ações da equipe com prioridade para as consultas médico-curativo.

O contato das pessoas com HAS e os profissionais de enfermagem ocorre durante a triagem para a consulta médica, com duração média de 6 minutos para a aferição de peso, de altura, de pressão arterial, de circunferência abdominal e para o levantamento da medicação em uso para o preenchimento do HIPERDIA.

Essa realidade é muito parecida com a encontrada em ESF por Franco e Merhy (2006), no qual o processo de trabalho está estruturado no modelo médico hegemônico, em que a consulta médica é o centro do trabalho em saúde. A hegemonia médica na determinação da produção de serviços de saúde faz com que os “procedimentos” centralizem o campo tecnológico que responde às necessidades dos usuários.

Em um aspecto, a ESF diverge da encontrada por esses autores, pois o fluxo de atendimento aos profissionais não médicos, não são estruturados pelos atos do médico. Eles têm autonomia para o trabalho assistencial, sendo que, qualquer um da equipe pode encaminhar o usuário para o fisioterapeuta, o nutricionista e o psicólogo. Entretanto as contradições de um modelo que foi implantado com o objetivo de romper com o modelo tecnoassistencial ainda são uma realidade.

No tocante à humanização, apesar de ser um termo amplamente difundido nas práticas dos cuidados à saúde, inexistente uma definição clara a seu respeito, mesmo no PNH. Geralmente designa a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e de sua cultura, além do reconhecimento do profissional e da promoção da saúde.

A humanização tem sido o eixo norteador para repensar as práticas em saúde, no sentido de maior integralidade, efetividade e acesso, porque valoriza a horizontalização das decisões do trabalho em equipe e a participação dos atores com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários (MARIN; STORNILO; MORAVCIK, 2010).

A humanização no atendimento abrange iniciativas que apontam para a democratização que envolve o atendimento, o maior diálogo e a melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. O desafio da humanização consiste uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (DESLANDES, 2004).

O cuidado humano constitui a práxis dos profissionais de saúde e deve ser desenvolvido mediante o compromisso com o humano em sua integralidade corpo/mente/alma, abraçando a ética, moral e estética, fomentadores de postura profissional

capaz de contemplar as multidimensões da pessoa humana, a partir da transversalidade entre o saber científico e o ser humanístico (NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Para o cuidado humanizado, torna-se fundamental revalorizar o saber do senso comum, abrir espaços para o diálogo, o que propicia o acolhimento, o ato de assumir e de compartilhar responsabilidades e a reconstrução contínua da percepção de si e do outro.

A revalorização do saber do outro e das singularidades é apropriadamente citada por Teixeira (2005, p. 593) ao mencionar que “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.”

Conciliar um atendimento de qualidade num saber consagrado apoiado em regularidades do processo saúde-doença, com a dimensão da subjetividade e o contexto socio cultural do usuário, constitui um dos grandes desafios da atenção humanizada (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 2009).

A insatisfação de alguns informantes com o atendimento prestado pela ESF, recai sobre a necessidade de melhoria de um modelo essencialmente tecnoassistencial, principalmente, diante das dificuldades em que se encontra a Unidade.

[...] ah! você ve só esse postinho que nos temos aqui, antes tinha dois médicos, tinha fila mais todo mundo era atendido (Paulo, 71 anos, 04/10/2010, 10ª entrevista)

Depreende-se que a insatisfação dos informantes se justifica pela dificuldade de acesso às consultas médicas, aos exames e à medicação. Essa concepção tende a valorizar as tecnoassistência, em detrimento das tecnologias leves, o que contraria o atual modelo de assistência que se busca implementar.

Nossas percepções coadunam ao modo de pensar de ACS2, ao ressaltar:

[...] eu acho se tiver alguma coisa, um abaixo-assinado para voltar o que era, eu acho que eles iam adorar de paixão, vão ter vários médicos, do jeito que eles gostam, principalmente para o pessoal daqui, se fosse para eles escolher, eles preferem. Agora para o pessoal lá do outro bairro que num tinha nada, então eles gostaram do PSF, mais como aqui mudou, eu acho que eles gostavam mais como era antes.

Por outro lado, emerge dos depoimentos a necessidade de um cuidado individualizado e compartilhado para além de um modelo tecnoassistencial.

[...] eu acho que tinha que dar mais atenção para gente! (Maria Aparecida, 55 anos, 13/08/2010, 3ª entrevista)

[...] é (passa a mão no tórax e lateraliza a cabeça) tem médico que num põe a mão na gente não, às vezes nem conversa! Então como é que sabe o que a gente tem? (Pedro, 80 anos, 04/08/2010, 9ª entrevista)

[...] mais lá tem muita coisa errada (faz movimentos rápidos com a cabeça em sinal de negação) aquelas meninas, elas estão preocupada mais com os problemas delas, do que dos doentes. (Maria de Fátima, 55 anos, 5/5/2010, 1ª entrevista)

A insatisfação com o modelo de assistência oferecido pela ESF deve-se ao fato de que eles buscam por um cuidado centrado não apenas nas tecnologias duras, mas também nas leves para a solução dos danos causados pelo adoecimento não apenas funcional, mas, sobretudo, o existencial. Contudo, o modelo de assistência ainda prioriza as tecnologias duras para o atendimento dos usuários.

O trabalho em saúde, como defende Merhy (1997; 1998), deve ser um processo relacional, produzido por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas no qual se estabelece um jogo de expectativas e produções, criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações tipificadas como tecnologia leve.

Muitas vezes, as necessidades dos usuários são até percebidas, como evidenciamos no depoimento da ACS4.

[...] às vezes a gente tem que entender, parece que uns saíram do caldeirão do inferno e vêm atormentar a gente aqui. A gente até entende!...(pausa e gesticula com a cabeça em sinal afirmativo) então a gente agora vem trabalhar por causa disso tudo.

Mas, às vezes, não são efetivamente atendidas pela equipe.

Os trabalhadores em saúde reconhecem que o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho. Contudo, como dizem Franco e Merhy (2006) não o decifram e como no caso da esfinge, são engolidos pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saberem, acabam operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Quando emerge das falas *mais atenção e elas estão mais preocupadas com os problemas delas*, a nosso ver o que se reivindica é mais espaço de interação, de escuta, de diálogo, entre profissionais e usuários.

O acolhimento ao usuário, por meio da conversa qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, constituem a micropolítica do processo de trabalho em saúde, com

potência para a mudança do modelo para a produção do cuidado e da cura (FRANCO; MERHY, 2011).

Em nossa concepção, o acolhimento não é a recepção do serviço, nem tampouco diz respeito ao dever de um trabalhador em saúde ou está restrito a uma equipe de acolhimento. Ele é parte do processo de trabalho em saúde e deve ser realizado por todos e em todos os espaços dos serviços de saúde. Para isso, torna-se imprescindível valorizar as tecnologias leves, fundamentadas nos conceitos de humanização, de integralidade, de acolhimento, de cuidado, de redes afetivas, como defende Ayres (2007; 2005; 2004), Pinheiro e Mattos (2008; 2007), Teixeira (2003; 2004; 2005), como eixo das ações para o trabalho em saúde.

O modelo de assistência preconizado para o tratamento da HAS também é motivo de críticas entre os informantes. A princípio, essas críticas nos causaram estranhamento tendo em vista nosso conhecimento pautado prioritariamente no conhecimento científico, tendo nas Diretrizes e nos programas do Ministério da Saúde e das sociedades científicas a base para nossas ações.

As críticas relacionadas ao modo de ser cuidado podem ser evidenciadas no depoimento a seguir:

[...] no caso do SUS, ele lava as mãos, vai tratando todo mundo do mesmo jeito (pausa) a pessoa não senti nada... nada... já dá de imediato medicação, e essa medicação é igual para todos, não é possível que todo problema de hipertensão é igual nas pessoas, pode ser igual o valor, mas cada um desenvolve de um jeito diferente (pausa) nem leva em consideração as diferenças de uma pessoa para outra, aí que eu acho muito difícil [...]o tratamento tem que ser direcionado para a pessoa e não para a coletividade, porque cada um tem um nível cultural diferente e então cada um é diferente do outro (olhar firme). (Wellington, 54 anos, 21/05/2010, 2ª entrevista)

Eles também reivindicaram por orientações específicas para o *problema*, para o tratamento e para a melhor forma de lidar com ele.

[...] ah! eu acho que o médico tinha que orientar mais a gente, falar que num tem cura, falar que é para o resto da vida, eles num fala não, a gente ouve isso na televisão, a gente que tem essas doença crônica, porque pressão é crônica, num é mesmo? [...] tinha que ser mais orientado. Eles num fala não, eles atende a gente igual a outra pessoa que num tem, eu acho que a gente tinha que ter mais orientação[...]chega lá eles mede a pressão, a pressão tá alta, pergunta assim, toma remédio? Faz tempo que tomou? (entonação forte da voz) e dá receita e só, eu acho que num pode ser assim não (movimenta a cabeça em sinal de negação). (José Antônio, 58 anos, 08/07/2010, 3ª entrevista)

[...] eu não sinto nada ruim, mas quem que não conhece o corpo? Alguma coisa está errada, eu não tenho certeza de mim. Por trás dessa pressão (comprime os lábios e gesticula com a cabeça em sinal afirmativo) que eu não sinto nada...nada... tem alguma coisa pior, eu preciso

ver o que eu tenho, mas eu falo e ninguém me entende. (Vinícius, 54 anos, 23/06/2010, 1ª entrevista)

[...] precisa ter muita gente pensado assim como a senhora para que possa mudar.... senão.. (movimenta a cabeça em sinal de negação) continua desse jeito.... é como tratar a boiada...tudo igual. (Wellington, 54 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista, grifo nosso)

Quando mencionam “eles atendem a gente igual a outra pessoa que num tem” e “é como tratar a boiada...tudo igual”, eles esperam nesses encontros por mais atenção, por conversa qualificada, por relação de dialogicidade, por cuidado individualizado, por meio dos quais profissionais de saúde e usuário possam compartilhar conhecimentos, dúvidas e encontrar o melhor caminho para o convívio com o *problema*.

A falta do cuidado individualizado impede de conhecer o modo de pensar e de agir das pessoas e impossibilita a elaboração de planos de cuidados que atendam às necessidades individuais. Não se trata de conhecer para melhor dominar, mas de se deixar transformar no diálogo com o saber outro (IRIART, 2003), pois a dialogicidade facilita o surgimento das dificuldades e promove um novo entendimento, que pode conduzir à ação e à transformação das pessoas envolvidas (SILVEIRA; RIBEIRO, 2004).

As dificuldades em atuar de forma adequada e necessária a esse novo modelo de trabalho também é uma realidade encontrada nos estudos Ferreira, Schimith e Cáceres (2010).

Devemos reconhecer que no campo do cuidado há uma face de subjetividade, que é o modo singular como a pessoa vê o mundo e sua experiência de adoecimento, que estão para além da dimensão biologicista.

Parafraseando Franco e Merhy (2011), devemos enxergar o sujeito que habita o corpo, valorizando sua complexidade, sua profundidade e outras dimensões da vida que pulsam no corpo, e se inscrevem na sua subjetividade.

Ancorados nessa concepção, é preciso superar o processo doutrinário de forma a valorizar as experiências com o adoecimento e o contexto histórico-social e cultural das pessoas, o que nos permite avaliar não apenas cifras pressóricas, mas sobretudo, os aspectos subjetivos no processo de adoecimento. A interação que se processa entre a pessoa com HAS e a equipe de saúde propiciam encontrar na equipe suporte para o enfrentamento das adversidades produzidas pelo adoecimento crônico.

A partir da integração dos mundos do trabalho e profissional numa perspectiva humanística, possibilita-se implementar uma prática inovadora que busca potencializar a vida

e a multidimensionalidade da experiência humana (MATHEUS; DE DOMENICO; IDE, 2010).

Percebemos que a dificuldade de humanização das práticas em saúde e a atuação verticalizada do profissional justificaram a insatisfação de Maria Cândida ao modo de ser cuidada.

[...] mais eu num gostei dele (médico) de jeito nenhum (retorce a boca e gesticula com a cabeça negativamente) eu entrei, ele mandou sentar, eu sentei e ele ficou do outro lado da mesa e só perguntou o que que a senhora tem? (entonação forte de voz). Minha língua, na hora comichou de vontade de falar assim pra ele, se eu soubesse o que eu tinha eu num tinha vindo aqui não, mais aí eu pensei, deixa eu ficar quieta, num adianta eu ficar falando, aí eu falei que estava com dor na mão (esfrega as mãos nos punhos) aí na mesma hora ele escreveu a receita e me entregou, nem pois a mão na gente! (Maria Cândida, 75 anos, 28/09/2010, 8ª entrevista)

Com frequência, o motivo explícito que leva o cliente à consulta nem sempre é o motivo real ou, pelo menos, o mais importante. É necessário estar atento para decodificar e, no momento oportuno, responder aos motivos implícitos.

O motivo explícito, conforme Maldonado e Canella (2003), é, às vezes, apresentado como a razão aceitável, o cartão de apresentação que justifica a consulta, mas que encobre ansiedades e preocupações mais importantes.

Por meio da queixa imprecisa, se expressam as dores da vida, as dificuldades no enfrentamento dos desafios que, por vezes, atravessam nosso cotidiano e os dilemas que parecem não ter saída.

Percebemos que a atitude impositiva do profissional gera insatisfação e a não adesão às recomendações como revelou Maria de Fátima no seu depoimento.

[...] mais aqui...(pausa) eu falei, eu num quis mesmo, ela (nutricionista) simplesmente me deu uma folha de papel e toma (gesticula com a mão de forma rápida a entrega do papel) e faz isso aqui, mais num é assim não! Além de ficar muito caro! (Maria de Fátima, 55 anos, 12/05/2010, 2ª entrevista)

Faz-se necessário que entre o profissional de saúde e o cliente se forme o vínculo humanamente simétrico, o que possibilita estimular a co-responsabilidade do cliente ao tratamento.

Constatamos, ainda, que a dificuldade na interação, na dialogicidade e na valorização do conhecimento do senso comum que ocorre no encontro entre o cliente e o profissional de saúde corrobora para a insegurança e para o abandono do tratamento.

[...] agora eu num vou lá mais não, mais Deus que me perdoe (bate a mão na boca várias vezes) mais eu fiquei com muito medo por causa do remédio que ela me deu para beber, quase me matou, eu num volto mais lá não. Aqui oh! (comprime os lábios, fecha as mãos, entrecruza os braços e bate a face posterior do punho direito, várias vezes na face anterior do punho esquerdo) eu não vou não! eu não vou não, pode esperar sentadinho! Deus fala assim pra gente PREVENI QUE DEUS TE AJUDARÁ, então é isso, eu num vou mais lá não, Deus que me perdoe, mais quase me matou! (Anônimo)

A dificuldade no acolhimento que se estabelece entre o trabalhador de saúde e o usuário corroboram para a insatisfação e a revolta com o serviço de saúde.

[...] cheguei lá fiquei esperando, e foi passando gente na frente dele, ele já foi ficando sem paciência queria vir embora de qualquer jeito, mais aí eu falei pra ele esperar um pouco que logo a médica ia atender, e nada, foi passando gente na frente. Aí ele foi ficando sem paciência, nervoso, o povo falando sem parar e aí eu falei, sabe de uma coisa? Vamos embora. Mais me deu tanta raiva, num era pra ela atender ele primeiro, olha a idade dele, ele que tinha que ser atendido primeiro. Mais eu fiquei com tanta raiva, mais eu falei num volto mais lá, mais eu estou só esperando ela vir aqui, que eu quero falar pra ela. (Esposa de Pedro)

Os sentidos atribuídos ao modo de ser cuidado revelam a valorização das tecnologias duras, o autoritarismo e as conversações monológicas, o que dificulta o acolhimento, o vínculo e a integralidade, reduzindo-se, assim, a eficácia da assistência prestada.

A realidade nos tem mostrado que as práticas em saúde vêm passando por sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde da sociedade. Esforços têm sido empreendidos na tentativa de superar o modelo centrado na doença, no tecnicismo e nas relações impessoais.

De acordo com Franco e Merhy (2006) as práticas em saúde devem estruturar-se a partir das diretrizes do Acolhimento, do Vínculo, da Responsabilização e da Autonomização.

O acolhimento deve possibilitar a universalidade do acesso aos serviços de saúde, de forma que todas as pessoas que procuram o serviço de saúde tenham suas necessidades escutadas. Essa escuta deverá ser específica, profissional, qualificada, cujo compromisso seja oferecer a resposta mais adequada, ou seja, a resolução do problema apresentado quer por meio de encaminhamentos, de agendamentos futuros, ou mesmo, da solução imediata.

O vínculo se baseia no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores. Se o usuário não se sente à vontade em falar sobre suas condições e sentimentos, é porque o vínculo ainda não se efetivou.

É importante considerar que não bastam apenas cursos e treinamentos sobre acolhimento e vínculo, é preciso que esses princípios se inscrevam no plano subjetivo de cada

membro da equipe de saúde para que eles possam ser implementados no cotidiano de serviço. Caso contrário, continuarão sendo tomados sucessivamente pelo modelo biomédico.

A responsabilização constitui o compromisso da equipe no que diz respeito à produção do cuidado e à autonomização significa ter ganhos de autonomia do usuário para viver a vida.

No cuidado em saúde, o profissional age na interação de acordo com suas perspectivas, concepções e significações sobre o usuário, a relação que tem com ele, sobre a doença, tratamento e adesão ao tratamento. Da mesma forma, o usuário age conforme significados, concepção, percepção e perspectiva que tem sobre a doença e sobre o tratamento (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

No processo de interação que se processa entre esses diferentes horizontes e perspectivas fundamentar-se apenas no modelo biomédico, as dimensões humanas relacionadas à experiência da doença e as dimensões culturais e sociais são desprezadas, criando-se barreiras para a eficácia dos cuidados, pois, como defende Kleinman(1980), torna-se difícil compreender as diferentes maneiras de pensar e agir diante do adoecimento crônico.

No cuidado com a saúde, o profissional deve formar no outro a possibilidade de ele encontrar em si o desejo de se cuidar. O querer e a vontade não dizem respeito ao conhecimento, mas sim ao sentido, e isto está no âmbito da subjetividade.

Ao produzir desejos e potência de cuidar-se, propiciamos o empoderamento das pessoas com HAS, o que possibilita a elas um aprendizado que as torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas pela enfermidade.

Para atingir essas mudanças tão almejadas pelos profissionais nos cuidados em saúde, é preciso valorizar as conversações dialógicas, abrir espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, de escuta, de olhares e pelo toque, em que os sentidos operam junto com os saberes, o que permite ao sujeito expressar seus sentimentos, tentando entender suas preocupações, suas visões e suas expectativas; deixar os discursos profissionais em suspenso e abrir-se para o conhecimento do outro; conjugar saberes e, se necessário, modificá-los; fortalecer a autonomia dos clientes; reconhecê-los como seres dotados de singularidades, de potencialidades e de fragilidades.

Deve-se, ainda, promover a saúde com respeito às diferenças, potencializando as capacidades individuais, sociais e coletivas, levando em conta o contexto real em que as pessoas vivem, trabalham e fazem a vida acontecer (BACKES et al., 2009).

Diante do exposto, são muitos desafios a serem superados pelos profissionais de saúde a fim de que possam proporcionar cuidados efetivos em busca de uma melhor adesão da pessoa com HAS ao tratamento. Dentre esses desafios, estão a desterritorialização no processo

de trabalho em saúde, ou seja, romper com o modelo existente que se instalou como verdade para formar um novo território e formação de nova subjetividade (FRANCO; MERHY, 2011); a necessidade de compreensão da Linha de Cuidado como organizadora do trabalho, ou seja, a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário; a vinculação das equipes de saúde com os usuários, responsabilizando-se por eles; a definição de protocolos clínicos que incluam terapêutica medicamentosa adequada e procedimentos adaptados às especificidades do usuário, suas necessidades e singularidades.

Os protocolos devem buscar a eficiência, a racionalidade, bem como se adequar às necessidades, aos valores e às preferências do usuário, constituindo-se em elemento essencial para um bom cuidado; devem constituir uma ferramenta e, não, uma doutrina (MALTA; MERHY, 2010).

Dada a singularidade na forma de pensar, encontramos relato positivo sobre o atual modelo de assistência em comparação com o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

[...] eu acho que até melhorou a saúde, mais precisa mais, eu sou da época do INAMPS que se num tivesse dinheiro não consultava de jeito nenhum, era só uns que conseguiam sem pagar, se num tivesse dinheiro morria mesmo! (Paulo, 71 anos, 09/06/2010, 3ª entrevista)

Outros revelaram experiências bem sucedidas com o atendimento da ESF, pois o profissional de saúde demonstrou interesse pelos seus problemas.

[...] mais eu gostei tanto de consultar com ele! (médico) que ele podia ficar. Ele é tão atencioso com a gente. Olha só até com que ele está preocupado (efeitos da medicação no desempenho sexual). (Maria de Fátima, 55 anos, 05/10/2010, 6ª entrevista)

[...] mais aquela médica ali do posto é 100%, ela ouve a gente, ela tem hora pra discordar, porque nem tudo ela pode concordar com a gente, num é assim mesmo! (Paulo, 71 anos, 14/03/2011, 11ª entrevista)

Os problemas relacionados à humanização do cuidado repercutem no relacionamento do usuário com a equipe, o que dificulta ao usuário expressar seus sentimentos, suas dúvidas e seus problemas e traz como consequência a revolta e a insatisfação com a Unidade da ESF.

Os sentimentos negativos constantes nos depoimentos nos causaram estranhamento, contudo nos permitiram compreender a maneira de pensar e de agir dos informantes.

Nossas interpretações, diante da falta de sensibilidade do trabalhador em saúde para perceber e acolher o outro, é traduzida pela (in) visibilidade do usuário frente à equipe de saúde.

[...] é...(pausa) mais aquele ambulatório está ruim demais (pausa) você sabe que hoje eu fiquei nervoso. Cheguei lá falei pra secretária que queria verificar a pressão, e sentei lá fora. Você sabe que eu fiquei contando o tempo.... esperar 10 min, eu espero, mais do que isso não, aí a outra funcionária saiu lá fora, num falou nada, nem cumprimentou, saiu de nariz em pé, esquentou um sol, ficou lá fora, entrou, saiu de novo, e eu fui ficando nervoso com aquilo, quando foi da terceira vez que ela ia sair, eu falei: olha aqui (aponta com o indicador) faz 15 min. que eu estou aqui, esperando você pra verificar a minha pressão e você nem me viu aqui, e você aí dessa recepção, num falou pra ela que eu ia verificar a pressão? Não! O senhor me desculpe, eu falei num desculpo não, o senhor me perdoa... não, perdoar só Deus. Eu acho que vocês têm que atender melhor as pessoas que estão aqui, porque se vem aqui é porque está precisando e vocês não atende bem ninguém! [...] você viu ontem a demora para me atender (lateraliza a cabeça, comprime os lábios, tom forte de voz), ela só me atendeu porque eu falei que ia contar quanto tempo ia demorar para ela verificar minha pressão, senão eu ia ficar lá até quando esperando (comprime os lábios) até que enfim ela lembrou de me chamar! (Vinícius, 54 anos, 20/07/2010, 3ª entrevista)

[...] quando eu estava lá (outra cidade) eu num tinha nada! Foi só vir pra cá fiquei desse jeito. Eu tenho vontade de voltar pra lá. É...(pausa) lá (fica pensativa, passa a mão no cabelo) num tem recurso, mais a gente vai melhorando mais lá! porque aqui eles num liga pra gente não[...] você acha que está certo, levou lá os exames e o médico pegou, nem olhou direito e jogou de lado e num falou nada, só falou assim: você já pode ir embora. Num existe ninguém nessa face da terra que num tem nada! (levanta as mãos para o alto, faz movimentos rápidos com as mãos e olha para cima) ele nem olhou os exames. (Isadora, 74 anos, 04/06/2010, 1ª entrevista)

[...] o atendimento ali de cima (CAPS) é muito melhor do que aqui do postinho, a gente é bem recebido, eles dão atenção pra gente, é qualquer um, médico, enfermeiro, psicólogo, todo mundo atende a gente muito bem. (Vinícius, 54 anos, e esposa, 20/07/2010, 3ª entrevista)
[...] o relacionamento do médico com o doente tem que ser bom, senão num vale de nada, se você vai num médico que num agrada nem adianta ir. Aqui tem uns bons, mais também tem uns.... (retorce a boca e com a cabeça faz sinal de negação) [...] tem uns que eu num posso nem ver, se sabe eu estava trabalhando de pedreiro ali perto do correio e tinha uma consulta ao meio-dia, eu estava na hora do serviço. Eu fui lá do jeito que eu estava, a roupa estava suja, [...] chegou lá eu fui subir na mesa pra ele me examinar aí ele falou assim: desse jeito você vai sujar tudo a minha mesa, aí eu falei assim: oh doutor! Eu estou no meu horário de trabalho, eu num sou vagabundo, não, eu num tive jeito de trocar de roupa, se o senhor quiser me atender é assim, senão eu vou embora. Aí ele consultou, mais num adiantou nada, porque aquilo já ficou na minha cabeça! (Paulo, 71 anos, 14/03/2011, 11ª entrevista)

As singularidades na forma de pensar, associadas às peculiaridades da HAS, fazem com que as pessoas não precisem apenas de cuidados físicos, mas que necessitem, acima de tudo, de estímulo, de esperança e de compreensão.

Apreendemos que os profissionais de saúde ainda tratam a doença e não a pessoa com a doença; assim, a invisibilidade é da pessoa e não da HAS.

Apoiamo-nos em Heidegger para compreender o modo de ser impessoal de alguns trabalhadores em saúde quando ele menciona

[...] a vida cotidiana faz do homem um ser preguiçoso e cansado de si próprio, que, acovardado diante das pressões sociais, acaba preferindo vegetar na banalidade e no anonimato, pensando e vivendo por meio de idéias e sentimentos acabados e inalteráveis, como ente exilado de si mesmo e do ser (HEIDEGGER, 1996, p. 8).

Os profissionais de saúde precisam estar conscientes de que suas atitudes e comportamentos afetam o relacionamento e podem criar barreiras, fazendo com que os usuários busquem menos cuidados com a saúde.

Sendo o trabalho em saúde essencialmente relacional, as tecnologias leves operam a função criativa dos serviços de saúde e, portanto, devem conduzir a produção do cuidado.

Como afirma Boff (2004), o mundo é feito a partir dos laços afetivos, sendo o sentimento a dinâmica básica do cuidado.

Reconhecemos que o relacionamento entre o adoecido e a equipe de saúde é de fundamental importância, tendo em vista a necessidade que ele tem de transmitir suas inquietudes, além de apoio e reforço para conseguir adaptar-se à doença.

A equipe deve se constituir em suporte social adequado, vendo os adoecidos como pessoas, dotadas de história e circunstâncias de vida singulares, que precisam ser investigadas e trabalhadas.

É preciso encorajar as pessoas com HAS a assumir a responsabilidade de proteção de saúde, de ajudá-lo dentro de suas possibilidades a adotar hábitos de vida saudáveis para o controle da doença.

Contudo, sem compreender o que as pessoas pensam e sentem diante de seus problemas de saúde, não se podem promover ações que vislumbrem a mudança e a sustentação de um estilo de vida saudável.

No cotidiano de nossa prática profissional, ainda nos deparamos com situações nas quais as relações com as pessoas com HAS são verticalizadas, e as atitudes de pouca solicitude se sobrepõem ao cuidado humanizado, como se o corpo, os órgãos e as percepções se tornassem rígidos e cronificados, assim como a linguagem se cristaliza em torno da doença (VIEIRA, 2004).

Esse modelo precisa ser superado e se deve levar em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, a psicológica, a social, a cultural e a histórica, melhorando a qualidade da assistência à saúde, respeitando-se as singularidades e as particularidades do adoecido.

Reconhecemos que a superação do modelo vigente constitui um desafio, porque demanda diferentes investimentos na formação e na intervenção profissional, visando à atenção da pessoa em vez do corpo doente.

Kleinman (1988) critica o modelo biomédico, dizendo que: “[...] a burocracia médica moderna e as profissões adjacentes que trabalham dentro dela, [...] estão orientados a tratar o sofrimento como um problema de colapso mecânico que requer um conserto técnico [...] em lugar de dar uma resposta espiritual ou moral significativas para os problemas da illness” (p. 27, 28).

A experiência do adoecimento precisa ser valorizada no encontro terapêutico, uma vez que usuário e o profissional de saúde falam e atuam de dois lugares socialmente distintos. A fala dos profissionais de saúde é proveniente de um espaço técnico-científico, enquanto que a do usuário é proveniente de um espaço vivencial, da cotidianidade.

Os profissionais de saúde precisam estar mais atentos à linguagem, à representação e aos códigos de leitura do corpo para o cuidado em saúde, além de conhecer de forma aprofundada o contexto sociocultural dos usuários sob seus cuidados. Caso contrário, não há diálogo possível entre as partes, apenas uma prática regida por relações assimétricas de mando/ obediência; prescrição/ cumprimento da prescrição; podendo essas relações ser mais autoritárias ou mais gentis (Wilson, 2003), ou menos participativas ou educativas ou cooperativas, o que não muda em nada sua natureza estruturalmente assimétrica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

Em contrapartida, percebemos que os demais trabalhadores que compõem a equipe de saúde são pouco reconhecidos e suas atribuições são por vezes desconhecidas pelos informantes. Nossas interpretações diante desses sentidos são traduzidas pela (in)visibilidade da equipe de saúde pelo usuário, uma vez que não há distinção entre as categorias profissionais, fazem referência a equipe de saúde como aquele povo lá, elas, meninas, aquelas mulheres e mulherzada. Outras traduzem seus sentimentos com ambiguidade.

[...] e aí fica aquela mulherzada danada lá fazendo nada, ficam umas sentadas lá fora, outra lá dentro, às vezes fica tudo lá fora conversando, porque num tem médico, acho que aquilo ali pode fechar, num adianta de nada, num é mesmo! [...] Ah! tanto faz como tanto fez, mas o que elas vão falar pra gente da pressão [...] elas são boazinha! (Rosa, 64 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

[...] eu num sei o que que aquele feixe de mulherzada fica fazendo, num tem serviço pra aquilo tudo não! (Isadora, 74 anos 09/06/2010 2ª entrevista)

[...] não, num tem médico, às vezes eu vou lá pra medir a pressão, só aquilo ali, vou lá bater um papo à toa. Mas aí eu vou lá, eles chamam pra tomar um café com pão, demora mais de 4 horas pra bebe esse tal café. (Rosa, 64 anos, 28/05/2010, 3ª entrevista)

A desvalorização atribuída aos trabalhadores em saúde deve-se principalmente à insatisfação com a estrutura organizacional e de funcionamento do sistema formal de saúde e com sua ineficácia em responder às necessidades não apenas funcionais mas, sobretudo, as existenciais que permeiam a vida dos adoecidos.

Reconhecemos a necessidade de mudanças do modelo vigente para se adequar aos princípios da ESF e também por acreditar que ultrapassamos a era apenas do FAZER e direcionamos nossas ações também para a do SER, pois é na presença que o homem constrói seu modo de ser no mundo.

É importante enfatizar que tais mudanças dependem não apenas dos trabalhadores em saúde, mas também se inscreve nas políticas públicas de saúde.

Nesse aspecto, ressaltamos o vínculo e a relação de confiança que se estabeleceu entre pesquisador e pesquisado, pelo fato de se sentirem à vontade para expressar seus sentimentos, suas dúvidas e por solicitar opinião para resolução de problemas e dilemas. Nossas interpretações se apoiam nos depoimentos, dentre os quais:

[...] ah! eu sinto muita falta da sua visita, num é porque agora que eu estou bom, que a pressão está controlada que a senhora num vem mais não! Eu vou ficar esperando, eu sinto bem com a senhora, porque é bom conversar com pessoa que entende a gente. (Paulo, 71 anos, 02/08/2010, 6ª entrevista)

[...] quando a senhora vem é a coisa melhor do mundo, eu passo o dia alegre, porque enquanto eu estou aqui, conversano com a senhora, até esqueço do cigarro, da comida e de dormi. (Carolyne, 55 anos, 07/08/2010, 7ª entrevista)

Cabe mencionar nossa responsabilidade como formadora de recursos humanos para a saúde, pois a formação desses profissionais tem apresentado lacunas importantes referentes ao aprendizado do cuidado. Este não pode se fundamentar apenas em conhecimentos biomédicos, é preciso incorporar também o aspecto humanístico, compreender o significado, a cultura e o mundo que norteiam a vida das pessoas.

Deve superar a competência profissional pautada no domínio corpo-doença e que tem como base a noção do homem sem autonomia, que não pensa, não reflete, não tem sentimentos, cuja história é a história biológica (IDE, 2010).

A política estabelecida como fundamento para o ESF passa a requerer dos profissionais de saúde adentrar na área da família, tendo nela o foco de atendimento e de intervenção.

Cada ambiente passa a requerer o realinhamento de competências uma vez que a defesa e o poder seriam de domínio familiar, cabendo aos profissionais a responsabilidade pela inserção segura e adequada nos diferentes ambientes.

Novas aquisições são necessárias no sentido de viabilizar a decodificação do cenário, o reconhecimento dos códigos e da dinâmica relacional do grupo, as expressões de disfunções físicas, emocionais e comportamentais de seus membros passíveis de sustentar expressões de adoecimento individual e grupal (SOUZA; CAMPOS, 2010).

Algumas iniciativas já apontam para essas mudanças, como a recente publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que visa qualificar e transformar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

Ao final deste capítulo, apresentamos os MEs da pessoa com HAS e dos profissionais de saúde (Figura 1), conforme proposto por Hunt e Arar (2001).

Constatamos, no decorrer da análise e da interpretação dos dados, similitudes e divergências entre os MEs das pessoas com HAS e dos profissionais de saúde, cujos discursos são demarcados por significados culturais determinados pelo contexto de vida de ambos os atores que num encontro se confrontam com diálogos desiguais.

Na elaboração do diagrama, a divergência entre as perspectivas, a visão de mundo clínico dos profissionais de saúde e a visão de mundo vivido da pessoa com HAS, são representadas pela falta de aproximação entre os dois círculos. Já a convergência e a transposição dos círculos, são marcadas pela concordância de respostas o que significa maior similitude entre as perspectivas.

Figura 1 Modelos Explicatórios entre profissionais de saúde e informantes sobre Hipertensão Arterial Sistêmica

Constatamos, ao analisar o MEs sob o ponto de vista do mundo da vida, que o *problema de nervoso* é culturalmente moldado pelo sentido como as pessoas com HAS percebem, experienciam e lidam com ele. As formas culturais e simbólicas de expressão traduzem a percepção dos sintomas e orientam a busca pela cura nos diferentes subsistemas de saúde.

As experiências da pessoa com o *problema de nervoso* estão envolvidas por uma teia de significados que emergem dos seus contextos histórico, social e cultural e, por outro lado, a HAS que deriva do conhecimento científico e do contexto social e cultural dos profissionais de saúde.

Ao compararmos os MEs, constatamos que, no modelo biomédico, a doença é uma interpretação funcional enquanto, para a pessoa com HAS, é uma interpretação simbólica.

As divergências se relacionam à categoria nosológica da doença; à percepção da doença no que se refere às causas, às manifestações, às metas de tratamento e à avaliação. No tocante às estratégias, percebemos discreta consonância, apenas em relação ao tratamento farmacológico.

Constatamos, ainda, que os sistemas de cuidados em saúde se interpenetram, que cuidadores desenvolvem uma abordagem fortemente influenciada por modelos culturais os quais modelam suas ações.

Em relação às causas da doença, para a biomedicina, ela está relacionada à disfunção dos vasos, do coração e do sangue, enquanto para as pessoas com HAS está relacionada ao nervoso.

Quanto às complicações, no modelo biomédico, elas se relacionam à insuficiência cardíaca, à insuficiência renal, ao acidente vascular cerebral, enquanto para a concepção leiga está no infarto, no derrame e na morte repentina.

A divergência entre os diferentes pontos de vista pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento, na satisfação e no uso das instituições de saúde (KLEINMAN, 1980) e os leva, ainda, à baixa percepção e à maior vulnerabilidade (MIDDLETON, 2009).

Kleinman alerta que diferentes perspectivas possam ocorrer entre os modelos explanatórios, mas recomenda que o processo de negociação deva existir entre paciente e profissional de saúde, a fim de propiciar cuidados aceitáveis e efetivos.

Estudo de Middleton (2009) com africanos-americanos revelou que a compreensão leiga diverge do entendimento médico, o que leva à baixa percepção, à falta de seriedade e à sensibilidade e constitui dificuldade que os impede de fazer alterações no estilo de vida.

Ao constatar a divergência entre a visão objetiva (profissionais de saúde) e visão subjetiva (pessoas com o *problema de nervoso*) encontrado neste estudo, concordamos com Gerhardt (2006), ao dizer que apenas um só modelo explicativo não dá conta da complexidade dos elementos envolvidos na prática da integralidade.

Para que se torne possível a “fusão de horizontes” entre estas perspectivas com vistas à melhoria no autocuidado, devem-se buscar alternativas entre os cuidado profissional e o cuidado popular, algumas vezes mantendo, outras negociando e, outras, remodelando.

A partir da interpretação dos dados, compreendemos quando Geertz (1989) diz que o ser humano está envolvido em uma teia de significados que ele mesmo construiu, uma vez que sua cultura estará baseada no legado social que se adquire no grupo social, no modo de vida de um povo e na forma de ele pensar, sentir, acreditar e construir verdades sobre sua realidade.

Reconhecer a existência da pessoa com a HAS e dos sentidos atribuídos às experiências vivenciadas sob a perspectiva da antropologia interpretativa nos possibilitou interpretar a linguagem, ora com familiaridade, ora com estranhamento e compreender que os sentidos construídos ao *problema de nervoso* direcionam para a dimensão simbólica e se articulam com os significados culturalmente construídos.

Decodificar esses sentidos na busca pela interpretação da experiência com o *problema de nervoso* nos direcionou para a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos, articulando o saber científico com o do senso comum dado o contexto multicultural em que vivemos e repensar o processo de trabalho em saúde na busca de cuidados mais efetivos, satisfatórios e coerentes com o contexto de vida dos adoecidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação em interpretar os significados da experiência da doença, do tratamento e da produção de cuidados na perspectiva do adoecido à luz da antropologia, tendo como método de pesquisa a etnografia, nos despertou para a necessidade de superar o paradigma cartesiano e valorizar a subjetividade que envolve experiências pessoais, os significados, os valores e as diferentes formas de estar e de enfrentar situações cotidianas.

Conjugar os conhecimentos do senso comum ao científico nos estimulou a buscar o conhecimento interdisciplinar; a reconhecer a multidimensionalidade dos aspectos que intervêm na doença; a aprofundar as questões inicialmente elaboradas como roteiro para as entrevistas; a implementar outras técnicas, para além das previamente definidas para a coleta de dados; a estabelecer as interações prolongadas com relações dialógicas e conversas qualificadas; a participar de diferentes espaços, além de nos permitir aproximar, observar, anotar, analisar, interpretar e retomar assuntos para interpretar os códigos relacionados às crenças, às concepções, as ideias que revelam o processo de viver com a HAS; bem como a indicar novos sentidos e significados.

Ao nos depararmos com a cultura bem distinta de nosso contexto, procuramos não fazer julgamento de valor, mas buscamos compreendê-la, pois ela influencia a visão singular de mundo dos informantes e orienta seus conhecimentos, suas práticas e suas atitudes.

Este estudo ainda nos possibilitou repensar a práxis, pois essa forma de atuação privilegia a subjetividade no cuidar, valoriza o significado pessoal, o estar junto com o outro, o buscar conhecer o outro, reconhecendo suas potencialidades e fragilidades.

Dessa forma, cumprimos uma de nossas principais tarefas na atenção às pessoas com HAS, que é decodificar os significados evidentes da enfermidade de forma a repensar nossa práxis para prover cuidados mais integrados e contextualizados.

Ao dar relevância à dimensão social e cultural da HAS na perspectiva da pessoa com HAS, compreendemos que a vida com a doença é envolvida por uma teia de significados, que buscamos interpretar por meio da experiência da doença e do tratamento, o que nos possibilita compreender as dificuldades implícitas no processo de adoecimento e na adesão ao tratamento.

Embora nosso estudo tenha apresentado apenas um fragmento local da experiência do adoecimento na perspectiva da pessoa com HAS, nossas interpretações tecidas na análise dos

dados, trazem contribuições importantes para a gestão do processo de trabalho em saúde e demonstram a importância que o conhecimento do senso comum e das emoções que compõem as significações têm para o processo de mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento.

Constatamos que a experiência da doença na perspectiva da pessoa com HAS é moldada pelo contexto sociocultural que determina formas culturais e simbólicas de expressão para traduzir a percepção da doença, a forma como sente e expressa os sintomas e utiliza os recursos de cura.

Ao interpretar as experiências da pessoa com HAS diante de seu processo de adoecimento na busca de significados, constatamos que as percepções que ela possui sobre a doença e tratamento diverge do MEs biomédico, no tocante à categoria nosológica da doença, às causas, às manifestações, ao tratamento, a suas metas e à avaliação.

Percebemos que desenvolvem dois mundos sociais e culturais distintos com pouca interpenetração, o universo cultural dos profissionais de saúde e da pessoa com HAS, sendo que este é desconhecido e, muitas vezes, desvalorizado nas práticas em saúde.

Ao buscar a percepção que as pessoas possuem da HAS, constatamos que o *problema de nervoso* constitui a categoria nosológica para o grupo social pesquisado, díspar dos encontrados na literatura. O *problema de nervoso*, a forma simbólica de representação, constitui um dano muito mais existencial do que funcional.

O nervoso, como causa, é decorrente do estilo de vida marcado pelos conflitos familiares, pelo alcoolismo, pelas experiências de exclusão social, pela violência, pelos processos de aculturação, pelas condições socioeconômicas, pelas doenças em família, pelas comorbidades associadas, dentre outras. Constatamos que as causas que se relacionam ao *problema* refletem mais a história de vida do que as histórias da doença.

Os sintomas marcam o início do *problema de nervoso* e as manifestações que constituem expressões humanas que incorporam os significados do mundo vivido, revelam que alguma dimensão da corporalidade foi comprometida como uma necessidade de reafirmarem a doença. Apoiam-se firmemente na crença da cura do *problema*, contudo as recidivas são previstas, pois os fatores externos que desencadeiam o nervoso, muitas vezes não podem ser evitados, fazem parte da vida.

Diferentemente dos achados de outros autores, ao mencionar que a HAS é uma doença invisível e não ameaça a identidade e o autoconceito, constatamos que, para o grupo social pesquisado, trata-se de uma doença visível, traduzida culturalmente por manifestações subjetivas e objetivas, como peso na nuca, dor de cabeça, pressão na cabeça, sangramento nasal, mal-estar,

coração agitado que quer sair pela boca, jeito ruim, batedeira no coração, veia do pescoço que fica estufada, moleza, tonteira, zoeira na cabeça, veia do pescoço que pula e fraqueza.

Percebemos, ainda, que as causas do nervoso, as crenças, o vínculo frágil com a Unidade de saúde e a presença do *problema*, que modifica a relação da pessoa com o mundo e consigo mesma, pela necessidade de adaptação às novas condições, a leva à ressignificação da vida com repercussões na reconstrução do autoconceito e da identidade.

Constatamos a influência da cultura na alimentação ao interpretar os significados dos alimentos para o grupo social pesquisado. A gordura e a carne de porco, assim como o sal, traduzem a identidade do grupo social e constituem fortes demarcadores identitários locais e regionais, principalmente por relacionar-se à culinária mineira.

As experiências do adoecimento o levam a traçar os itinerários terapêuticos próprios, bem como tecer as redes de apoio.

A família, a espiritualidade e a religião constituem para a pessoa com HAS, as principais redes e apoio social para o enfrentamento da vida com o adoecimento. Elas buscam não apenas apoio material, mas, sobretudo, carinho, afeto, conforto e pessoas que compartilham as vivências cotidianas, as preocupações e as emoções.

A religião e a espiritualidade constituem determinantes do processo saúde-doença, porque ajudam na construção de significados, influenciam a adoção de hábitos saudáveis de vida, constituem a causa e a cura das doenças. Nesse aspecto, as doenças que não vêm de Deus, curam por meio de graça alcançada, já as doenças que vêm de Deus são de caráter permanente e, portanto, aceitáveis de ser incorporadas na vida.

A religião e a espiritualidade tiveram influência positiva sobre o *problema de nervoso* ao proporcionar ao adoecido melhor bem-estar físico e subjetivo, além de contribuir para mudanças de comportamento, para cuidados com a saúde, para ampliar a rede social e propiciar a ressignificação da vida.

O fortalecimento da religião e da espiritualidade como rede de apoio pode ser atribuída à ineficiência e à ineficácia do sistema formal de saúde.

Constatamos que os itinerários terapêuticos se interpenetram para a cura do *problema de nervoso*. O subsistema de saúde familiar constitui o primeiro recurso de tratamento, em que as manifestações são interpretadas, os cuidados são realizados e serve de orientação e de avaliação para os subsistemas de saúde popular e profissional.

O subsistema de saúde popular constitui importante itinerário devido à identidade cultural que se estabelece com o grupo social pesquisado e por proporcionar melhor bem-estar e a remissão dos sintomas.

A eficácia desse tratamento se fundamenta no princípio de que, se a causa do *problema* se relaciona ao *nervoso*, a terapia popular por meio dos benzimentos e ervas é capaz de acalmar muito mais esse estado de aflição do que outras terapias.

A busca pelo subsistema de saúde profissional se dá pela autoavaliação dos sintomas e quando o tratamento do subsistema familiar não se mostrou ineficaz, o que revela uma dificuldade na compreensão do processo saúde-doença.

Apreendemos certa ambiguidade em relação ao tratamento, oscilando entre o poder miraculoso dos medicamentos e do tratamento de natureza popular, apesar de alguns atribuírem maior eficácia a esta forma de tratamento.

A busca pela rede privada de assistência é revelada por uma série de vantagens que contrasta com as barreiras, dentre as quais estão: as crenças; a dificuldade de acesso às consultas e aos medicamentos; a mudança de médico para assistência, o que leva à desmotivação para o tratamento e a perda do vínculo; a insatisfação na relação profissional de saúde-cliente e com o atendimento prestado; a insatisfação com o sistema de distribuição de consultas e a falta de participação popular nos processos de decisão. Apesar de os informantes fazerem uso da rede privada, eles estão vinculados à Unidade por residirem em área adstrita, contudo muitos renegam esse vínculo.

As lacunas evidenciadas entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e do leigo sobre a doença e o tratamento, nos servem de orientação para o planejamento das ações de educação em saúde com vistas a fornecer cuidados humanizados e efetivos em sintonia com as expectativas das pessoas com HAS, o que estimula o empoderamento e o autocuidado.

Ao adotar uma relação dialógica e valorizar o conhecimento do senso comum e o contexto no qual eles se inserem, percebemos que poderosas crenças culturais, o estigma e as experiências de exclusão social, associados às noções da doença e do tratamento e as dificuldades de vencer as ladeiras e as barreiras para o atendimento no subsistema de saúde profissional, dificultam a adesão ao tratamento farmacológico e o não farmacológico.

Reconhecemos que a adesão ao tratamento constitui um desafio, não apenas para a pessoa com HAS, mas sobretudo, para os profissionais de saúde, pois é difícil lidar com contextos culturais e sociais tão diversificados e singulares próprios do ser humano.

Ancorados na concepção da doença como um *problema*, causado por fatores externos e de natureza curável, corrobora-se para valorizar muito mais o tratamento farmacológico do que o não farmacológico, e para o entendimento de que o tratamento se faz necessário até a remissão dos sintomas, o que contraria a concepção biomédica da doença e de adesão ao tratamento.

Constatamos que a cultura que se relaciona às crenças, influencia na percepção da doença, na adesão ao tratamento e os impede de fazer alterações no estilo de vida, o que nos permite compreender as razões pelas quais as pessoas com HAS não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Reconhecemos a necessidade de estimular a potência vital das pessoas com HAS para a ressignificação do cuidado à saúde.

A insatisfação com as diferentes dimensões organizacionais, de estrutura e de funcionamento do serviço, repercute de forma negativa no acolhimento, no vínculo, no cuidado e na adesão ao tratamento.

Dentre os fatores que contribuem para a insatisfação com o subsistema de saúde profissional, estão a falta do médico na composição da equipe que vão de encontro da visão medicocêntrica dos informantes, o relacionamento monológico, unidimensional e assimétrico, as dificuldades no acolhimento e o modelo biomédico de assistência que visa ao tratamento do problema funcional e não valoriza devidamente o problema existencial, razão maior da aflição.

Compreendemos que as necessidades das pessoas que buscam pelo atendimento na ESF são até percebidas, mas ainda não são devidamente acolhidas pela equipe de trabalho.

A invisibilidade da pessoa com HAS deve-se principalmente ao modelo de assistência vigente que não abre espaço para valorizar o doente e sua subjetividade, o que permite compreender seu modo de pensar e agir. Por esse motivo, justificamos que invisível é a pessoa e não a doença.

O desencontro entre as necessidades da pessoa com HAS e o modelo de assistência prestado pela ESF reflete numa relação de hostilidade das pessoas com HAS para com os trabalhadores em saúde. Em contrapartida, os trabalhadores estabelecem uma relação impessoal e fria, o que corrobora para dificultar ainda mais o acolhimento, o vínculo, a valorização enquanto trabalhadores em saúde, o reconhecimento das ações desenvolvidas pela Unidade e a adesão ao tratamento.

Reconhecemos que o SUS avançou na direção da universalidade, mas a integralidade e a equidade ainda constituem desafios que precisam ser superados. E, principalmente diante as condições crônicas, como a HAS, expõem as fragilidades desse sistema e as deficiências de formação dos profissionais de saúde.

Percebemos a dificuldade de alguns profissionais de saúde em lidar com a subjetividade do outro. Talvez a integralidade que se preconiza como fundamento do SUS não tenha sido compreendida em toda sua magnitude.

Há necessidade de repensar as ações em saúde relacionadas com a HAS, pois não são somente as cifras pressóricas ou os órgãos alvo que estão comprometidos, ela agrega sofrimentos de diferentes naturezas, para os quais é preciso voltar nosso olhar. Os problemas da rua, dentre outros, constituem um dos grandes sofrimentos que requer ações de segurança em curto prazo.

O processo de trabalho em saúde fundamenta-se principalmente no modelo biomédico, sendo o processo produtivo pautado no ato prescritivo, o que configura um alto consumo de tecnologias duras em detrimento de tecnologias leves.

As dificuldades relacionadas ao acolhimento, ao vínculo, à interpretação dos ruídos e à desmotivação dos trabalhadores em saúde nos possibilitam compreender a micropolítica do processo de trabalho na ESF. É preciso repensar junto aos usuários as ações de saúde com vistas à melhoria no acolhimento, no vínculo e nas necessidades muitas vezes mal interpretadas e não atendidas.

Não se pode negar o esforço dos trabalhadores em saúde em contornar os problemas, principalmente relacionados às dificuldades de acesso às consultas e às medicações, mas também não é possível negar que as necessidades das pessoas com HAS estão distantes dos objetivos realizados pela Unidade de ESF.

No decorrer de nossa convivência, aprendemos a lidar com as necessidades que emergiram dos depoimentos, respeitando o modo de pensar e agir, algumas vezes negociando, de forma a orientá-los para alcançar o empoderamento e a autonomia no cuidar.

Concordamos com Kleinman (1988), ao ressaltar que para maior efetividade da atenção as pessoas com condições crônicas tornam-se fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora. Do contrário, é tratar como se fosse “uma boiada, tudo igual!”

As ações em saúde têm priorizado as consultas médicas, os níveis pressóricos e os exames para instituir medidas terapêuticas. Estas se voltam essencialmente para o medicamento, para a dieta e para o incentivo às atividades físicas, mas desconsideram a doença como parte do contexto histórico cultural e os significados construídos a partir do adoecimento.

Novas competências tornam-se necessárias no processo de trabalho, capazes de aliar a competência técnica e humana para a implementação das ações em saúde humanizada.

Adentrar o domicílio, espaço de privacidade e de autonomia dos informantes, nos possibilitou uma melhor horizontalização nas relações e na apreensão do seu modo de viver. Essa estratégia deve ser realizada pelos profissionais de saúde que tratam pessoas com

condições crônicas, pois além de permitir a horizontalidade, propicia implementar ações de educação de acordo com o contexto social, econômico e cultural, permite à pessoa discutir suas dificuldades na convivência com o adoecimento e amplia a rede de apoio, possibilitando a ressignificação do cuidado.

Há necessidade na implementação de programas e de protocolos para a assistência à pessoa com HAS, contudo estes não podem ser considerados como um fim em si mesmo, mas um meio que associado às tecnologias relacionais permite à pessoa revelar seus sofrimentos e valorizar o contexto histórico-social e cultural no qual eles se inserem.

Os profissionais de saúde poderiam substituir as práticas prescritivas, coercitivas e de conscientização por um processo continuado de reflexão compartilhada das demandas, das expectativas e associar os conhecimentos do senso comum aos da racionalidade biomédica com vistas ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde.

A relação dialógica e o compartilhamento de saberes em relação à vida com o adoecimento facilitaram o surgimento das dificuldades na adesão ao tratamento e nos possibilitaram um novo entendimento sobre a doença e sobre o tratamento.

Constatamos no decorrer deste estudo mudanças positivas no modo de se cuidar de alguns informantes, dentre eles Isadora, Cleonice, João e Mateus. Essas transformações referem-se à busca de tratamento não apenas médico, mas com outros profissionais de saúde, a tomada regular dos medicamentos, conjugada ao tratamento popular, os relatos de melhora com o tratamento e a busca da religião e da espiritualidade como formas de enfrentamento.

Atribuímos essas mudanças de comportamento não como um passe de mágica, mas buscamos compreendê-las fundamentados nos princípios de Vygotski.

Valorizar a existência do outro, propiciar a interação prolongada mediada pelo contato pessoal, a dialogicidade e o uso de instrumentos, corroboraram para a ação transformadora e a ressignificação do cuidado.

Destacamos também que o comprometimento da família, em algumas situações, cobrado com veemência pela equipe no cuidado com a saúde, constitui um grande diferencial para a adesão ao tratamento. Por outro lado, quando a família não modifica sua rotina para auxiliar ou incentivar a terapêutica da pessoa com HAS, fica muito mais difícil a adesão ao tratamento.

Ressaltamos a relação de confiança que se estabeleceu entre pesquisador e pesquisado, pelo fato de ele se sentir à vontade para manifestar suas alegrias e tristezas, externar suas emoções, relatar fatos íntimos, declarar suas insatisfações, solicitar opiniões para resoluções

de problemas, e ao vislumbrar nossos reencontros como um dos raros momentos para o diálogo. Acreditamos, assim, ter se criado um forte vínculo, motivo pelo qual nossos reencontros não podem de forma alguma se findar ao término desse estudo.

Reconhecemos que os trabalhadores em saúde, principalmente os ACS, mantêm um vínculo com a população, contudo por serem tomados pela lógica do processo de trabalho estruturado no modelo biomédico, dificulta abrir mais espaços para o diálogo, a interação, a interpretação e o atendimento das necessidades.

As reflexões suscitam questões relevantes para repensar o processo de trabalho em saúde, pois colocam em evidência a importância de se valorizar o conhecimento do outro, não apenas do senso comum mas a interdisciplinaridade e a importância da humanização e da integralidade nas ações em saúde.

Coloca-se em questão a formação dos profissionais de saúde que, ainda numa atitude monológica, verticalizada e prescritiva, postulam seus conhecimentos sobre os usuários numa tentativa de persuadi-los para o cuidado e para a adesão ao tratamento.

Ao final deste estudo, apreendemos que são diversas experiências adquiridas, dentre as quais, a do encontro da experiência do pesquisador com as da pessoa com o *problema de nervoso*; a capacidade de associar o adoecimento ao mundo de vida do adoecido; o papel de mediador entre a experiência do senso comum e do conhecimento científico, da alteridade provocada pela natureza deste encontro, da objetividade com a subjetividade, possibilitando a intersubjetividade e a ressignificação do processo de cuidar não apenas para o informante, mas também para o pesquisador, buscando, assim, desvendar a teia de significados relacionados ao processo de adoecimento.

Como uma contribuição deste estudo, sugerimos a implementação de estratégias com vistas ao incentivo da comunidade para a participação nas políticas públicas, principalmente no tocante à segurança pública, à iluminação, à limpeza pública, à organização do espaço urbano, à organização e ao funcionamento da Unidade da ESF, à readequação na distribuição de medicamentos pela farmácia popular de acordo com as necessidades dos adoecidos, à construção de áreas de lazer e ao incentivo para adoção dessas práticas, ao incentivo à implantação de estabelecimentos comerciais para o atendimento das necessidades prementes da população local, como farmácia e mercados.

Defendemos a política de valorização dos trabalhadores na atenção básica para todos os trabalhadores da saúde e sugerimos a revisão do plano de cargos e de salários dos trabalhadores em saúde. E, sobretudo, a necessidade de orientar as pessoas sobre seus direitos, principalmente dos idosos, para o empoderamento e para o cuidado com a saúde.

REFERÊNCIAS

ACHTERBERG, J. **Imagery in Healing**: Shamanism and Modern Medicine. Boston: Shambhala, 2002.

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 157-166.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

AIDOO, M.; HARPHAM, T. The explanatory models of mental health amongst low- income women and health care practitioners in Lusaka, Zâmbia. **Health Policy and Planning**, London, v. 16, n. 2, p. 206-213, 2001.

ALBUQUERQUE, U.P.; OLIVEIRA, R.F. Is the Use-Impact on Native Caatinga Species in Brazil Reduced by the High Species Richness of Medicinal Plants? **Journal of Ethnopharmacology**, Suíça, v. 113, n. 1, p. 156-170, 2007.

ALENCAR, N.L. et al. The inclusion and selection of medicinal plants in traditional pharmacopoeias - evidence in support of the diversification hypothesis. **Economic Botany**, New York, n. 1, p. 68-79, 2009.

ALMEIDA-FILHO, N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 753-799, jul./ago. 2001.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

_____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1549, ago. 2006.

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C. et al. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ALVES, R.R.N. et al. The influence of religiosity on health. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2011.

AMON, D.; MENASCHE, R. Comida como narrativa da memória social. **Sociedade e cultura**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 13-21, 2008.

ANDERSEN, L. et al. Intake of household salt in a Danish population. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 63, n. 5, p. 598-604, 2009.

ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290201000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2011.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Trad. José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-47, jan./fev. 2007.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 205-231. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

AYER, A.V.M.V. Pioneiros desconhecidos. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, p. 96, 1986.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, Intersubjetividade e práticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, jul./set.2005.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 6, p. 117-140.

BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-17, jan./mar. 2009.

BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2.

BAILEY, E.J. An ethnomedical analysis of hypertension among Detroit Afro-Americans. **Journal on the National Medical Association**, New York, v. 80, n. 10, p. 1105-1112, Oct. 1988.

BALDACCHINO, D.R. Nursing competencies for spiritual care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 15, p. 885-896, 2006.

BARATA, R.C.B. **A historicidade do conceito de causa**: epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1985.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Trad. Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARBOZA, C.M.S.; CONSTANTINO, P. Itinerário terapêutico do SUS. **www.perspectivasonline.com.br**, v. 3, n. 9, p. 112-121, 2009. Disponível em: www.perspectivasonline.com.br. Acesso em: 08 set. 2011.

BASTOS, D.S.; BORESTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BEER-BORST, S. et al. Twelve-year trends and correlates of dietary salt intakes for the general adult population of Geneva, Switzerland, **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 63, n. 2, p. 155-164, 2009.

BERG, J. et al. Compliance. In: LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic Illness**. Impact and Interventions. Cidade: Jones and Bartlett, 2006. cap. 10.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo**. 2001. 248f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BERTOLOZZI, M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, p. 1326-1330, 2009. Número especial 2.

BEUNE, E.J.A.J. et al. 'Under pressure': o conhecimento de vulnerabilidade e as práticas de saúde how Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. **Journal of Human Hypertension**, London, v. 20, p. 946-55, 2006.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BLUMHAGEN, D. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. **Culture, Medicine and Psychiatry**., Boston, v. 4, n. 3, p. 197-224, Sep. 1980.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSWELL, G.H.; KAHANA, E.; DILWORTH-ANDERSON, P. Spirituality and Healthy Lifestyle Behaviors: Stress Counter-balancing Effects on the Well-being of Older Adults. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 45, n. 4, p. 587-602, 2006.

BOUTAIN, D. Discourses of worry, stress, and high blood pressure in rural south Louisiana. **Image: journal of nursing scholarsh.**, Indianápolis, v. 33, p. 225-230, 2001.

BOUTIN-FOSTER, C. et al. Applying qualitative methods in developing a culturally-tailored workbook for black patients with hypertension. **Patient Education and Counseling**, Irlanda, v. 77, n. 1, p. 144-147, Oct. 2009.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press, 2003. p. 91-109.

BRANDÃO, A.A. et al. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **Journal of Hypertension**, London, v. 22, p. 111, 2004. Supplement 1.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Portaria conjunta 02 de 05 de março, que cria o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Hipertensão e Diabetes**, Dez. (1) 3. Brasília, DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b.

_____. Portaria nº 371/GM em 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2002c.

_____. Portaria Conjunta N.º 112, de 19 de junho de 2002. Aprova o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus conforme estabelecido no anexo desta portaria. Brasília, DF, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria Nº 399/GM DE 22 DE Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS 3. ed. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2007a.

_____. Decreto 6117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde 2006. Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília, DF, 2008b. v. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.1, p.1-2, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2012**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación para la participación. In: BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEÓN, R. **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 233-250.

BROADHEAD, W.E. et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 117, n. 5, p. 521-553, 1983.

BUCK, A.C. et al. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure and hypertension. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 68, n. 2, p. 314-322, Jan. 2009.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 177-185, 2005.

BULLOCK, K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: BOMAR, P.J. **Promoting health in families**. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 93-222.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

_____. Illness narrative: fact or fiction? **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CADE, N.V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9 n. 3, p. 43-50, maio/jun. 2001.

CAMPOS, M.S. **Poder, saúde e gosto**. São Paulo: Cortez, 1982.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia e saúde no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

_____. A Hipertensão do ponto de vista dos adoecidos In: _____. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC, 2007. cap. 1, p. 19-24.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARDOSO de OLIVEIRA, R. In: _____. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília, DF: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000. P.17-35.

CARVALHO, F.; TELAROLLI Jr. R.; MACHADO, J.C.M. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-621, 1998.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-78, jul./set. 2004.

CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. A noção "estilo de vida" em promoção de saúde: um exercício crítico de "sensibilidade epistemológica". In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2006. p. 68-90. v. 2.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio./ago. 2002.

CONEN, D. et al. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **European Heart Journal**, Oxford, v. 30, p. 1378-1384, 2009.

CONNELL, P.; MCKEVITT, C.; WOLFE, C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. **The British Journal of General Practice**, London, v. 55, n. 514, p. 357-361, 2005.

CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal Médico**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2009.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez, 2004.

COSTA, M.C.S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-382, maio/jun. 2002.

COSTA, M.C.S. et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 252-59, mar./abr. 2008.

CSORDAS, T.J. Embodiment as a paradigm for anthropology. **Ethos**, Washington, n. 18, p. 5-47, 1990.

_____. **Embodiment and experience: the existential ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

CZERESNIA, D. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DANTAS, J.B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 21, n. 3, p. 563-580, set./dez. 2009.

DE OLIVEIRA C.M., et al. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BioMed Central Medical Genetics**, 2008.

DELA CRUZ, F.A.; GALANG, C.B. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Philadelphia, v. 20, n. 3, p. 118-127, Mar. 2008.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIMSDALE, J.E. Psychological stress and cardiovascular disease. **Journal on the American College of Cardiology**, New York, v. 51, p. 1237-1246, 2008.

DONNELLY, T.T. Living "in-between" - Vietnamese Canadian women's experiences: Implications for health care practice. **Health Care for Women International**, Philadelphia, v. 27, n. 9, p. 695-708, 2006.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

DRESSLER, W.; SANTOS, J.E. Dimensões culturais e sociais da hipertensão no Brasil: uma revisão. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 303-15, abr./jun. 2000.

DRESSLER, W.W.; GRELL, G.A.; VITERI, F.E. Intracultural diversity and the sociocultural correlates of blood pressure: a Jamaican example. **Medical Anthropology**, New York, v. 9, n. 3, p. 291-213, sep. 1995.

DUARTE, L.F.D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico- moral? In: ALVES, P.C; MINAYO, M.C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 83-90.

_____. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, M.T.C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUMLER, F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. **Journal of Renal Nutrition**, Philadelphia, v. 19, n. 1, p. 57-60, 2009.

ELIAS, N. **O processo civilizador**. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2004. p. 19-28.

ENCYCLOPÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

ESPINOSA, B. **Os pensadores**: Espinosa. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

ESTOMBA, D.; LADIO, A.; LOZADA, M. Medicinal wild plant knowledge and gathering patterns in a mapuche community from north-western patagonia. **Journal of Ethnopharmacology**, Suíça, v. 103, n. 1, p. 109–119, 2006.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, out./dez. 2010.

FAVA, S.M.C.L. et al. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 536-540, out./dez. 2010.

FAVA, S.M.C.L. et al. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 81-87, 2011.

FAVORETO, C.A.O., CABRAL, C.C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13 n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2008.

FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CÁCERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-20 ago. 2010.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FIGUEIREDO, D. et al. Definition of hypertension: the impact of number of visits for blood pressure measurement. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v. 28, n. 7-8, p. 775-783, July./Aug. 2009.

FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1029-1040, 2004.

FITCHETT, G.; POWELL, L.H. Daily Spiritual Experiences, Systolic Blood Pressure, and Hypertension among Midlife Women in SWAN. **Annals of Behavioral Medicine**, Rockville, v. 37, p. 257-267, 2009.

FLICK, U.W.E. (Org.). **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONGWA, M.N. et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American woman. **Vascular Health and Risk Management**, v. 4, n. 1, p. 157-166, 2008.

FONSECA, F.C.A. et al. Influência de fatores emocionais sobre a Hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

FRANCELI, A.B.; FIGUEIREDO, A.; FAVA, S.M.C.L. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão ao tratamento. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 308-312, jul./set. 2008.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO, 2006. p. 459-74.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES-JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 125-133.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial: In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 53-124.

_____. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, Enero/Abril, 2011.

GADAMER, H.G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, 2002.

GADELHA, A.M.J. et al. Integração entre epidemiologia e antropologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, Feb. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702000000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2011.

GALEANO, G. Forest use at the Pacific Coast of Chocó, Colombia: A Quantitative Approach. **Economic Botany**, New York, v. 54, n. 3, p. 358-376, 2000.

GARMEZY, N. Children in poverty: resilience despite risk. **Psychiatry**, Minnesota, v. 56, n. 1, 127-136, 1993.

GARRO, L. Explaining high blood pressure: variation in knowledge about Illness. **Medical anthropology**, New York, v. 15, n. 1, p. 98-119, Feb. 1988.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

_____. **Nova luz sobre a Antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GERHARDT, T.E.; NAZARENO, E.R.; NOVAKOSKI, L.E.R. Desigualdades sociais e situações de vida em Paranaguá. 1997. 198 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

GIBSON, C. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, Inglaterra, v. 16, p. 354-361, 1991.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOOD, B. **Medicine, rationality and experience**: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

_____. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, Holanda, v. 1, n. 1, p. 25-58, 1977.

GROISMAN, A. Saúde, religião e corpo - seção temática. **Ilha: revista de antropologia**, Florianópolis, v. 7, n. 1-2, p. 111-162, jan./dez. 2005.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.15- 39, 2004.

GUSMÃO, J.L.; MION, J.D. Adesão do tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HALL, J. Spirituality at the beginning of life. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 15, n. 7, p. 804-810, 2006.

HAMMERSLEY, M.; ATIKSON, P. **Ethnography: principles in practice**. Inglaterra: T & F Books UK, 2007.

HEIDEGGER, M. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde, doença**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Cláudia Buchweitz; Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Cláudia Buchweitz; Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HELSEL, D.; MOCHEL, M.; BAUER, R. Chronic Illness and Hmong Shamans. **Journal of Transcultural Nursing**, Califórnia, v. 16, n. 2, p. 150-154, Apr. 2005.

HERRERA, E.M.; POSADA, M.L.A. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. **Avances en Enfermería**, Colômbia, v. 26, n. 1, p. 112-123, 2008.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HEURTIN-ROBERTS, S. High-pertension-The uses of a chronic folk illness for personal adaptation. Part A. Medical psychology and medical sociology. **Social Science & Medicine**. Oxford, v. 37, n. 3, p. 285-294, Aug. 1993.

HIGGINBOTTOM, G.M.A. Pressure of life': ethnicity as a mediating factor in mid-life and older peoples' experience of high blood pressure. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 28, n. 5, p. 583-610, 2006.

HIXSON, K.A.; GRUCHOW, H.W.; MORGAN, D.W. The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females. **Preventive Medicine**, Califórnia, v. 27, p. 545-52, 1998.

HOROWITZ, C.R. et al. How do Urban African Americans and Latinos View the Influence of Diet on Hypertension? **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Nashville, v. 15, p. 631-644, 2004.

HUNT, L.M.; ARAR, N.H. An Analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. **Medical Anthropology Quarterly**, Washington, v. 15, n. 3, p. 347-367, 2001.

IDE, C.A. (Org.). Bases teóricas de um modelo psicossocial da promoção da saúde e bem-estar. In: IDE, C.A.; FONSECA, A.S.; De DOMENICO, E.B.L. **O cuidar em transformação**: orientações para abordagem multiprofissional em saúde. São Paulo: Atheneu, 2010. Parte 2, p. 45-62.

ILLICH, I. **Medical Nemesis**: the expropriation of health. London: Marian Boyar, 1975.

_____. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

IRIART, J.A.B. **Concepções e representações da saúde e da doença**: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal da Bahia, 2003.

JAPIASSU, H. **Ciência e destino humano**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

JONES, J.W. Religion, health, and the psychology of religion: how the research on religion and health helps us understand religion. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 43, n. 4, p. 317-328, 2004.

KAPLAN, M.; NUNES, A. The psychosocial determinants of hypertension. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 13-59, 2003.

KEARNEY, P.M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 12, n. 21, p. 217-223, Jan. 2005.

KEATING, E. Moments of hierarchy: constructing social stratification by means of language, food, space, and the body in Pohnpei, Micronesia, **American Anthropologist**, Lancaster, v. 102, n. 2, p. 303-320, 2000.

KITZINGER, J., BARBOUR, R.S. (Ed.). **Introducion:** the challenge and promise of focus groups. *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. London: Sage, 1999.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural system. **Social Science and Medicine**, Inglaterra, v. 12, p. 85-93, 1978.

_____. **Patients and healers in the context of culture:** an exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. **The Illness narratives:** suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

_____. **Writing at the Margin:** discourse between anthropology and medicine. London: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PloS Medicine**, v. 3, n. 10, p. 1673-1676, Oct. 2006.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: clinical lessons from anthropologic and cross- cultural research. **FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry**, Winter, v. 4, n. 1, p. 140-49, 2006.

KONKLE-PARKER, D. J. A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Philadelphia, v. 13, n. 2, p. 61-68, Feb. 2001.

KREUTZ, I.; GAIVA, M.A.M.; AZEVEDO, R.C.S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 89-97, jan./mar. 2006.

KRONISH, I.M. et al. Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives. **Circulation.**, Dallas, v. 123, n. 15, p. 1611-1621, Apr. 2011.

LANGDON, E.J. **A negociação do oculto:** xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-ético. 1994. 107f. Tese (Doutorado) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

_____. Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman. **Campos: revista de antropologia social**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 113-117, 2009

LANGDON, E.J. et al. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-46, 2006.

LANGDON, E.J, WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, [Internet]. mai-jun 2010: 09 telas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 12 set.2011.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Trad. Valter Lellis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LARSON, D.B. et al. The impact of religion on men's blood pressure. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 28, n. 4, p. 265–278, 1989.

LAW, M.R.; MORRIS, J.K.; WALD, N.J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. **British Medical Journal**, London, v.19, 338: b1665, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio./ago. 2004.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. Sudbury: Jones and Bartlett, 2006.

LEMONS, A.P; BERTIM, I.P; GEBARA, O. **Enredos, tramas e contextos específicos de famílias brasileiras**: uma pesquisa qualitativa, sistêmica e interdisciplinar: São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

LEVENTHAL, H.; BRISSETTE, I.; LEVENTHAL, E.A. The common sense model of self-regulation of health and illness. In: CAMERON, L.D.; LEVENTHAL, H. **The Self-regulation of health and Illness Behaviour**. London: Routledge, Taylor & Francis Book, 2003. p. 42–65.

LEVIN, J.S. Religion and health: is there an association, is it valid and is it causal? **Social Science & Medicine**, Inglaterra, v. 38, p. 1475–1482, 1994.

LEVIN, J.S. et al. Religious involvement, health outcomes, and public health practice. **Current Issues in Public Health**, Oxford, v. 2, p. 220-225, 1996.

LEWIS, L.M. et al. Medication adherence beliefs of community-dwelling hypertensive African Americans. **The Journal of cardiovascular nursing**, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 199-206, 2010.

LEYVA-FLORES, R.; KAGEYAMA, M. L.; ERVITI-ERICE, J. How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? **Health Policy**, Amsterdam, v. 57, p. 15–26, 2001.

LIMA JÚNIOR, E. Pressão arterial e estresse: implicações no desenvolvimento da hipertensão arterial. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 144-154, jul./set. 2010.

LIMA, H.P. et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr./jun. 2010.

LIMA, T.M.; BUCHER, J.S.N.F.; OLIVEIRA, J.W. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LIPP, M. et al. Cardiovascular reactivity in hypertensives: differential effect of expressing and inhibiting emotions during moments of interpersonal stress. **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, v. 9, n. 2, p. 154-161, 2006.

LIRA, G.V.; NATIONS, M.K.; CATRIB, A.M.F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 147-155, jan./mar. 2004.

LIVINGSTON, I.L.; LEVINE, D.M.; MOORE, R.D. Social integration and African American intraracial variation in blood pressure Caribbean population. **American Journal of Physical Anthropology**, Washington, n. 1, p. 135-149, 1991.

LOYOLA, M.A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic illness**: impact and Interventions. California: Jones and Bartlett, 2006.

LUKOSCHEK, P. African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. **Journal of Health Care for the Poor Underserved**, Nashville, v. 14, n. 4, p. 566-587, 2003.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43, 1997.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2007.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-344, 2007.

MACIEL, C.L.C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 2-38.

MAGNANI, C.; DIAS, J.C.P.; CONTIJO, E.D. Como as ações de saúde pensam o homem e como o homem as repensa: uma análise antropológica do controle da doença de Chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1947-1956, set. 2009.

MAGNANI, J.G.C. De perto e de dentro: uma nota para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.

MALDONADO, M.T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para os profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2003.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. Brasília, DF, 2009. p. 337-362.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica no processo de trabalho em saúde- revendo alguns conceitos. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66. jan./jul. 2003.

_____. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, jul./set. 2010.

MANCIA, G. et al. ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESHESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. **Journal of Hypertension**. **Journal of Hypertension**, London, v. 25, n. 9, p. 1751-1762, 2007.

MARCON, S.S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes com doenças crônicas. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. Maringá: EDUEM, 2004. p. 265-282.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado sob a ótica das equipes de estratégias de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 277-84, jul./ago. 2010.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A Política de incentivos do Ministério de Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. p. 163-171, 2002. Supplement.

MARTÍNÉZ-HERNÁEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2011.

_____. **What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding**. London: Routledge, 2000.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e Diabete Melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 471-479, 2006.

MARTINS, A. Biopolítica: poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2004/2005.

MATHEUS, M.C.C.; DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. A inserção profissional da enfermeira: expressão das competências na prática. In: IDE, C.A.C.; FONSECA, A.S.; DE DOMENICO, E.B.L. **O cuidar em transformação: orientações para abordagem multidimensional em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 23-45.

MATTOS, C.L.G. A abordagem etnográfica na investigação científica. **ESPAÇO**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 42-59, jul./dez., 2001.

McCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC**. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCSHERRY, W. et al. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 13, n. 8, p. 934-941, 2004.

MENASCHE, R.; SCHMITZ, L.C. Agricultores de origem alemã, trabalho e vida: saberes e práticas em mudança em uma comunidade rural gaúcha. In: MENASCHE, R. (Org.). **A agricultura familiar à mesa: saberes e práticas da alimentação no Vale do Taquari**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 78-99.

MENDONÇA, A.G. **Protestantes, Pentecostais & Ecumênicos: o campo religioso e seus personagens**. São Bernardo do Campo: Metodista Digital, 2000.

MERHY, 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: CAMPOS, C.R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-142.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERRIAM-WEBSTER'S Collegiate Dictionary. 11th. Merriam-Webster, 2008.

MICHAELIS. **Dicionário Escolar Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2008.

MICHAUD, P.A.; SURIS, J.C.; VINER, R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 89, n. 21 p. 943-949, Feb. 2004.

MIDDLETON, J.L. A proposed new model of hypertensive treatment behavior in African Americans. **Journal of the National Medical Association**, New York, v. 101, n. 1, p. 12-17, Jan. 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação de trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/ trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF, 2003. p. 137-156.

MISHIMA, S.M. et al. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-44, maio./jun. 2010a.

MISHIMA, S.M. et al. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 766-773, set. 2010b.

MOBERG, D.O. (Ed.) The reality and centrality of spirituality. In: _____. **Aging and Spirituality: spiritual dimensions of aging theory, research, practice and policy**. New York: The Haworth Pastoral, 2001. p. 3-20.

MOREIRA, H.; CALEFF, L.G. **Metodologia da Pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MORGAN, M.; WATKINS, C.J. Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 10, n. 4, p. 561-578, Dec. 1988.

MUNIZ, R.M.; ZAGO, M.M.F. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. **Ciencia Cuidado & Saude**, Maringá, p. 23-30, 2009. Suplemento 8.

MUNÕZ, L.A. et al. Significados simbólicos de pacientes com doenças crônicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 77-84, 2003.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

NARAYANASAMY, A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 15, n. 7, p. 840-851, 2006.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STATE-OF-THE SCIENCE CONFERENCE STATEMENT. **Tobacco use: prevention, cessation, and control**. NIH Conference. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 145, p. 839-844, 2006.

NESS, P.H.V. Religion and public health. **Journal of Religion Health**, Cidade, v. 38, n. 1, p. 15-26, 1999.

NGOKWEY, N. Naming and grouping illnesses in Feira (Brazil). **Culture, Medicine e Psychiatry**, Boston, v. 19, n. 3, p. 385-408, 1995.

NICKY BRITTEN. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.

NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 410-418, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007/2008/**. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NUNES, E.C.A.; SILVA, L.W.S.; PIRES, E.P.O.R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2011.

O'KEEFE, J.H.; BYBEE, K.A.; LAVIE, C.J. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 50, n. 11, p. 1009- 1014, Sep. 2007.

OGEDEGBE, G. et al. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: a qualitative study. **Ethnicity and disease**, EUA, v.14, n.1, p.3-12, 2004.

OGEDEGBE, G. Labeling and hypertension: it is time to intervene on its negative consequences. **Hypertension**, Dallas, v. 56, n. 3, p. 344-345, Sep. 2010.

OLIVEIRA, F.A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botcatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2002. Relatório mundial.

_____. **Declaração de Alma Ata**. I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, 1978.

ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD. **Conjuto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles**. CARMEN/CINDI. Protocolo y Diretrizes. HCN/HCP/98.001, 1997.

ORTEGA, J.L.; INFANTE, C.; PALACIOS, E.T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 337-362.

PALMER, C. The inclusion of recently introduced plants in the Hawaiian. **Ethnopharmacopoeia. Economic Botany**, New York, v. 58, p. 280-293, 2004. Supplement.

PARKER, C. **Religiosidade popular e modernização capitalista**: outra lógica na América Latina. Petrópolis: Vozes, 1996.

PAVAN, R.M.S. et al. Diagnósticos de enfermagem em trabalhadores hipertensos de uma empresa de transporte urbano coletivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 173-178, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 03 ago. 2008.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Rev. Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.617-26, 2004.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**, London, v. 27, n. 5, p. 963-975, 2009.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PESCATELLO, L.S. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Medicine & Science Sports & Exercise**, Hagerstown, v. 36, n. 3, p. 533-553, 2004.

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 11-18, 2001.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. Cap. 16, p. 275-289.

PINEZI, A.K.; ROMANELLI, G. O mal exorcizado: cura divina entre os neopentecostais da Igreja Internacional da Graça de Deus. **Impulso**, Piracicaba, v. 14, n. 34, p. 65-74, 2003.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2008.

_____. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/ cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 229-236, mar. 2009.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. A medicalização da beleza. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, jul./set. 1993.

RAMALHINHO, I.M.P.S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, jun. 2006.

REINERS, A.A.O.; NOGUEIRA, M.S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 59-65, jan./fev. 2009.

RENNE, E. Mass producing food traditions for west africans abroad. **American Anthropologist**, Lancaster, v. 109, n. 4, p. 616-626, 2007. Disponível em: <<http://proquest.umi.com>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

ROMANELLI, G., BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Orgs.). ROMANELLI, G. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto-SP: Legis Summa, 1998, p.119-133.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. medicina, Ribeirão Preto, simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 333-339, jul./set. 2006.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

ROSE, L.E. et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n. 3, p. 587-594, Sep. 2000.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 15, n. 7, p. 852-862, 2006.

ROUMIE, C.L.; ELASY, T.A; GREEVY, R. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, n. 145, p. 165-175, 2006.

RUBEL, A.J.; HASS, M.R. Ethnomedicine. In: JOHNSON, T.M.; SARGENT, C.F. **Medical anthropology**: contemporary theory and method. New York: Praeger Publishers, 1990. p. 115-131.

SAFEER, R.S.; COOKE, C.E.; KEENAN, J. The impact of health literacy on cardiovascular disease. **Journal of Vascular Health Risk Management**, v. 2, p. 457-464, 2006.

SALGADO, C.M.; CARVALHAES J.T.A. Hipertensão arterial na infância. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 115-124, 2003.

SANTOS, J.Q. Adesão a tratamentos médicos. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 33, p. 14-16, 2000.

SANTOS, W.G. **Razões da desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SANTOS, Z.M.S. et al. A adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.

SARAIVA, K.R.O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: uma análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, abr./jun. 2007.

SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saude soc.**, São Paulo, v.10, n.1, p.3-13, 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-129020010001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Out. 2011.

_____. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010.

SATO, L.; SOUZA, M.P.R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001

SCHLOMANN, P.; SCHMITKE, J. Lay beliefs about hypertension: an interpretive synthesis of the qualitative research. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Philadelphia, v. 19, n. 7, p. 358-367, 2007.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Online, 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em:20 set.2011 (Série Saúde no Brasil).

SCHOENBERG, N.E. A convergence of health beliefs: an 'Ethnography of Adherence' of African-American rural elders with hypertension. **Human Organization**, Washington, n. 56, p. 174–181, 1997.

SCHOENBERG, N.E.; DREW, E. Articulate silences: experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology. **Medical Anthropology Quarterly**, Washington, v. 16, n. 4, p. 458–475, Dec. 2002.

SCOTT, P. Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família e dilemas de reprodução orientada. In: GICO, V.V. et al. **As ciências Sociais – desafios do milênio**. Natal: Ed. UFRN, 2001. p. 889-905.

SÉ, R.S. Estudo da Fundação Instituto de Administração da USP revela que o Brasil ainda investe pouco em saúde. A questão não é só dinheiro. Falta informação, foco e gestão no setor. **Diálogo Médico**, Espírito Santo, v. 34, n. 2, p. 41, jun. 2008.

SEROUR, M. et al. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. **British Journal of General Practice**, London, v. 57, n. 537, p. 291–295, Apr. 2007.

SESSO, H.D. et al. Alcohol consumpt: on and the risk of hypertension in women and men. **Hypertension**, Dallas, v. 51, p. 1080-1087, 2008.

SHEEHAN, M. Spirituality in later life. In: LEVKOFF, S.E.; CHEE, Y.K.; NOGUCHI, S. (Ed.). **Aging in good health**. New York: Springer Publishing, 2001. p.120-145.

SILVA, D.B.; SOUZA, D.L. Contribuições da teoria de Norbert Elias para compreensão de aspectos relativos à aderência à prática de atividade física em programas de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 27, p.705-16, 2010.

SILVA, D.M.G.V.; TRENTINI, M. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2000. 197 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVA, L.A.A. et al. Um olhar sócioepidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 170-177, 2006. Número especial.

SILVA, M.R.S.; ELSEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção de conhecimento na área. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 26, p. 147-156, 2003.

SILVA, M.E.D.C. et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 4, p. 500-507, jul./ago. 2008.

SILVA, V.G. **O antropólogo e sua magia**: Trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões Afro-brasileiras. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2004.

SNOEK, F.J. Breaking the barriers to optimal glycaemic control – what physicians need to know from patients' perspectives. **International Journal of Clinical Practice**, Inglaterra, n. 129, p. 80-84, 2002. Supplement.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 45, p. 1-48, fev. 2006.

_____. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, M.F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M. et al. (Org.). **AIDS: prevenção porta a porta**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 41-45.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 91-99, 2008. Suplemento 1.

SOUZA, R.M.; CAMPOS, J.P. Referenciais de competências para a prática e saúde. Os sistemas representacionais que sustentam a atuação de enfermeiras do Programa de Saúde da Família. In: IDE, C.A.C.; FONSECA, A.S.; DE DOMENICO, E.B.L. **O Cuidar em transformação**: orientações para abordagem multidimensional em saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 3-22.

SOUZA, S.P.S.; LIMA, R.A.G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 156-164, 2007.

STRAHL, H. Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. **Anthropology & Medicine**, Inglaterra, v. 10, n. 3, p. 309-324, Dec. 2003.

STRAUB, O. R. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STRAUSS, A. et al. **Chronic Illness and the quality of life**. St. Louis: The C.V. Mosby Company. 1984.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1727-1737, 2006.

TANY, R.A. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. **Journal of Advanced Nursing**, Inglaterra, v. 53, n. 3, p. 287-294, 2006.

TEIXEIRA, R.R. A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 35-72, 2003/2004.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

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

_____. Medicalização Social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-62, 2006b.

TESSER, 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.3615-24, nov. 2010.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2011.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Construtivismo sócio-histórico de Vygostky e a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 694-698, out. 2006.

TIMIO, M. et al. A link between psychosocial factors and blood pressure trend in women. **Physiol&Behavior**, New York, v. 73, n. 3, p. 359-363, June. 2001.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007.

TRAD, L.A.B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. Resgatando a subjetividade. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.75-98.

UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-333, set./dez. 2009.

VIEIRA, V. A. **Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento**. 2004. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

VYGOTSKI, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WAXLER, N.E. The social labelling perspective on illness. In: EINSENBURG, L.; KLEINMAN, A. **The relevance of social science for medicine**. Dordrech: Reidel, 1981. p. 283-306.

WEBB, M.S.; GONZALEZ, L.O. The burden of hypertension: mental representations of African American women. **Issues in Mental Health Nursing**, Washington, v. 27, n. 3, p. 249-271, 2006.

WENDHAUSEN, A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. **Alcance**, Itajaí, v. 8, n. 2, p. 19-22, 2001.

WESSELS, B. Organizing capacity of societies and modernity. In: DETH, J.W.V. (Org.). **Private groups and public life: social participation, voluntary association and political involvement in representative democracies**. Londres: Jan van Deth, 1997. p. 198-219.

WILSON, H.V. Paradoxical pursuits in child health nursing practice: discourse of scientific mothercraft. **Critical Public Health**, New Zealand, v. 13, n. 3, p. 281-293, Sep. 2003.

WILSON, R.P. et al. Lay beliefs about high blood pressure in a low- to middle-income urban African- American community: an opportunity for improving hypertension control. **American Journal of Medicine**, New York, v. 112, n. 1, p. 26-30, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation**. Geneva; 1998 (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23).

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Trad. Sílvia M. Spada. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

WU, J.Y. et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. **British Medical Journal**, London, v. 333, n. 7567, p. 522-25, Aug. 2006.

XIN, X. et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a metaanalysis of randomized controlled trials. **Hypertension**, Dallas, v. 38, p. 1112-1117, 2001.

ZALUAR, A. As mulheres e a direção do consumo doméstico. In: ALMEIDA, M.S.K. et al. **Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 159-184.

ZENT, S. Acculturation and ethnobotanical knowledge loss among the Piaroa of Venezuela. In: MAFFI, L. **On biocultural diversity-linking, knowledge, and the environment**. Washington: Smithsonian Institution Press, D.C., 2001. p.190-211.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas

Illma. Senhorita.

Ludmila Barbosa Rodrigues Bandeira

Secretária Municipal de Saúde de Alfenas

Solicitamos a V.Sra. autorização para realizar o estudo com as pessoas portadoras de hipertensão arterial cadastradas na Estratégia de Saúde- Santos Reis.

O estudo intitulado “Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico” tem por objetivo identificar as teias de significados relacionadas à hipertensão arterial, adesão e tratamento entre as pessoas com hipertensão arterial. É importante destacar a necessidade de compreensão das práticas de saúde usada pelas pessoas na busca por cuidado e tratamento, para repensar nossa atuação como profissionais de saúde.

Os dados serão coletados no decorrer dos anos de 2010 e 2011 e serão realizados por meio de visita domiciliária pré-agendada. Ressalta-se também, que de acordo com os dados obtidos dos informantes, os serviços referenciados serão observados e seus integrantes serão entrevistados, após a concordância formal em participar do estudo.

Este estudo constitui requisito parcial para conclusão do doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e será desenvolvido pela Silvana Maria Coelho Leite Fava sob a orientação da Profa. Dra. Maria Suely Nogueira.

Agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido.

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFAL-MG

Doutoranda da EERP-USP

Pesquisadora

APÊNDICE B - OFÍCIO A COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezada Senhora
Débora Siqueira de Souza
Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família

Solicitamos a V.Sra. autorização para realizar o estudo com as pessoas com hipertensão arterial cadastradas na Estratégia de Saúde-Santos Reis.

O estudo intitulado “Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico” tem por objetivo identificar as teias de significados relacionadas à hipertensão arterial, adesão e tratamento entre pessoas com hipertensão arterial.

É importante destacar a necessidade de compreensão das práticas de saúde usadas pelas pessoas na busca por cuidado e tratamento, para repensar nossa atuação como profissionais de saúde.

Os dados serão coletados no decorrer do ano de 2010 e 2011 e serão realizados por meio de visita domiciliária pré-agendada. Ressalta-se também, que de acordo com os dados obtidos dos participantes, os serviços referenciados serão observados e seus integrantes serão entrevistados, após a concordância formal em participar do estudo.

Este estudo constitui requisito parcial para conclusão do doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e será desenvolvido pela pós-graduanda Silvana Maria Coelho Leite Fava sob a orientação da Profa. Dra. Maria Suely Nogueira.

Agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido.

Silvana Maria Coelho Leite Fava
Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UNIFAL-MG
Doutoranda da EERP-USP
Pesquisadora

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Programa de Enfermagem Fundamental - Doutorado

Título da pesquisa: “Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico” tem por objetivo identificar os significados relacionados à hipertensão arterial, adesão e tratamento entre pessoas com hipertensão arterial.

Pesquisadora responsável: Silvana Maria Coelho Leite Fava

Orientadora: Profa. Dra. Maria Suely Nogueira

Convidamos você para participar dessa pesquisa que tem por objetivos interpretar como os sistemas familiar, popular e profissional influenciam nas práticas de cuidados à saúde das pessoas portadoras de hipertensão arterial, bem como os significados atribuídos à doença e ao tratamento.

Esse estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação do Programa de Saúde da Família e autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas que aprova as pesquisas realizadas como seres humanos.

Sua participação no estudo é voluntária, não envolve pagamento, nem privilégio de atendimento aos serviços de saúde.

Seu nome não aparecerá no estudo, você será identificada (o) por um nome fictício à sua escolha e os dados deste estudo serão publicados como uma contribuição para a ciência. O estudo será realizado durante o ano de 2010, os dados serão coletados em sua residência, com agendamento prévio. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora e será gravado para não se perder nada de nossas falas. Será observada quanto aos gestos, tom de voz, emoções e relação com as outras pessoas. Após a gravação, as falas serão transcritas e analisadas.

Você tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Em caso de dúvida quanto à pesquisa peço que entre em contato pelos endereços abaixo.

Solicito sua colaboração na participação desse estudo, pois estará contribuindo para que possamos compreender as práticas de saúde e os percursos na busca por cuidado e tratamento para o tratamento da hipertensão arterial.

Sua participação é muito importante.

Se necessário o meu contato é o seguinte:

Silvana Maria Coelho Leite Fava, residente a R. Prof. Carvalho Júnior, 603- centro, Alfenas-MG. CEP: 37130.000. O telefone de contato é 32914589.

Agradeço sua participação.

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Após a leitura desse documento concordo em participar desse estudo e autorizo a publicação dos dados resultantes da pesquisa e apresentação em eventos científicos.

Alfenas, _____ de _____ de 2010.

Assinatura

APÊNDICE D - Instrumento para coleta de dados

Nome:	Idade:	Raça:	Escolaridade:
Estado civil:	Número de filhos:	Crença religiosa:	Ocupação:
Renda Mensal:			

1. O que é para você pressão alta?
2. Como descobriu a pressão alta?
3. Há quanto tempo descobriu que você tinha pressão alta?
4. O que lhe causou a pressão alta?
5. Como você trata a pressão alta?
6. Como tem sido sua vida após a descoberta da pressão alta?

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG <small>Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063</small>
---	--	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado “OS SIGNIFICADOS DOS SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE PARA O PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 72ª. Reunião, de 07 de abril de 2010, protocolo de aprovação Nº 018/2010.

Alfenas, 12 de abril de 2010.

Profa. Dra. Máisa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP