



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA-UFBA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE
MESTRADO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

MARIA AUGUSTA VASCONCELOS PALÁCIO

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO
SUJEITO: ANÁLISE DE NARRATIVAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DA
ENFERMIDADE E DOS SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO DIETÉTICO

Salvador-BA

2011

MARIA AUGUSTA VASCONCELOS PALÁCIO

**A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO
SUJEITO: ANÁLISE DE NARRATIVAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DA
ENFERMIDADE E DOS SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO DIETÉTICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Alimentos, Nutrição e Saúde, Área de Concentração Segurança Alimentar e Nutricional. Universidade Federal da Bahia – UFBA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a PhD. Maria do Carmo Soares de Freitas

Linha de Pesquisa:

Alimentação, Nutrição e Cultura

Salvador-BA

2011

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

Palácio, Maria Augusta Vasconcelos

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Universitária de Saúde (BUS),
SIBI - UFBA.

P153h Palácio, Maria Augusta Vasconcelos
A hipertensão arterial sistêmica a partir da perspectiva do sujeito: análise de narrativas sobre a experiência da enfermidade e dos significados do tratamento dietético / Maria Augusta Vasconcelos Palácio. – Salvador, 2011.
138 f.

Profa. PhD. Maria do Carmo Soares de Freitas.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, 2011.

1. Hipertensão. 2. Hábitos alimentares. 3. Nutrição. I. Freitas, Maria do Carmo Soares de. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição. III. Título.

CDU: 612.39

Termo de Aprovação

MARIA AUGUSTA VASCONCELOS PALÁCIO

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO
SUJEITO: ANÁLISE DE NARRATIVAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DA
ENFERMIDADE E DOS SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO DIETÉTICO

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia – Linha de Pesquisa: Alimentação, Nutrição e Cultura – como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Dissertação aprovada em 29 de agosto de 2011



Profª PhD Maria do Carmo Soares de Freitas
Orientadora
PGNUT-UFBA



Profª Dra Lúgia Amparo da Silva Santos
PGNUT-UFBA



Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza
PPGEduC - UNEB

Dedicatória

*A Deus - o grande responsável pelas minhas conquistas;
Ao meu avô, João Bantim de Vasconcelos (in memoriam), que ao partir deixou saudades e um belo exemplo de dignidade e amizade (Pai... “há dor que mata a pessoa sem dó nem piedade, mas não há dor que doa como a dor de uma saudade” – Patativa do Assaré)*

Agradecimentos especiais...

Mais uma vitória em minha vida... Consegui fazer o Mestrado! Um sonho que parecia distante se realizou antes mesmo que eu pudesse sonhar mais. Contudo, essa não é uma conquista só minha. Muitos se empenharam para que eu conseguisse. Meus pais, minha irmã, minha família, meus amigos também devem compartilhar comigo esse momento, pois eles não me deixaram recuar, mas me ajudaram a enxergar que eu podia seguir em frente e chegar até o final. Obrigada pela torcida, pelas orações, por tudo...

Pai, mãe, Cristina, a distância de casa só me fez valorizar mais a família que tenho. Agradeço por sempre acreditarem em mim e ajudarem a transformar meus sonhos em realidade. Vocês são tudo na minha vida e me fazem muito feliz. Que Deus nos abençoe! Amo muito vocês!!!

Aos meus familiares que me ajudaram durante o ano que passei longe de casa. Aos tios e primos que rezaram e torceram, muito obrigada. As palavras de estímulo, o apoio quando mais precisei não tem preço e só mostram o quanto podemos contar uns com os outros.

Agradeço a minha orientadora, professora PhD Maria do Carmo Soares de Freitas. Carminha, seu olhar sensível e escuta atenciosa nos enche de ânimo para acreditar que somos capazes. Obrigada por ter me acolhido desde o primeiro contato, durante a seleção do Mestrado; por ter confiado em mim, ajudado a construir o projeto e torná-lo possível de ser realizado. Obrigada por me ensinar a gostar do que faço. Você é um exemplo para todos nós que estamos iniciando; passa amor em tudo que faz e nos ajuda a ver o mundo de outra forma. Cada encontro com você se transforma em uma aula, tudo vira aprendizado. Obrigada por ter aberto horizontes na minha vida... Por saber reconhecer o nosso valor, achar o nosso trabalho lindo e me fazer vê-lo assim.

À Dra. Lígia Amparo... Agradeço as considerações no projeto, por ter mostrado outras possibilidades para melhorá-lo. Obrigada pelas referências sugeridas e emprestadas, pela atenção e sorriso de sempre. Você é uma das pessoas que fazem a diferença nesse Mestrado.

Àqueles que ofereceram suas palavras de estímulo e um ombro amigo quando mais precisei... Àqueles que me deram força, apoio e estímulo para que eu não desistisse... Àqueles a quem nunca poderei retribuir os gestos, as atitudes, a presença... Aos amigos que já passaram, aos que permaneceram e os que sempre chegam em minha vida: Raquel Bezerra (Kell); Ana Paula Agostinho; Michelle Dias; Shirley; Jamille; Mária; Raflésia; Leidiane; Lilian; Luciana, Indira, Michele Lima, Simone, Graciele...

Aos amigos que “emprestam vozes ao meu silêncio” e aos que calam para eu poder falar... Obrigada por todos os momentos!

A uma amiga que representa lealdade, irmandade e confiança. Aquela que foi o que eu não pude ser a quem amava em um momento muito difícil da minha família e da minha vida. Eu agradeço pela cumplicidade e carinho. Kell (Raquel Bezerra), mesmo que o tempo passe e a distância nos separe, não esqueça que a amizade permanece. Amo muito!

Ana Paula A., você não imagina o quanto suas palavras de estímulo foram importantes para que eu pudesse seguir em frente. Obrigada pela preocupação de sempre. Também torço muito pelo seu sucesso...

Michelle (Dias), obrigada por sempre me apoiar e ver em mim mais do que eu consigo enxergar, por acreditar que sou capaz. Obrigada pela amizade e por ter sido presença certa na minha vida.

Às amigas que ganhei com o Mestrado. Vocês foram a minha família em Salvador. Me ajudaram a suportar a distância de casa e a enxergar esse momento da minha vida de outra forma. Estenderam a mão quando precisei e compartilharam comigo momentos especiais. Vocês ganharam um lugar especial na minha vida. Contem sempre comigo. Obrigada Lillian, Luciana, Graciele, Indira, Michele, Simone e Paulinha. “A amizade não é uma relação com alguém a quem conheces por muito tempo, mas com alguém que você confia, em quaisquer circunstâncias.”

A uma amiga de alma ou a uma “bruxa” amiga. Como pode haver tanta afinidade entre duas pessoas que nasceram e cresceram em lugares tão diferentes?? Seriam almas amigas que se reencontraram? Não sei se isso é possível, mas acredito que Deus preparou esse encontro. Lillian Miranda, não há espaço suficiente nestas páginas para agradecer. Adorei conhecer você! Obrigada por todos os momentos, pelos almoços conturbados, passeios na Av. Sete, ida à Feira de São Joaquim, aos shoppings... Ah, obrigada por ler o que escrevo e me ajudar a melhorar. Obrigada pela hospedagem e por ouvir minhas reclamações (coisa que fiz demais durante esse tempo). Agradeço à Luciana e a você pelas divertidas quartas culturais. E desejo sucesso sempre!

Aos colegas do Mestrado, um obrigada especial pelo conhecimento que construímos juntos. Aprendi muito com vocês. Sucesso a todos!

Aos Mestres que me inspiraram, apoiaram, ajudaram a enxergar as minhas potencialidades e me fizeram seguir por esse caminho. Agradeço a Sandra Mara Pimentel Duavy, pelo apoio, confiança e por tudo que me ensinou; a Germane Alves Pinto, pelo conhecimento que agregou durante a Monografia e pela ajuda com as referências. Agradeço também a Maria de Fátima Figueiredo e a Cinthia Gondim Calou pelo incentivo e atenção de sempre. E a todos os Mestres que tive durante a Graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri-URCA. Vocês participaram de um processo de construção muito significativo na minha vida. Obrigada!

A um amigo mais que especial: José Carlos... Você não é só o secretário do Mestrado, mas um ser humano iluminado, sempre gentil, educado e disposto a nos ajudar. Saiba que você contribuiu muito para que eu chegasse até o fim. Soube transformar minha “agonia” em problemas solucionados...rsrsrs. Você foi um anjo enviado por Deus. Palavras nunca serão suficientes para agradecer. Obrigada por tudo!

Agradecimentos

À Coordenação do Mestrado pelo acolhimento, por terem dado espaço aos profissionais de outras áreas. Saibam que a interdisciplinaridade é o caminho a seguir para melhorar o Programa cada vez mais.

Aos Doutores do Programa pelas contribuições. Cada disciplina/atividade realizada por vocês foram importantes para a construção de um conhecimento que me acompanhará por toda a vida.

Ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (Universidade Federal da Bahia), em particular ao Professor Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina, pelo tirocínio docente e por tudo que aprendi com vocês.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) pelo incentivo à pesquisa científica e por ter financiado este estudo.

À Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte por autorizar a realização da pesquisa. Agradeço a Dra. Maria da Paz Monteiro, assessora técnica da SMS, pela receptividade e informações repassadas.

À Equipe de Saúde da Família pelo acolhimento e por ter aceitado participar do estudo.

Às ACS Rocilda (Josefa Ferreira) e Dodora (Maria das Dores) pela ajuda e gentileza de sempre. Por terem dispensado tempo e atenção durante a fase da coleta das informações.

Aos portadores de hipertensão, nossos colaboradores, por terem aberto não só as portas das suas casas, mas da sua vida e me recebido tão bem durante a fase de campo. Vocês deram verdadeiras lições de acolhimento, humanização e possibilidade de construção de vínculos, instrumentos necessários para o cuidado em saúde.

*“Não é o acontecimento, na medida em que é fugidio, que nós queremos compreender,
mas a significação que permanece.”*

(Paul Ricoeur, 1989)

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos. **A Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da perspectiva do sujeito: análise de narrativas sobre a experiência da enfermidade e dos significados do tratamento dietético.** 138 f. il. 2011. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Objetiva-se analisar os significados do processo de adoecimento e do tratamento dietético atribuído por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família – ESF, na zona urbana no município de Juazeiro do Norte, Ceará. O estudo de abordagem qualitativa entrevistou portadores de hipertensão e profissionais de saúde. A análise das narrativas foi fundamentada com a hermenêutica descrita por Paul Ricoeur em que o contexto sociocultural associado à enfermidade é impregnado de sentidos. Os resultados foram apresentados em três capítulos que abordaram a experiência do sujeito com a enfermidade e o itinerário terapêutico; o tratamento dietético; o cuidado em saúde para os adoecidos de HAS. A subjetividade presente nestes assuntos é revelada nas falas e na semiótica oferecendo múltiplas possibilidades de interpretação. Os aspectos socioculturais e econômicos que redefinem práticas de comensalidade dos sujeitos interferem na aceitação do tratamento dietético na medida em que a restrição do sal da comida dá outros significados à vida. Trata-se de um estudo relevante, pois abre espaços para diversas acepções do sujeito que vivencia o problema da hipertensão, e contribui para a discussão sobre o cuidado em saúde integral no contexto do atendimento da ESF.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial; Práticas alimentares dos adoecidos; Experiência da hipertensão; Narrativas de adoecimento; Estratégia Saúde da Família

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos. **Hypertension from the perspective of subject: analysis of narratives on the experience of illness and the meaning of dietary treatment.** 138 f. il. 2011. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

The objective of this academic work is to analyze the meanings of the process of sickness and the dietary treatment attributed by carriers of Systemic Arterial Hypertension (HAS). They have been assisted by a team of the Strategy Health of Family - ESF, in the urban zone in the city of Juazeiro do Norte, Ceará. The study of qualitative boarding has interviewed holders of hypertension and professionals of health. The analysis of narratives was based with the described hermeneutics for Paul Ricoeur where the sociocultural context associate to the disease is impregnated of directions. The results had been presented in three chapters that approached the experience of the citizen with the disease and the therapeutical itinerary; the dietary treatment; the care about health for the diseased of HAS. The subjectivity present in these subjects is revealed in the speeches and offering multiple possibilities of semiotic interpretation. The sociocultural and economic practices that redefine everyday subjects commensality interfere with the acceptance of dietary treatment in that the restriction of salt changes the taste of the food and gives another meaning to life. It is an important study because it makes room for several meanings of the subject who experiences the problem of hypertension, and contributes to the discussion about health care in the context of comprehensive care of the ESF.

Keywords: Hypertension; Feeding practices of the diseased; Hypertension Experience; Narratives of Illness; Family Health Strategy

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CE – Ceará

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension Trial*

DCV – Doenças Cardiovasculares

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DIP – Doença Infecto Parasitária

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PSF – Programa Saúde da Família

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUS – Sistema Único de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	21
BREVES CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	21
A Hipertensão Arterial Sistêmica e a experiência com a enfermidade: tecendo algumas considerações	21
O cuidado dietético na Hipertensão Arterial Sistêmica	23
A experiência da enfermidade	26
A narrativa sobre a enfermidade como um caminho para compreender o sujeito portador de Hipertensão Arterial Sistêmica	29
O cuidado em saúde à Hipertensão Arterial Sistêmica no âmbito da Estratégia Saúde da Família	31
PERCURSO METODOLÓGICO	35
A cidade de Juazeiro	35
A Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte	37
Caracterizando o estudo	38
Os sujeitos colaboradores do estudo	39
Instrumentos para coleta das informações	41
O pesquisador em campo: período e coleta de informações	42
Análises das informações de campo	44
Aspectos éticos do estudo	46
AS NARRATIVAS E SEUS SIGNIFICADOS	47
Conhecendo os colaboradores da pesquisa	48

CAPÍTULO 2. A EXPERIÊNCIA DO SUJEITO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	54
A hipertensão que se “descobre”	55
O caminho percorrido em busca do “controle” da Hipertensão Arterial Sistêmica	59
CAPÍTULO 3. AS NARRATIVAS DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SOBRE A DOENÇA E O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO DIETÉTICO	66
Adequação da alimentação e contextos alimentares cotidianos	66
“O que dá sabor é o Sal”	74
O cuidado em saúde à Hipertensão Arterial Sistêmica	78
O “convívio” com a doença	81
A família no Cuidado e o Cuidado em família	85
Dificuldades no seguimento do tratamento	86
O “medo” da doença	88
O encontro terapêutico na ESF: a relação entre adoecidos e os profissionais de saúde	91
A religião como “auxílio”	94
CAPÍTULO 4. O CUIDADO EM SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	96
Hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família: a relevância do programa e as estratégias para promoção do cuidado em saúde	96

O cotidiano do cuidado em Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde da Família	98
O “controle” do paciente	103
O conhecimento do paciente para orientação do tratamento dietético	107
“Ah meu Deus, cadê o Nutricionista?”	114
CONCLUSÕES	116
REFERÊNCIAS	120
Apêndice A - Roteiro de entrevista para portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica	130
Apêndice B - Roteiro de Entrevista para os Profissionais de Saúde	131
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica	132
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os Profissionais de Saúde	134
Apêndice E – Ofício ao Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE	136
Anexo 1 - Autorização da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE para realização da pesquisa na Unidade de Saúde	137
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	138

INTRODUÇÃO

O cenário de adoecimento da população sofreu alterações desde as últimas décadas do século XX quando iniciou o processo de transição epidemiológica, no qual emergiram os problemas de saúde ocasionados pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Denominou-se transição porque as doenças prevalentes até então, as chamadas Doenças Infecto Parasitárias (DIP) foram acompanhadas/superadas pelos aumentos de incidência das DCNT, configurando um novo quadro de morbimortalidade em nosso país.

As formas de adoecer se modificaram no decorrer do tempo e em consequência, os métodos diagnósticos e terapêuticos também evoluíram para acompanhar esse novo perfil. A ciência se especializou, lançou mão de um crescente arsenal tecnológico para poder intervir cada vez mais de forma eficiente sobre a doença. No entanto, o sujeito portador da enfermidade raramente foi incluído no processo terapêutico, resultando em um “cuidado” restrito ao corpo doente, como se fosse vazio de vida, de inteligência, de sentimentos.

Na época em que as DIP eram as mais prevalentes, os agentes infecciosos constituíam-se os alvos de intervenção. Com as DCNT, os fatores de risco ganharam destaque e tornaram-se fontes de preocupação nos serviços de saúde. Mas nesses dois contextos onde fica o sujeito? Qual a preocupação dispensada ao indivíduo que recebe o diagnóstico de uma doença que não tem cura e exigirá dele um controle constante? Como os profissionais incluem o paciente na instituição do tratamento?

São perguntas que suscitam novas formas de pensar e agir não apenas sobre a doença, mas agir com o sujeito portador da mesma. Desperta, portanto, o interesse em conhecer as dimensões subjetivas e sociais dos adoecidos e procurar compreender os significados que permeiam a experiência da enfermidade. Nesse contexto, nos propomos a estudar as doenças crônicas a partir de outro olhar, aquele que inclui o indivíduo e o seu cotidiano com a patologia.

De um modo geral, as DCNT se caracterizam por ter uma história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco, causa necessária desconhecida, longo percurso assintomático e evolução para graus variados de incapacidade ou morte. Fazem parte desse grupo, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares,

as neoplasias, o diabetes, a hipertensão, as doenças auto-imunes, dentre outras (SILVA JR *et al.*, 2003).

Nosso interesse volta-se para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), patologia que ganhou maior destaque nos últimos anos devido ao aumento da sua prevalência e por manifestar-se na vida das pessoas em diferentes faixas etárias. São milhões de portadores em todo o mundo e uma previsão de aumento da prevalência para 60% em 2025 (KEARNEY *et al.*, 2005). No Brasil atinge 23,3% da população adulta (BRASIL, 2011) e no Ceará, a prevalência da HAS corresponde a 20,7% (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010).

São números preocupantes, que associados às consequências de uma hipertensão não tratada (risco de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, incapacidades nos indivíduos e gastos para os sistemas governamentais), justificam a sua caracterização como um problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em diferentes regiões do mundo.

A HAS caracteriza-se como uma enfermidade que atinge todas as classes sociais e se apresenta como um inimigo silencioso, sendo ao mesmo tempo patologia e fator de risco para outras doenças. A sua origem é multifatorial, estando implicados no seu desenvolvimento, tanto os fatores considerados não modificáveis, a genética é um deles, como aqueles passíveis de intervenção, como a ingestão excessiva de alimentos ricos em sal e gordura, o sedentarismo, a obesidade, a ingestão de álcool e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Tais fatores de risco estão relacionados ao estilo de vida das pessoas, isto é, referem-se aos hábitos, expressões e maneira de ser, variando de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se insere (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Logo, intervir sobre eles não é tarefa fácil e torna-se muitas vezes, uma barreira, um impedimento no seguimento ao tratamento, dificultando assim o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida para os pacientes.

Dessa forma, a hipertensão não pode ser explicada apenas por mecanismos fisiopatológicos, é preciso considerar o contexto social e o estilo de vida que o paciente (ser biológico e psicológico) possui (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Devemos considerar também as características culturais que estão relacionadas às formas de viver e conviver no meio familiar e social.

Na HAS, a instituição do tratamento dietético é orientada, na maioria das vezes, como imposições, prescrições acerca do que deve ou não ser consumido pelo paciente. Entra em cena a “dieta ideal”, aquela fundamentada pelo saber científico e direcionada a grupos de portadores de uma determinada patologia sem considerar suas especificidades e sentidos que orientam suas escolhas. No entanto, é preciso considerar que outras questões permeiam o ato alimentar, não é só o fisiológico e o nutricional que garantem a satisfação dessa necessidade. O comer envolve outras dimensões.

No campo da alimentação e nutrição vários conceitos se entrecruzam, como o de “comer” e o de “dieta”, por exemplo. “A *“comida” é o alimento na expressão da cultura; e a “dieta” significa terapia nutricional, disciplina ou restrição do desejo de comer, em consonância com as demandas do contexto social*” (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011, p.32). Essa diferença conduz a um conhecimento indispensável que deve orientar o cuidado dietético, saindo da visão tecnicista da ciência biomédica e ampliando o interesse sobre as questões culturais que orientam o ato alimentar.

A cultura está presente em todas as nossas ações e faz parte de um sistema simbólico característico de cada sociedade. Para Geertz (1989, p.24), a cultura “*é um contexto, algo dentro do qual os acontecimentos sociais podem ser descritos de forma inteligível, isto é descritos com densidade*”. O mesmo autor usa o conceito de Clyde Kluckhohn, que representa o “*modo de vida global de um povo*” [...]; “*o legado social que o indivíduo adquire do seu grupo*”; “*uma forma de pensar, sentir e acreditar*”; ou ainda, dentre outras definições, “*um conjunto de orientações padronizadas para os problemas recorrentes*” (Ibid, p.14).

Dessa forma, na alimentação humana, natureza e cultura se encontram e conseqüentemente, as práticas de comensalidade (o que, quando e com quem comer) fazem parte de um sistema que implica atribuição de significados (MACIEL, 2005). São particularidades que nos ajudam a dimensionar a representatividade da alimentação na vida dos indivíduos para além da sua dimensão biológica.

Freitas, Minayo e Fontes (2011) referem que desde o momento em que a nutrição passou a fazer parte do pensamento médico, ainda no final do século XIX, com a instituição do cuidado dietético e da imposição de uma alimentação “ideal” para a prevenção e tratamento de enfermidades crônicas, a alimentação ficou restrita a ser coadjuvante da terapêutica. Para as autoras, as práticas técnico-

científicas não consideram a experiência do sujeito e se submetem a um discurso clínico sobre as enfermidades.

Nesse contexto, torna-se cada vez mais relevante o estudo da doença a partir da perspectiva do sujeito. Algo que se torna possível quando nos interessamos pela experiência do adoecer e conviver com a patologia. Segundo Canesqui (2007 a), o enfoque sobre a experiência da enfermidade e as narrativas dos adoecidos abre um novo olhar sobre o cotidiano desses sujeitos. Permite conhecer as perspectivas pessoais e biográficas desses, os eventos dos quais participam, seus contextos, sendo capazes de evocar a sua memória, reconstituir e reavaliar significados ou mesmo fornecer sentido aos eventos e às experiências.

Ainda de acordo com a mesma autora, uma doença crônica como a hipertensão, que requer um convívio contínuo por parte do paciente sofre influência da cultura e carrega conotações simbólicas sobre as sensibilidades dos adoecidos, suas escolhas e o que elas representam no meio familiar e social (CANESQUI, 2007 a). Despertando para um cuidado aos portadores dessa patologia com maior interesse sobre os aspectos sociais, culturais e históricos que influenciam o seu modo de vida.

Nos serviços de saúde, as práticas de muitos profissionais sejam na prevenção ou promoção da saúde ainda se processa “sobre” os usuários e não “com” a sua participação ativa (CAMPOS, 2003). A responsabilidade pesa sobre os ombros dos sujeitos, que devem “aderir” às prescrições para que haja o sucesso do tratamento. Assim, o fracasso passa a ser resultado da sua negligência com a própria saúde. Atitudes como essas se distanciam de um cuidado integral e orientado ao indivíduo e sua família, princípios defendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na ESF, o atendimento aos portadores de HAS é direcionado por uma equipe básica de saúde e a instituição do tratamento dietético é realizada pelo médico e/ou enfermeira. É preciso salientar que não se trata de um plano alimentar individualizado (atribuição do nutricionista), mas orientações relacionadas à terapia não medicamentosa, na qual a alimentação adequada e saudável faz parte dos planos de cuidado a esses usuários da rede básica de saúde.

Contudo, o que acontece em alguns serviços de saúde é a reprodução de um conhecimento no qual o modelo biomédico ainda prescreve orientações dissociadas dos hábitos dos indivíduos, distantes da sua realidade cultural (FREITAS; PENA,

2007). Algo muito comum quando falamos em tratamento dietético, no qual os fatores simbólicos da alimentação, como os gostos, hábitos, as tradições culinárias, as preferências, os ritos e tabus (OLIVEIRA; THIBAUD-MONY, 1997) não compõem a orientação da dietética no tratamento da hipertensão.

Com base no que foi exposto, nosso foco voltou-se para o sujeito portador da HAS e não a doença em si. Propomos conhecer um pouco da história do paciente com a enfermidade, o que esta representa no seu cotidiano, com um interesse maior pela compreensão dos significados atribuídos ao tratamento dietético. Recorreu-se ao estudo da experiência de enfermidade através das narrativas dos adoecidos sobre a doença e os significados dessa nova dietética a partir do conhecimento dos contextos alimentares em que estão inseridos.

Além do universo dos pacientes, é preciso explorar como se processa o cuidado orientado pelos profissionais de saúde aos portadores de hipertensão, uma vez que esses são os responsáveis pela instituição de um tratamento, na maioria das vezes, ofertado fora da realidade dos pacientes. É preciso direcionar o interesse para essa questão e considerar que o “cuidar”, no sentido de um “tratar que seja”, representa mais que tratar, curar ou controlar (AYRES, 2009).

Consideramos ser um estudo relevante no sentido que busca a compreensão do paciente, muitas vezes silenciado nos serviços de saúde e adjetivado como “o hipertenso”, “o negligente” ou o “de difícil controle”. Trata-se de um instrumento para atender a uma necessidade urgente e passível de ser alcançada que é a transformação de uma consulta médica ou de outro profissional e consequente instituição do tratamento dietético em um encontro terapêutico, onde o cuidado seja integral e não dissocie o sujeito da doença. No qual, essa dietoterapia não seja vista como um “remédio”, algo mecânico e padronizado. Mas que a alimentação adaptada na terapêutica da HAS seja algo compatível com o universo do paciente, que o permita alcançar sua saúde, uma boa nutrição, mas que respeite, em primeiro lugar, a sua autonomia.

Dessa forma, objetivamente buscamos compreender os significados atribuídos ao tratamento dietético por portadores de HAS atendidos por uma equipe de saúde da ESF no município de Juazeiro do Norte, Ceará. Especificamente, interpretamos e analisamos as narrativas desses sujeitos sobre a doença e o tratamento dietético. Também, vale dizer que valorizamos os significados socioculturais da hipertensão junto aos adoecidos e analisamos como se processa o

cuidado dietético ofertado por profissionais de saúde da ESF aos portadores de HAS.

CAPÍTULO 1. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

BREVES CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A presente pesquisa traz considerações sobre o tratamento dietético dos portadores de HAS a partir das significações atribuídas por sujeitos colaboradores deste estudo. Na realidade, não se pretende apresentar uma revisão profunda da literatura sobre o tema, mas construir um diálogo possível entre categorias empíricas da HAS e elementos teóricos das ciências humanas, revelando uma aproximação ampla e sistemática sobre a experiência da enfermidade pelo adoecido, e o cuidado, na perspectiva da análise de narrativas desses sujeitos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Experiência com a Enfermidade: tecendo algumas considerações

O estudo da HAS possibilita diferentes olhares do pesquisador, desde aqueles relacionados à patologia em si, sua etiologia, diagnóstico e tratamento, como os referentes ao sujeito portador da mesma. Do ponto de vista biomédico prevalece a preocupação com a doença e suas conseqüências para os indivíduos. O enfoque volta-se para o controle do corpo doente, a redução de incidências e o impacto dos custos para o sistema público de saúde. No entanto, a nossa preocupação é com o sujeito, sua experiência com a enfermidade e os significados que permeiam o tratamento dietético.

Inicialmente, é preciso caracterizar a hipertensão como um problema de saúde que tem transformado a vida de milhões de pessoas em todo o mundo. São jovens, homens e mulheres em idade produtiva e idosos que inesperadamente “descobrem” ser portadores de uma doença que não tem cura.

Representante do grupo das doenças crônicas não transmissíveis, a HAS é definida como uma patologia de caráter multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), mais precisamente pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Entretanto, para o seu

diagnóstico, além de valores da PA, deve-se considerar o risco global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006).

Na sua etiologia estão implicados a idade, a genética, o gênero e a etnia, denominados de fatores de risco não modificáveis. Já os fatores ambientais, são passíveis de intervenção e assim permitem tanto a prevenção da HAS quanto a promoção do seu controle. São eles: excesso de peso e obesidade; a ingestão excessiva de sódio; a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo, o sedentarismo e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A prevalência da HAS tem crescido nos últimos anos e em contrapartida tem sido registradas baixas taxas de controle, resultando na sua caracterização como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública do nosso país. Além de ser uma patologia isolada, a hipertensão é fator de risco para outras doenças, como as cardiovasculares (DCV), principal causa de morte no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2010).

No Brasil, em 2005, o custo anual direto estimado do tratamento da HAS foi de aproximadamente US\$ 398,9 milhões no sistema público e US\$ 272,7 milhões no privado, o que representou 0,08% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Estes gastos representam 1,11% do gasto total em saúde que era nessa época de 7,6% do PIB (DIB *et al.*, 2010). Gastos que poderiam ser evitados com a prevenção, como por exemplo, pela simples medida regular da PA; ou pelo seguimento do tratamento não medicamentoso, através das modificações no estilo de vida.

Pesquisa recente do Ministério da Saúde mostra que a prevalência de HAS entre os brasileiros chega aos 23,3%. Esses dados foram obtidos através do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que desde 2006 realiza inquéritos nacionais, nas capitais brasileiras, para verificar, entre outros objetivos, a prevalência das doenças crônicas no país. Ainda de acordo com a pesquisa, o diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Com o diagnóstico estabelecido, o paciente depara-se com uma condição que o acompanhará por toda a vida e por isso precisa seguir um tratamento contínuo que

envolve além do uso de fármacos, medidas não medicamentosas que se referem às modificações no estilo de vida. Modificações essas que, na maioria das vezes, são ditadas como restrições, proibições, não considerando, portanto, os significados que envolvem as escolhas dos indivíduos.

Embasados por documentos oficiais e manuais técnicos, os profissionais de saúde prescrevem uma lista de “atitudes” que devem ser tomadas pelos pacientes com o objetivo de alcançar o “controle” da doença. Conforme estabelece a SBH (2010), o tratamento não medicamentoso da HAS compreende o controle de peso, a redução do consumo de sal, a adoção de um estilo alimentar saudável, redução na ingestão do álcool, eliminação do tabagismo e prática de atividade física regular.

Além desses fatores, o controle do estresse psicossocial foi incorporado na terapêutica da HAS. A SBH (2010) reconhece que os fatores psicossociais, econômicos e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS, podendo funcionar como barreiras no seguimento do tratamento e nas mudanças de hábitos. São constatações vindas, muitas vezes, do conhecimento do paciente, que rotineiramente associa o estresse com o desenvolvimento ou agravamento da doença.

Essa etapa do tratamento refere-se a medidas que parecem soar como atos simples, de fácil reprodução pelos profissionais, que esperam conseqüentemente, uma ótima assimilação por parte dos pacientes. Todavia, nem sempre, ou melhor dizendo, dificilmente é assim que funciona. O que pode acontecer nos serviços de saúde é o aumento, por exemplo, dos casos de abandono ao tratamento, a insatisfação dos usuários com os profissionais de saúde, sem contar o crescente número de complicações por hipertensões não tratadas.

O cuidado dietético na Hipertensão Arterial Sistêmica

O tratamento dietético aparece como uma difícil etapa do tratamento a ser vencida pelos pacientes. Falamos em vencer, porque o tratamento é uma espécie de luta pessoal do paciente frente à doença. Esta idéia é reforçada pela maneira dos profissionais abordarem o problema quando se referem apenas à dieta como uma receita pronta que deve ser seguida rigorosamente pelos pacientes. Com essa

abordagem os colocam num difícil papel de agirem conforme o discurso técnico científico em detrimento do seu saber envolto de tradições culturais.

Recorrendo ao discurso científico, entende-se por tratamento dietético ou dietoterapia a ingestão de alimentos ajustados às exigências de determinadas enfermidades, agudas ou crônicas, transmissíveis ou não, no que se refere tanto aos componentes nutritivos e ao valor energético da dieta quanto à quantidade, apresentação e consistência dos alimentos. Em determinados casos, a dietoterapia pode ser a parte mais importante de um tratamento, ou ainda, ser o único tratamento indicado (BORSOI, 1995). A partir dessa definição, a dietoterapia aparenta em algumas circunstâncias ganhar a caracterização de “remédio”, algo que possa ser incorporado ao cotidiano do paciente como um receituário fechado independente de suas outras necessidades.

No caso específico da HAS, o tratamento dietético está fundamentado na redução do consumo de sal e de gorduras saturadas e na adoção da dieta *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension Trial*) que consiste no consumo de frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura (SBH, 2010). Para Amodeo *et al.*(2008), o efeito benéfico da *DASH* está na manutenção de um padrão alimentar, que refere-se ao perfil de consumo de alimentos feito por um indivíduo em um período de tempo. O que é capaz de reduzir a pressão arterial não apenas em portadores de hipertensão, mas também naqueles com PA normal.

As justificativas para o tratamento dietético não são aqui questionadas, buscamos apenas refletir sobre a sua abordagem junto aos pacientes. Se do ponto de vista biomédico, muitos profissionais falam em “dietoterapia”, “nova dieta”, “dieta ideal” e oferecem um cardápio pronto, imposições acerca do que é bom ou ruim, saudável ou não, por outro lado, esquecem o paciente como um ser que faz parte de um universo social, histórico, cultural e responsável por suas escolhas.

A dietética na terapêutica da HAS prega a adoção de uma “alimentação saudável” ou “alimentação adequada” que atenda às necessidades fisiológicas do indivíduo e permita a redução dos níveis pressóricos com consequente “controle” da patologia. No entanto, a alimentação não possui apenas uma dimensão, uma finalidade. O alimento é prazer sensorial, é ritual, é linguagem simbólico-religiosa (PACHECO, 2008). Além de ser um ato biológico, é também social e cultural. Os alimentos se constituem tanto de nutrientes como de significados (MACIEL, 2005; GARCIA, 2005). Características essas que transformam os hábitos alimentares em

ações carregadas de significação resultantes das relações que se estabelecem entre os indivíduos (DANIEL; CRAVO, 2005).

A habitualidade é, portanto, uma disposição adquirida no dizer de Bourdieu (1989) em que predomina valores objetivos e subjetivos, que fazem parte inevitavelmente do mundo cotidiano, do corpo, da memória, das mais densas recordações. Logo, o *habitus* alimentar tem a ver com os costumes de uma determinada sociedade ou núcleo familiar, que tradicionalmente atravessam gerações. O consumo de um prato típico em uma determinada região ou a dificuldade apresentada por parte dos portadores de hipertensão em retirar o sal da dieta são exemplos claros de que os alimentos não estão apenas relacionados à garantia da sobrevivência, mas asseguram a preservação de uma tradição, de sua identidade social (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011).

Além da sua dimensão cultural, permeada pelos gostos, preferências e tradições culinárias, a alimentação pode ser analisada a partir de outras perspectivas: o aspecto econômico, responsável por direcionar o consumo de acordo com a renda das famílias; o social, que estabelece uma relação importante entre consumo e estilo de vida; e o nutricional cujo enfoque volta-se para a constituição dos alimentos e suas propriedades, indispensáveis à saúde e bem-estar do indivíduo, considerando também as carências e as relações entre dieta e doenças (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1997).

Esta é uma relação que tem ocupado um espaço cada vez mais significativo no meio científico (no encontro terapêutico entre profissional e paciente) assim como nos meios de comunicação em massa e entre os indivíduos nas suas relações sociais. Sendo resultado da divulgação do papel exercido pela alimentação na prevenção de doenças e manutenção da saúde para diferentes tipos de enfermidades (VELOSO; FREITAS, 2008), como a hipertensão arterial sistêmica.

No entanto, pensar em uma alimentação saudável e adequada é pensar em respeito e valorização às práticas alimentares culturalmente identificadas, um acesso economicamente acessível, uma alimentação variada em termos de cor, sabor e que seja segura, favorecendo o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando-se a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades (PINHEIRO; RECINE; CARVALHO, 2005). Dessa forma, as dimensões de variedade, quantidade,

qualidade e harmonia se associam a padrões culturais, regionais, antropológicos e sociais das populações (PINHEIRO; GENTIL, 2005).

Para Alves e Boog (2006) o entendimento das práticas de comensalidade dos indivíduos sejam esses portadores ou não de patologias crônicas, requer um olhar amplo sobre os sujeitos quanto à sua alimentação e ao cuidado. É preciso considerar o que a alimentação representa nos diferentes ciclos de vida e nas mais diversas situações cotidianas. Ao estudar uma doença como a HAS é preciso dispor de tempo e oferecer espaço para o indivíduo manifestar a sua subjetividade, o convívio com a doença, os significados que estão implicados nas suas escolhas.

A experiência com a enfermidade

O estudo da experiência da enfermidade é um caminho a percorrer quando se fala em efetivação de um cuidado em saúde integral e resolutivo. Alves e Rabelo (1999, p.171) a caracterizam como aquela que *“se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”*.

Para os autores é importante considerar que as respostas aos problemas criados pela doença são frutos de uma experiência social e estão relacionados diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores (ALVES; RABELO, 1999). É nesse cenário que se insere a preocupação com a compreensão dos significados atribuídos ao tratamento dietético da HAS, saindo dessa forma, de uma concepção puramente biomédica da doença.

O modelo biomédico, dominante na nossa sociedade, é fruto do monopólio médico em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição da doença e do tratamento. Um modelo que concebe a doença como propriedade física de comportamento, resultado de fatores eminentemente morfo-fisiológicos e desconsiderando os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo (ALVES, 1993). Centra a sua preocupação com o corpo doente, com o controle da doença em si. E como referem Sampaio e Luz (2009, p.476) nesse modelo, *“o corpo é objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção.”*

Para o enfermo, assim como, para o clínico, a enfermidade é experimentada pelo corpo. *“Mas para o paciente, o corpo não é simplesmente um objeto físico ou*

estado fisiológico, mas sim parte essencial do eu” (GOOD, 2003, p.215). Nesse sentido, para compreender adequadamente a enfermidade é preciso considerar tanto seus aspectos subjetivos, representados como aqueles que determinam um mundo de diferenças interpretativas, como seus aspectos intersubjetivos, o que a torna “objetiva” para os outros (ALVES, 1993).

Entrar nessa discussão requer o conhecimento de outras áreas do saber científico, como a antropologia. Nela, a enfermidade é vista não apenas como *uma “entidade biológica”, que deva ser tratada como coisa, mas representa uma experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições* (ALVES; RABELO, 1999, p.171). Na antropologia norte-americana, por exemplo, há a distinção entre a *disease*, como a doença do ponto de vista biomédico, e a *illness*, referente ao ponto de vista leigo e a subjetividade dos adoecidos (CANESQUI, 2007 b).

Kleinman, Einsenberg e Good (2006) discutem sobre essa diferença entre *disease e illness* e revelam que a biomedicina está interessada principalmente no reconhecimento e tratamento da *disease*, na cura da doença. A formação profissional dos médicos tende a ignorar a *illness* e seu tratamento e a biomedicina tem banido a experiência da *illness* como um legítimo objeto de preocupação clínica.

Saindo da lógica biomédica, Good (2003, p.245) acrescenta que “*a enfermidade não só se produz no corpo – no sentido de uma ordem ontológica na grande cadeia do ser – mas no tempo, no campo, na história e no contexto da experiência vivida e do mundo social. Afeta o corpo e o mundo.*” Um mundo que o abriga e no qual ele estabelece suas relações com os outros sujeitos. Neste mundo estaria bem esclarecida para os indivíduos, por exemplo, a sua relação com a comida, os ritos, as crenças, os valores e os tabus que envolvem a construção de um *habitus* alimentar, muitas vezes desconsiderado pelos profissionais de saúde.

No convívio com a enfermidade, o portador de uma doença crônica juntamente com aqueles que estão envolvidos na mesma situação, como familiares, amigos e os terapeutas, participam do processo de formulação, (re) produção ou transmissão de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, pertencentes ao universo sociocultural do qual fazem parte (ALVES; RABELO, 1999). E dessa forma se constituem os itinerários terapêuticos, o caminho que os enfermos percorrem na busca pelo “controle” ou “cura” da doença.

Para Alves (1993, p.268) “o ponto de partida para a compreensão da enfermidade é que ela está necessariamente presa a uma experiência.” A experiência, por exemplo, de sentir-se mal, a manifestação física ou psíquica que fazem os indivíduos se considerarem doentes. Somente quando os sintomas se manifestam, a doença se torna enfermidade. Para o autor, outra característica importante para a interpretação da enfermidade é o seu caráter temporal. Além de a doença mudar no decorrer do tempo, muda também a sua compreensão, visto que está sempre sendo confrontada por conhecimentos diversos, sejam os da família, dos amigos, vizinhos ou dos próprios terapeutas (Ibid).

Chegamos, portanto, a outra dimensão dessa discussão, a que considera a enfermidade não como um fato, mas como uma significação. Um “significado para alguém”, conforme estabelece a filosofia hermenêutica, fruto não apenas de um instante pontual do “eu”, mas de toda uma história do “eu” (ALVES, 1993). Ancorados nessas significações, os pacientes procuram formas para justificar as suas atitudes, as suas práticas cotidianas no cuidado à hipertensão. E acabam, quando não “aderem” às prescrições dietéticas recebendo o título de irresponsável ou negligente.

O estudo da experiência com a enfermidade é a saída para reverter este cenário no qual prevalece o interesse pelo controle da doença. No entanto, dentre as pesquisas realizadas na área, a HAS ainda predomina como objeto de estudo (o interesse volta-se para a etiologia, fisiopatologia, tratamento e epidemiologia), em que o sujeito portador dessa enfermidade geralmente figura apenas como o principal responsável pelo sucesso terapêutico. O seu entendimento como foco de abordagens na perspectiva das teorias compreensivas ainda é uma lacuna a ser preenchida.

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa encontramos alguns pesquisadores que exploraram o cotidiano dos portadores de hipertensão. São referências que “ensaiam” ou “revelam” uma abordagem sobre a experiência da enfermidade. Apesar de apresentarem metodologias diversas, estudos como o de Trad *et al.*(2010), Machado e Car (2007), Duarte *et al.* (2010), Péres, Magna e Viana (2003) e Araújo, Paz e Monteiro (2010) trazem de um mundo geral, a “voz” do sujeito e um espaço para a sua definição enquanto portador de HAS e as significações que envolvem o convívio com a doença.

Canesqui (2007 a), por exemplo, trata a hipertensão sob o ponto de vista dos adoecidos a partir da análise de estudos sobre o tema e afirma que *“tomar a perspectiva do adoecido implica ampliar a sua história”* (p.89). Para a autora, a experiência da enfermidade e as narrativas dos adoecidos permitem expor suas perspectivas pessoais e biográficas, os eventos que envolvem o processo de adoecimento, o contexto em que se inserem, possibilitando através das histórias narradas por eles evocar a sua memória e compartilhar valores e representações que não são apenas individuais, mas coletivos.

A narrativa sobre a enfermidade como um caminho para compreender o sujeito portador de Hipertensão Arterial Sistêmica

A experiência da enfermidade quando apresentada, permite o encontro com o sujeito e a sua história, na qual a doença não é um evento separado, mas agregado em todos os seus aspectos. Uma história que encontra nas narrativas um caminho para chegar a outros sujeitos e assim ser contada e recontada, a partir de diferentes olhares e interpretações.

Good (2003) descreve a narrativa como estratégia pela qual é possível representar e relatar a experiência da enfermidade, onde os acontecimentos são apresentados com uma ordem significativa e coerente. Pelas narrativas estes acontecimentos e as atividades podem ser descritos junto às experiências associadas a elas e a significação que confere sentido para as pessoas afetadas.

A narrativização seria, portanto, segundo o autor, *“um processo para situar o sofrimento na história, para situar os acontecimentos numa ordem significativa ao longo do tempo”* (GOOD, 2003, p.237). Um momento em que o indivíduo que experiencia uma enfermidade, como a HAS, além de recorrer ao passado para contar a sua história, abriria o futuro a um final positivo. O que significa permitir ao paciente imaginar um meio de superar a adversidade e o tipo de atividades que permitem à experiência da vida ser um reflexo da história projetada (Ibid).

As narrativas sobre a experiência da enfermidade tem ganhado um espaço cada vez mais significativo nas abordagens sociológicas e antropológicas dos adoecimentos crônicos, permitindo, conforme Canesqui (2007 a), uma maior compreensão do outro (sujeito portador da patologia), através da sua história, seus

projetos, sua forma de viver e as respostas evocadas para o próprio eu. Significa, nas práticas médicas ou de outros profissionais de saúde, abrir espaço para a subjetividade do paciente se manifestar, entrar em cena e participar de um diálogo que também é seu.

Costa e Gualda (2010) referem que as narrativas não são simplesmente relatos da experiência. Elas estão envolvidas em uma dimensão maior, pois permitem que a experiência seja compartilhada e o comportamento organizado. Tudo isso ocorrendo em função do tempo e do espaço em que ocorreram de forma a permitir uma melhor compreensão das experiências, sempre enfatizando a relação entre os sujeitos e a pluralidade dos acontecimentos. Dessa forma, a narrativa não relata apenas os eventos, mas também coloca em evidência seu significado, relevância e importância.

No processo de narrativização da experiência do sujeito com a enfermidade há a possibilidade de surgirem novas reflexões sobre as experiências subjetivas e a capacidade de poder descrever um acontecimento a partir de perspectivas ligeiramente distintas/diferentes, revelando novas dimensões da experiência. Além disso, as pessoas atribuem significado à experiência dependendo da importância que ela representa na sua vida. E só relevam aquilo que atribuem valor, requerendo dos investigadores sociais perguntas muito concretas que façam aflorar esses aspectos fugidios da nossa experiência (GOOD, 2003).

Ricoeur oferece maiores subsídios para entender as narrativas e como estas são interpretadas a partir da filosofia hermenêutica. Para o autor, a narrativa *“pertence a uma cadeia de falas, pela qual se constitui uma comunidade de cultura e pela qual esta comunidade se interpreta a si mesma por via narrativa”* (RICOEUR, 1989, p.169). A partir da abordagem hermenêutica, o que há a compreender numa narrativa, refere Ricoeur, *“não é, em principio, aquele que fala por detrás do texto, mas aquilo de que se falou, a coisa do texto, a saber, a espécie de mundo que, de certa forma, a obra revela pelo texto”* (Idib, p.169).

As narrativas representam, portanto, mais do que uma metodologia, mas um instrumento, se assim podemos dizer, para transformar a pesquisa social, trazendo elementos que cada vez mais diminuem a distância entre pesquisador e pesquisado. Ela objetiva justamente promover uma nova designação para esse participante do estudo. Seria, portanto, um colaborador, alguém que abre as portas não apenas da sua casa, mas da sua vida para o outro (pesquisador) entrar. Num movimento, que

se bem estabelecido, resultará em conhecimento que proporcionará novas formas de abordagens pelos profissionais de saúde.

O cuidado em saúde à Hipertensão Arterial Sistêmica no âmbito da Estratégia Saúde da Família

A ESF se constitui um espaço favorável para a produção de um cuidado em saúde orientado ao sujeito e não apenas à doença. Essa foi a proposta inicial desde a sua instituição, em 1994. Reorganizar a prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional da assistência orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para os indivíduos e à família (BRASIL, 2001).

Uma estratégia para transformar a Saúde Pública e mudar a concepção de saúde até então dominante, pois durante muitas décadas buscou-se em nosso país um modelo que acabasse com as doenças e garantisse a saúde de todos. Talvez esse tenha sido o maior erro, pensar na saúde apenas como a ausência da doença. E ao longo de muitos anos, desenvolveram-se políticas de saúde que se diferenciavam na forma de agir e oferecer serviços à população, mas apresentavam semelhanças no que se referia ao seu caráter excludente.

A própria história da saúde no Brasil mostra essas desigualdades e a constante busca em alcançar um modelo que englobasse toda a população. De modo geral, o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, com as ações pontuais de Saúde Pública realizadas de forma vertical, campanhista e autoritária (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Um cenário que começou a mudar a partir Movimento de Reforma Sanitária, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, e se consolidou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federativa Brasileira de 1988 que incorporou o artigo sobre a saúde (Art. 196) concretizando todas essas aspirações no sentido de garantir o direito à saúde para todos os brasileiros (PAIM, 2003).

O SUS foi criado com a Lei 8080/90 ou Lei Orgânica da Saúde que também dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Adotando como princípios organizativos e doutrinários, a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade de assistência, a equidade, a descentralização político-administrativa, a participação da comunidade e a regionalização e hierarquização (BRASIL, 2007).

Foi nesse cenário de mudanças que surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente designado ESF, uma vez que a medicina curativa e imediatista não atendia às reais necessidades da população, pois era pontual e direcionada à cura de patologias, não compreendendo o indivíduo de forma holística, mas fragmentando-o e vendo apenas a sua doença.

A ESF encontra-se no primeiro nível de atenção à saúde, Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), e representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, constituindo-se, pois, a porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997; 2001).

Organizado a partir de uma equipe de saúde multiprofissional, o processo de trabalho na ESF tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais e a população. A família passa a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997). As equipes de saúde da família devem conhecer a realidade da área na qual estão inseridas, de modo que possam adequar suas ações às necessidades da população.

A atuação da ESF está orientada pelo desenvolvimento dos programas específicos da AB, como saúde da criança, da mulher e do idoso; saúde bucal; controle da hipertensão arterial, do diabetes *mellitus* e da tuberculose; eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil; e a promoção da saúde. A AB busca efetivar a integralidade por meio de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe com coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007).

Dentre esses programas, o controle da HAS se destaca por ser responsável pelo atendimento de grande número de usuários do SUS e demanda atenção

especial da equipe de saúde da família devido ao caráter de cronicidade da patologia e necessidade de controle contínuo. Nesse sentido, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) os usuários do sistema de saúde, portadores de hipertensão, requerem ações de caráter multidisciplinar direcionadas às formas de prevenção, tratamento e promoção da saúde.

No entanto, não só em relação à HAS, mas todo o trabalho desenvolvido pela ESF tem-se distanciado dos seus reais objetivos, uma vez que ainda é possível encontrar a presença efetiva do modelo biomédico direcionando as práticas de muitos profissionais de saúde, além da burocratização dos serviços, conforme alertam Tesser, Neto e Campos (2010). Para os autores, os serviços públicos brasileiros de APS *“não superam o padrão dominante em que a organização estatal em geral e a instituição médica tendem a produzir uma relação ritualizada, enrijecida e burocratizada com os usuários”* (Ibid, p.3619).

Ainda discutindo essa situação, concordamos com os autores ao referirem que a Unidade Básica de Saúde transformou-se, ao longo do tempo, numa repartição pública, como uma prefeitura, por exemplo, onde existem horários rígidos e procedimentos a serem seguidos para efetivar o atendimento. A atividade profissional na ESF tem-se resumido ao seguimento de programas, protocolos e procedimento padrão, como a “consulta” (Ibid). Esta por sua vez, é orientada segundo o conhecimento do profissional de saúde, em um “encontro” onde apenas um sujeito se manifesta. O outro, o “paciente”, é um mero objeto da prática assistencial.

Há uma verdadeira restrição no atendimento aos usuários, que ao chegarem à “recepção” tem a sua frente um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda (com dias e horários pré-estabelecidos) e número de vagas limitado. Estas são preenchidas por ordem de chegada, em geral, e *“acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado com uma repartição pública.”* (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, p.3619).

Nesse modelo, o cuidado não se efetiva como deveria, considerando o indivíduo, suas singularidades e o contexto em que se insere. Muitas vezes, os profissionais de saúde desprezam suas características econômicas, sociais e culturais, o que favorece a medicalização. Esta consiste na *“expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e*

comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006, p.348).

O resultado dessa medicalização é a transformação de orientações médicas ou de outros profissionais em prescrições que não se integram ao universo vivenciado pelo sujeito (TESSER, 2006). Fato que acontece rotineiramente com o tratamento dietético, mais especificamente para doenças que não tem cura, como a HAS. Alguns profissionais desconsideram as significações que permeiam o ato alimentar e a experiência de conviver com a enfermidade.

Para Tesser (2006, p.352), essas prescrições *“revestem-se de um tom monástico, asséptico, pouco convincente e operacionalizável, por seu caráter rígido e restritivo: não beba, não fume, (...), restrinja o açúcar, o sal, a gordura, faça exercícios regularmente, não se estresse etc”*. Nesse tipo de abordagem o saber biomédico profilático desliga-se da perspectiva existencial do sujeito doente (Ibid) e afasta-se da produção de um cuidado integral e conseqüentemente resolutivo.

A constituição de um efetivo cuidado à saúde requer ir além das tecnologias que a biomedicina oferece, sair do tecnicismo orientando para o cuidado do corpo e debruçar-se sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos (AYRES, 2009). Diríamos que é preciso ampliar o olhar sobre o “paciente”, que é antes de tudo um ser humano com demandas de saúde, integrante de um meio social e cultural que direcionam suas ações e escolhas.

Esse cuidado seria o que Campos (2003) chama de clínica ampliada. Aquela centrada nos sujeitos, no seu contexto, na sua existência concreta, onde a doença é vista como parte dessas existências. O autor não propõe uma troca, mas uma ampliação. *“O objeto a ser estudado e a partir do qual se desdobraria um campo de responsabilidades para a Clínica, seria um composto resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e sua Doença”* (Ibid, p.57).

Na produção de um cuidado integral, aquele que considera o sujeito em todas as suas dimensões sendo capaz de responder às suas necessidades de saúde, é preciso considerar alguns dispositivos que devem orientar o trabalho nas Unidades de Saúde, mais especificamente, o encontro entre profissional e usuário do sistema.

Para que as práticas de saúde tenham como produto final o cuidado é preciso que nos serviços estejam ocorrendo um acolhimento humanizado, o estabelecimento de vínculos, as relações de responsabilidade, a autonomia dos

sujeitos envolvidos, a resolubilidade e o compromisso com o social, o econômico e as políticas públicas (FERRI *et al.*, 2007).

Além disso, para este mesmo autor, é preciso ampliar o olhar sobre o indivíduo, que não deve ser visto apenas pela sua patologia, mas na sua singularidade, entendendo o emocional, o cultural e o social, dentro de uma perspectiva coletiva (FERRI *et al.*, 2007). No cuidado aos portadores de HAS, em particular, na instituição do tratamento, o conhecimento do sujeito é peça chave quando falamos em sucesso terapêutico para o profissional e qualidade de vida para o paciente. Pois entendemos que não é só o controle da patologia que está em jogo, mas a garantia de uma vida saudável, sem sacrifícios extremos, como a perda do prazer em comer determinados alimentos, considerados “prejudiciais” à saúde.

Conforme referem Pinheiro, Recine e Carvalho (2005), os profissionais de saúde não podem oferecer orientações sobre mudanças nos hábitos de vida como proibições de escolhas, distantes da sua realidade. Logo, para que a ESF consiga por em prática seus reais objetivos e diretrizes é preciso que os profissionais considerem, no cuidado aos portadores de hipertensão, as características socioculturais da população, buscando a compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos à alimentação alterada pelo tratamento dietético e suas consequências na vida desses pacientes.

O PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi desenvolvida junto a uma equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família na zona urbana do município de Juazeiro do Norte, Ceará.

A Cidade de Juazeiro do Norte

Localizada no extremo sul do Estado do Ceará, numa região chamada Vale do Cariri, Juazeiro do Norte fica a cerca de 560 km da capital, Fortaleza. É a maior cidade do interior cearense, possuindo uma área territorial de 249km², com uma taxa de urbanização de 95,3% (MUNICÍPIO, 2009 a).

Cidade centenária (22.07.1911 – 22.07.2011) e de grande representatividade no Nordeste brasileiro, Juazeiro é conhecida como um centro religioso nacional, local de peregrinação para milhares de pessoas que são atraídos pela figura do fundador da cidade, o Padre Cícero Romão Batista, que está representado em uma das maiores estátuas do país. Em consequência disso, a população do município é formada por pessoas vindas de praticamente todos os Estados nordestinos, em função da religiosidade atribuída a este padre (MUNICÍPIO, 2009 a). Atualmente a população, resultado de um processo constante de formação, é de aproximadamente 250 mil habitantes (BRASIL, 2009 a).

Juazeiro recebeu esse nome devido a uma conhecida árvore, muito comum no Nordeste, que mesmo em tempos de seca permanece viçosa. Apesar de localizar-se no sertão nordestino, a cidade é privilegiada por estar próxima à Floresta Nacional do Araripe, uma reserva que confere climas mais brandos para toda a região. Em relação à altitude, situa-se a 377 metros em relação ao nível do mar, com um clima tropical quente semi-árido e semi-árido brando, com temperaturas entre 22-38°C (MUNICÍPIO, 2009 a).

A cidade de Juazeiro do Norte constitui-se um centro industrial e comercial, apresentando nos últimos anos um significativo crescimento econômico. O movimentado comércio possui unidades de grandes lojas nacionais, mas ainda permanece muito forte a presença da economia informal, representada pelas empresas de “fundo de quintal”, vendedores autônomos e artesãos cujos produtos de grande beleza artística são bastante apreciados (WALKER, 2010).

O município ainda se destaca por sediar o maior pólo universitário do interior cearense, com mais de 50 cursos de nível superior. Além disso, Juazeiro é considerado um caldeirão de cultura, contando com as mais diversas manifestações artísticas, como grupos folclóricos de reisado, maneiro-pau, malhação do Judas, entre outros. A literatura de cordel e a xilogravura também são marcas identitárias da cidade. E o artesanato além de ser uma manifestação cultural, tem grande participação na economia, sendo exportada para diferentes regiões do país e do mundo (WALKER, 2010).

A Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte

Os serviços de saúde em Juazeiro contam com os três níveis de atenção. Ao todo, existem 301 estabelecimentos de saúde registrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) (DATASUS, 2011). Na atenção primária ou AB, os serviços são prestados pelas unidades ambulatoriais públicas e pelas equipes de saúde da família, que se estabelecem como porta de entrada do serviço público de saúde (MUNICÍPIO, 2009 b).

Em Juazeiro, o PSF/ESF foi implantado em 1998. Primeiro, na zona rural do município devido à distância e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Atualmente, são 61 equipes de saúde da família, das quais 54 estão localizadas na zona urbana do município (DATASUS, 2011). O programa tem como forma de trabalho a atenção a uma população adscrita de 3 a 4 mil pessoas por cada Equipe de Saúde da Família (MUNICÍPIO, 2009 b).

Foi escolhido como campo de estudo desta pesquisa, uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Bairro Salesianos. Este lugar é central da área urbana bastante povoada. Nesta área abrangida pela ESF, encontramos uma população heterogênea em termos econômicos, pois há pessoas das camadas médias e populares. Ao visitar a área, podemos perceber alguns problemas como falta de saneamento ambiental em algumas ruas, com esgotos à céu aberto; terrenos baldios servindo de depósito de resíduos sólidos; e animais soltos pelas ruas.

A USF escolhida abriga uma equipe de saúde da família e outra de saúde bucal, contando com um médico generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário. Sua escolha deve-se ao fato de ter sido campo de estágio da pesquisadora principal, o que lhe proporcionou conhecimento da área e das demandas da população com HAS, um dos principais públicos atendidos por essa ESF.

Segundo informações repassadas pela Enfermeira da equipe sobre a prestação de contas do mês de janeiro de 2011, existiam 1026 famílias cadastradas pela ESF, o que corresponde a 3869 pessoas. Destas 343 são portadores de HAS, sendo que apenas 253 são acompanhados pela equipe.

Caracterizando o estudo

Estudar questões que envolvem o sujeito e a sua experiência com a enfermidade requer uma abordagem que vá além da análise de dados estatísticos. A saúde e a doença compõem, como refere Minayo (2008), uma relação que perpassa o corpo individual e social, se caracterizando como fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente e que possuem uma carga histórica, política e ideológica intensa não explicável apenas por números.

As pesquisas quantitativas proporcionam uma visão panorâmica da HAS no mundo e no Brasil. No entanto, é preciso investigar com maior profundidade o sujeito em seu cotidiano, a sua experiência com a enfermidade e as significações que permeiam suas escolhas. Algo que se torna possível apenas por estratégias metodológicas de abordagem qualitativa. Estas, por sua vez, são aquelas que objetivam incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às estruturas sociais, as quais se constituem construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

Ainda segundo a autora, a investigação qualitativa trabalha com o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores e requer de nós, investigadores sociais, uma flexibilidade, abertura e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos a quem podemos chamar de colaboradores do estudo (MINAYO, 2008).

Na presente pesquisa, escolhemos as narrativas para estudar a experiência da enfermidade e os significados atribuídos ao tratamento dietético por portadores de HAS. Esse tipo de técnica de pesquisa é utilizado nas investigações sociais em saúde como um meio de acesso aos sentidos atribuídos e às experiências dos indivíduos, considerando a sua realidade de vida, mais precisamente quando estão envolvidos num processo de adoecimento (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003).

Para Alves, Rabelo e Souza (1999) utilizar a análise de narrativas para conhecer as experiências dos adoecidos não significa reduzir a experiência ao discurso narrativo, mas reconhecer a existência de uma vinculação estrita entre a estrutura da experiência e a estrutura narrativa. As pessoas sentem a necessidade de narrar as suas histórias, principalmente quando se encontram diante do adoecimento e o que precisamos fazer, portanto, é dar espaço para esse sujeito se revelar.

Ao falarem sobre a experiência da doença, os indivíduos costumam narrar outros acontecimentos ocorridos durante o processo de adoecer. É uma forma que ele encontra para, de certa forma, revelar-se como pessoa. Por isso, as narrativas são vistas como uma técnica de pesquisa que promove uma melhor interação social, não só entre pesquisador e pesquisado, mas se estendendo para o contexto do cuidado em saúde, no encontro terapêutico entre profissional e paciente. As narrativas criam um campo de ação coletiva que permitem aos profissionais de saúde a construção de conhecimento alicerçado na experiência das pessoas (SILVA; TRENTINI, 2002).

Os sujeitos colaboradores do estudo

Em pesquisas qualitativas, a preocupação do pesquisador não se refere à generalização dos dados para uma população, muito menos em estabelecer uma amostra que seja significativa. O foco é o aprofundamento e a abrangência da compreensão do indivíduo ou grupo social, saindo dessa forma, da superficialidade dos números e encontrando a totalidade das informações em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2008).

Os participantes da pesquisa, também chamados colaboradores¹, foram os profissionais de saúde da equipe básica da ESF (o médico e a enfermeira) e 12 portadores de HAS. O fechamento do tamanho da amostra para estes últimos ocorreu pelo critério de saturação teórica. Tal escolha intencional tem como referência o método frequentemente empregado nos estudos qualitativos, em que a saturação teórica estabelece o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante continuar a coleta dos dados (FONTANELLA *et al.*, 2008).

A ESF é organizada a partir de uma equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal. A primeira é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Juntos são caracterizados como trabalhadores da

¹ Colaboradores- é entendido na perspectiva da abordagem qualitativa em pesquisas com narrativas como os sujeitos participantes do estudo. Mas ao longo do texto, nomearei esses colaboradores de atores-atrizes sociais ou personagens.

saúde. Segundo Paim (1994), trabalhadores de saúde são aqueles indivíduos que estão envolvidos direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde nos estabelecimentos ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor.

No entanto, participaram do estudo apenas os profissionais de saúde, o médico e a enfermeira. Essa escolha deve-se ao fato de serem estes profissionais da equipe de saúde da família que trabalham diretamente com os portadores de HAS, sendo os responsáveis pela instituição do diagnóstico e orientação quanto ao tratamento, inclusive o dietético.

O médico da equipe tem 59 anos de idade, possui especialização em Cirurgia, com 32 anos de serviço, dos quais mais de 10 são na ESF. A enfermeira tem 50 anos de idade, especializada em Centro-Cirúrgico e Saúde Pública, com 27 anos de formação e 13 dedicados à Atenção Básica. Ambos são concursados do município e estão atuando na mesma área e com a mesma equipe há mais de 8 anos.

Em relação aos portadores de HAS, o pesquisador principal solicitou a duas ACS uma lista com alguns pacientes da sua área de atuação. E estabeleceu critérios de inclusão: idade adulta e idosa, de ambos os sexos, sem sequelas decorrentes da HAS, que pudessem se comunicar facilmente, e que estivessem cadastrados na ESF há pelo menos um ano. O pesquisador confirmou os dados referidos pelos agentes de saúde através dos prontuários dos pacientes.

O primeiro momento do estudo caracterizado pela entrada do pesquisador na comunidade foi acompanhado pela ACS. Com a lista de pacientes em mãos percorreu as casas destes e solicitou sua participação. Caso não aceitasse, ou o portador de HAS não estivesse em casa, o investigador ia para outro endereço, até conseguir contato com o paciente.

A escolha por fazer as entrevistas na casa dos colaboradores foi considerada mais conveniente e significativa para o estudo, vez que o paciente estaria no seu ambiente mais comum, onde realiza a maioria das suas atividades cotidianas, favorecendo o estabelecimento de um diálogo num contexto familiar. Mesmo que a Unidade de Saúde possuísse um local apropriado, reservado, onde ficassem apenas o entrevistador e o entrevistado, acabaria reproduzindo o ambiente do consultório médico, o espaço rotineiramente frequentado pelos pacientes e que muitas vezes, não os deixa a vontade.

Instrumentos para coleta das informações

As informações neste estudo se referem às narrativas coletadas em campo a partir de um roteiro de entrevista previamente estabelecido para os portadores de HAS (Apêndice A) e os profissionais de saúde (Apêndice B). Esse tipo de instrumento refere-se às entrevistas em profundidade definidas por Minayo (2008) como aquelas que objetivam a descrição de um caso individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos, e ainda, a comparabilidade de diversos casos. Esse tipo de procedimento permite maior aprofundamento das informações sobre o objeto a ser estudado.

O roteiro de entrevista é o tipo de instrumento para direcionar uma “conversa com finalidade”, se constituindo como um mediador, um facilitador do diálogo entre o entrevistador e seus colaboradores de pesquisa. Para Minayo (2008), ele difere do tradicional questionário que pressupõe hipóteses e se estrutura a partir de questões bastante fechadas. O roteiro, por sua vez, possui poucas questões e visa apreender o ponto de vista dos atores e atrizes sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

O roteiro conta com os itens mais relevantes, considerados como indispensáveis para mediar a conversa e o investigador deve deixar seu entrevistado à vontade para discorrer sobre o tema em questão e extrair do seu discurso as repostas de que precisa. No entanto, por ser apenas um guia, Minayo (2008) alerta que o mesmo não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo, devendo ser elaborado e usado dentro dessa visão.

Vale lembrar, refere Minayo (2008), que a entrevista não é apenas um simples instrumento para a coleta de dados, mas um momento de interação onde a relação estabelecida entre entrevistador/entrevistado influencia diretamente nas informações repassadas por esses últimos. Consideração importante para os trabalhos que envolvem narrativas. Neste tipo de abordagem, a entrevista deve ser formulada com questões provocadoras, que levem a pessoa a contar como aconteceu determinado fato ou narrar sua vivência com a doença, histórias que ouviu, que participou (SILVA; TRENTINI, 2002).

Os roteiros utilizados na presente pesquisa foram elaborados previamente de acordo com os objetivos do estudo e a partir do referencial teórico sobre o tema em discussão.

O pesquisador em campo: período e coleta de informações

Inicialmente, o pesquisador fez contato com a equipe de saúde durante visita à USF escolhida. Foi o momento para apresentar os objetivos da pesquisa aos profissionais da ESF. Nesse momento ficou confirmado o momento de realizar entrevistas e decidiu-se por selecionar duas ACS para apresentação aos portadores de HAS. Estas são as que têm acesso ao maior número de portadores de hipertensão cadastrados e acompanhados pela equipe. Elas elaboraram, conforme solicitado, uma lista de pacientes com os respectivos endereços para que o pesquisador pudesse entrar em campo. Nesse tempo, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde conforme suas disponibilidades e na própria Unidade de Saúde, sempre após o horário de atendimento aos pacientes.

O primeiro encontro com os portadores de HAS foi mediado pela agente de saúde de cada uma das áreas escolhidas. Esta foi a estratégia criada para garantir a segurança de ambos, pesquisador e pesquisado e possibilitar uma melhor receptividade por parte dos moradores da comunidade. Nos encontros subsequentes, assim como, no dia da entrevista, o pesquisador foi a campo sem a companhia da ACS.

Nessa primeira ida ao campo, juntamente com a ACS, o pesquisador visitou todas as casas inicialmente listadas e naquelas em que era recebido, apresentou a relevância da pesquisa e foi esclarecida a inexistência de vínculo com a ESF ou Secretaria de Saúde, uma preocupação que poderia emergir e despertar a dúvida sobre algum prejuízo no atendimento junto à ESF caso não aceitassem participar.

Essa conversa inicial foi um momento para conhecer os colaboradores, onde o pesquisador busca informações sobre a doença, a família, a inserção no bairro. Era uma ocasião para estabelecer laço de confiança que proporcionasse ao entrevistado ficar a vontade para falar sobre seu cotidiano com o cuidado à saúde em um momento posterior, que seria a entrevista gravada, agendada para ser realizada em outra visita.

As entrevistas foram marcadas de acordo com o dia e horário acordados entre pesquisador e participantes. Eram entrevistados, no máximo, dois pacientes por dia, e algumas vezes, o pesquisador precisou remarcar-las por não encontrar o paciente em casa no dia e horário combinado. Antes de cada entrevista, o pesquisador esclarecia novamente os objetivos e apresentava o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o colaborador assinasse. Solicitava também a permissão para uso do gravador, que foi utilizado sem recusa em todos os encontros.

Com o auxílio do roteiro, o investigador direcionava a conversa com o portador de hipertensão. Este, por sua vez, ficava a vontade para responder às indagações do pesquisador que o deixava falar e apenas intervinha quando a entrevistado concluía sua fala. E sempre que a conversa fugia do assunto, o entrevistador, com cuidado para não “podar” o paciente, redirecionava o diálogo para o tema em questão.

Conforme referem Silva e Trentini (2002) no processo de obtenção das narrativas, seja por meio de entrevistas ou da observação é preciso que o pesquisador desenvolva algumas habilidades, dentre elas, a escuta. Devemos evitar interromper o fluxo do pensamento de quem conta a história, é preciso deixar “fluir” a narrativa e somente quando o narrador encerra uma história, é que podemos apresentar uma nova questão dirigida para algo que ele não havia abordado.

As entrevistas foram realizadas na casa dos portadores de hipertensão. Sempre ao fim de cada entrevista eram aferidas as pressões dos entrevistados e/ou de outros familiares caso solicitassem e orientado sobre a doença, a importância do cuidado com o tratamento dietético e a necessidade de fazer o acompanhamento com os profissionais da ESF do bairro.

No final de cada dia, eram transcritas as gravações das entrevistas e consideradas as referências semióticas, como gestos, momentos de silêncio, metáforas utilizadas, sinais emitidos pelo personagem do estudo quando este não conseguia se expressar apenas com a fala.

A fala transformada em texto são agora as narrativas escritas. Estas foram lidas de modo minudente. Também, foram necessários retornos para esclarecimentos de um ponto, uma questão, algumas dúvidas. A leitura inicial permitiu verificar se as narrativas estavam respondendo aos objetivos da pesquisa, se haveria necessidade de ampliar o número de participantes.

O trabalho de campo durou três meses, entre janeiro a março de 2011. Tempo considerado suficiente para a coleta das informações dos profissionais e dos portadores de HAS.

Análises das informações de campo

O foco principal é a compreensão dos significados atribuídos pelo sujeito ao tratamento dietético da HAS. Para tanto, recorreremos à dimensão da compreensão, fundamentando a análise a partir da hermenêutica descrita por Paul Ricoeur (1989). Nessa perspectiva, a compreensão e a explicação ao se correlacionarem e fazerem parte do mesmo processo constitui-se num círculo hermenêutico e permite o encontro com o mundo do texto do autor em um inacabado de oportunidades de interpretação (RICOEUR, 1989).

No primeiro contato com material colhido e produzido em campo foi feita a transcrição fiel das entrevistas, com posterior leitura minuciosa do conjunto das narrativas gravadas. Depois, os termos analíticos contemplados nas entrevistas foram sistematicamente organizados com o objetivo de estabelecer um mapeamento do material empírico em diferentes categorias. Fez-se uma leitura exaustiva e flutuante das narrativas, com muitas idas e vindas ao texto, com o intuito de estabelecer relações entre as expressões e sentenças narradas elaborando unidades categoriais com as idéias centrais sobre o tema em questão.

Assim, foram examinados os trechos narrados considerando cada categoria analítica, formando blocos ou eixos temáticos que se relacionam. A base para a análise foi num primeiro momento o senso comum nas narrativas de diferentes atores e atrizes sociais. Nesse tipo de procedimento, em que se analisa o conjunto das experiências é possível perceber, conforme referem Silva e Trentini (2002, p.49) que, *“embora cada vivência fosse única, podiam mostrar, em sua essência, semelhanças com as experiências de outras pessoas”*. Em seguida observaram-se contradições que aparecem na narrativa de um mesmo indivíduo e no conjunto das falas.

Para o entendimento dos significados, recorreu-se à filosofia hermenêutica de Ricoeur (1989) numa tentativa de alcançar a compreensão. O processo de interpretação do texto do personagem e da sua experiência que aí se releva realizou-se a partir de alguns conceitos interpretativos revelados pelo referido autor, dentre eles, a distanciação, a apropriação, a explicação e a compreensão.

Em outras palavras, podemos dizer que as narrativas representam o mundo do autor ou ator social que requerem compreensão, e para tanto é preciso fazer um movimento de distanciação do texto e apreendê-lo, possuí-lo em uma relação, como

diz Ricoeur ao se referir ao círculo hermenêutico de explicação e compreensão. As análises das narrativas permitiram um maior entendimento acerca dos significados da hipertensão e da dieta que se impõe como tratamento, pelo indivíduo entrevistado. Colocamo-nos diante do mundo do sujeito, um mundo que não é apenas o biomédico, mas histórico, social e cultural.

O processo de compreensão dos significados do problema obtido através das narrativas foi orientado pela mediação não apenas do texto, mas dos signos e também dos símbolos. *“Não há compreensão de si que não seja mediatizada por signos, símbolos e textos”* (RICOEUR, 1989, p.40). O autor reconhece a semiótica como parte desse processo. Nesse sentido, é preciso considerar os elementos utilizados para caracterizar as experiências dos atores e atrizes sociais que vão além da fala, como já mencionado. As metáforas, signos lingüísticos da cultura, também permeiam esse processo, pois muitas vezes, as pessoas as utilizam para se referir à hipertensão como um problema do “nervo”, como vimos.

Segundo Ricoeur, uma das etapas do processo de interpretação consiste na mediação pelo texto, que se inicia quando o mesmo se liberta do seu lugar nativo, constituído pela intenção, situação e destinatário original. É preciso considerar, revela, a polissemia do texto que convida a uma leitura plural. As narrativas são, portanto um meio que abre inúmeras possibilidades de interpretação.

Para Ricoeur, interpretar é tornar o que está longe mais próximo. Aproximar através do mundo do texto, o autor que por ele se expressa, explicitando o mundo que o texto projeta. A tarefa da hermenêutica seria, portanto, discernir a “coisa” do texto na concepção de Gadamer, que para Ricoeur trata-se do mundo da obra. Quando é solicitado aos colaboradores do estudo maiores explicações sobre o que é narrado, abrem-se novas possibilidades para uma melhor compreensão.

O processo de análise das narrativas para compreender a experiência do adoecimento e suas repercussões representa um grande desafio para os investigadores sociais. O processo de interpretação das narrativas é um deles, pois o pesquisador precisa *“elucidar seus significados potenciais e o processo de produção de significado de tais narrativas, que é inerente à interação entre ouvinte/leitor e o texto/narrativa”* (SILVA; TRENTINI, 2002, p.427).

As análises se consolidaram a partir do encontro entre o empírico e a apreciação minuciosa deste, como uma atitude rigorosa que o campo científico exige e que se dá com a mediação dos pesquisadores. Reconhece-se a pluralidade das

narrativas e as múltiplas possibilidades de interpretação que se abrem a partir de cada leitura e dependendo do tempo em que esta é feita.

Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa obedeceu a todas as recomendações formais advindas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), referente a estudos com seres humanos. A decisão do voluntário de querer ou não participar da pesquisa foi respeitada, bem como, foi garantido o seu anonimato.

Para a garantia da ética na pesquisa utilizou-se o TCLE (Apêndices C e D) para os colaboradores envolvidos, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, os procedimentos utilizados, a liberdade do entrevistado em querer ou não participar, assim como o direito de sair da pesquisa no momento em que desejar. Nele também estão expostos os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética, que se disponibilizam a esclarecimentos ou reclamações sobre a pesquisa. Antes de cada entrevista, o TCLE era lido ou solicitava-se que o entrevistado lesse, caso ele preferisse e ambos, pesquisador e colaborador assinavam o termo, ficando uma cópia com cada um.

Atendendo ainda à Resolução, solicitou-se, em julho de 2010, autorização junto à Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE para a realização da pesquisa na USF selecionada (Apêndice E; Anexo 1). Posteriormente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (Anexo 2).

AS NARRATIVAS E SEUS SIGNIFICADOS

A compreensão dos significados atribuídos ao tratamento dietético da HAS pelos portadores desta patologia foi antecedida por outra discussão referente a experiência da enfermidade no cotidiano desses usuários da ESF. Além disso, a caracterização do trabalho dos profissionais de saúde da equipe também fez parte desta investigação. Para tanto, conforme já referido, recorreu-se às narrativas para se alcançar tais objetivos. Com isso, foi possível entrar no mundo do sujeito e através das suas falas e ações fazer um movimento de idas e vindas com seu texto, e caminhar da explicação à compreensão (RICOEUR, 1989).

Inicialmente, procuramos apresentar os colaboradores da pesquisa, que ao longo do texto, também são chamados de atores e atrizes sociais ou personagens. Uma breve descrição de suas histórias é contada com o auxílio de suas próprias falas. E ao deixar generalizações de lado e com o intuito de preservar as particularidades de cada indivíduo, fazemos as apresentações uma a uma para aproximá-los dos leitores deste estudo e facilitar o entendimento acerca das suas atitudes, crenças e valores.

Os portadores de HAS aqui designados receberam um pseudônimo escolhido pelos pesquisadores para garantir o anonimato. Os nomes usados são comuns no município de Juazeiro, assim como, em toda a Região, justificando o seu uso. São eles: Rosa, Margarida, Luzia, Graça, Aparecida, Fátima, Pedro, João, Das Dores, Rosário, Miguel e Paulo. Atores sociais, personagens de uma história real, marcada, na maioria das vezes, por sofrimentos, dor, medo, mas que ainda preserva cenas alegres, recheadas de esperança por melhores dias. Exercem papéis tanto de protagonistas como de coadjuvantes, a depender da história que está sendo contada. Nesse caso, ao narrarem a experiência de conviver com a HAS, são os atores principais, aqueles que acumulam responsabilidades, que fazem parte de um universo social, histórico e cultural permeado por significações, que buscam o “controle” diário da patologia, percorrendo itinerários diversos para isto. Mas que, ao final, não podem, simplesmente de despir desse papel, pois estamos falando da vida real, de um problema real, que o acompanhará por toda a vida.

Conhecendo os colaboradores da pesquisa

1. C.D.P.B (Rosa): Natural de Juazeiro do Norte, tem 36 anos de idade, é casada, católica, tem três filhos, mora com o marido e o filho mais novo, de 6 anos. Possui um pequeno comércio de alimentos e produtos de limpeza na garagem de casa. Segundo a mesma é a fonte de renda mais certa da família, pois o marido está desempregado, com isso, a renda mensal é de R\$ 250 a 300 reais. Rosa chegou ao bairro Salesianos há 19 anos. O diagnóstico da hipertensão veio quando a sua mãe, também portadora de HAS, faleceu há aproximadamente cinco anos. Rosa refere que sentia muita dor de cabeça e quando procurou o médico da ESF, ele diagnosticou HAS e indicou o tratamento. Ela fala e gesticula tentando enfatizar a dor, coloca as duas mãos na cabeça e simula a reação que tem quando dói, e diz: “[...] *dor de cabeça demais, demais, frequente, frequente [...]*”. Foi aí que descobriu que tinha pressão alta: “[...] *a minha é 20, 16, ela baixa fica no 16. Ela nunca fica 12 por 8 [...]*.” Rosa costuma ingerir bebida alcoólica com frequência e é tabagista, procura outras medidas terapêuticas para o controle da pressão e em relação à alimentação, a compreensão que se tem, é que o álcool muitas vezes é o principal alimento.

2. M.B.F. (Margarida): Tem 50 anos de idade, é casada, tem cinco filhos e estudou até a quinta série. Era costureira, mas atualmente se dedica aos afazeres domésticos e ao cuidado com a mãe, que tem hipertensão arterial e sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Margarida é natural de Campos Sales (Ceará) e veio para Juazeiro juntamente com a família, quando tinha 6 anos de idade: “*A gente veio pra cá porque mãe queria mudar, ai veio tudinho.*” No Bairro Salesianos, moram há 41 anos. Ao todo, são oito pessoas na mesma casa (ela, o marido, a mãe dela e os cinco filhos). Juntos fazem uma renda de dois salários mínimos. É católica. O diagnóstico da HAS veio há três anos quando acompanhava uma irmã em uma consulta médica: “[...] *foi quando eu comecei a sentir dor de cabeça, eu nem sabia o que era isso[...]. Minha irmã adoeceu e eu fui com ela ao médico; aí eu disse: doutor tira minha pressão [...], estava 15 por 9; ele disse que estava alta; ai comecei tomar remédio, isso está com três anos.*” Margarida aparenta muito cansaço diante da

necessidade de cuidar da mãe e muitas vezes esquece de cuidar de si. Ambas tem HAS, mas os cuidados acabam sendo direcionados mais à mãe do que para ela.

3. M.F..S.V (Luzia): Tem 69 anos de idade, casada e tem duas filhas. Mora com o marido, é dona de casa e estudou até a 3ª série do ensino fundamental: *“Naquela época a gente quase não tinha tempo de estudar devido ao trabalho na roça, ajudar o pai. Era uma dificuldade muito grande.”* A renda familiar mensal é de dois salários mínimos. É natural da localidade de Ingazeira, no município de Aurora (Ceará) e chegou a Juazeiro há mais de 30 anos, quando seu marido, funcionário da REFFESA, foi transferido. Moram no bairro há 19 anos. Luzia ajuda as filhas no cuidado com os netos, enquanto as mesmas estão trabalhando. O diagnóstico da doença foi feito em 2004: *“[...] eu fiquei com as pernas inchadas, sem poder andar, as pernas doíam demais, aí, eu disse, vou no Posto. Minha pressão estava 17 por 10 [...]”* É uma mulher que sofre muito com os problemas de saúde das filhas e também do marido, mas encontra na fé, a esperança de dias melhores: *“Eu sou católica e tenho muita fé em Deus, com estou tendo aqui todo dia.”*

4. S.M.O.S. (Graça): Tem 51 anos de idade, casada, dois filhos, é dona de casa, católica, possui o primeiro grau completo. Mora com o marido e os filhos e a renda familiar é de dois salários mínimos. Natural de Barbalha (Ceará) chegou a Juazeiro em 1975, com toda a família: *“viemos porque tinha mais oportunidade de emprego, era bem melhor.”* Estão no bairro Salesianos desde que chegaram à cidade. Recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial quando tinha 36 anos durante o pré-natal do segundo filho: *“foi através do pré-natal que eu descobri que estava com pressão alta; depois que eu tive meu segundo filho não controlou mais, é sempre alta.”* Tem histórico familiar de obesidade e hipertensão e na sua narrativa encontramos uma relação forte com a comida, pela dificuldade em perder peso.

5. M.C.P. (Aparecida): Tem 55 anos de idade, casada, teve três filhos, estudou até a segunda série do ensino fundamental, é dona de casa e revendedora de cosméticos. Aparecida mora com o marido e um filho, é católica e a renda familiar é incerta. É natural de Barbalha (Ceará) e chegou a Juazeiro quando tinha 12 anos. No Bairro, mora há 36 anos. O diagnóstico da hipertensão arterial foi dado em um momento de

muito sofrimento na sua vida, quando perdeu um filho em um acidente. Nessa época Aparecida ficou depressiva e a pressão começou a subir: *“Até meu filho morrer, eu não tomei remédio para pressão, nem para nervo, nem para nada, mas devido o trauma da morte dele, eu entrei em depressão e aí, passei a ter problema de pressão, nervo e ficou os dois até hoje [...] Faz 13 anos.”* Sempre que fala no filho perdido o tom da voz muda, o olhar muda, fixa o olhar como se retornasse ao momento da morte do filho. No entanto, sempre conta o que aconteceu, o que passou e os momentos de dificuldade que ainda enfrenta, principalmente os relacionados à saúde. Preocupa-se muito com ela, é assídua nas suas consultas na ESF e sempre que tem alguma dúvida procura o médico ou a enfermeira da equipe.

6. I.G. (Fátima): Tem 54 anos de idade, é casada, tem três filhos, possui o segundo grau completo, é autônoma, sua religião é a católica. Mora com o marido, dois filhos, uma nora e uma neta e a renda da família fica em torno de dois salários mínimos. É natural de Assaré (Ceará) e veio para Juazeiro em 1973: *“Eu vim porque meu pai veio embora para Juazeiro [...], porque os estudos para mim era melhor aqui do que lá.”* Depois de casada, Fátima morou em vários Estados, mas depois retornou à Juazeiro e no bairro Salesianos, mora há três anos. O diagnóstico da hipertensão arterial foi recebido quando morava em Sergipe: *“[...] eu senti uma tontura lá, com gastura, uma tontura e um escurecimento de vista [...] aí eu fui ao médico lá em Sergipe, foi quando ele olhou a pressão e estava alta.”* Fátima não se mostrou muito receptiva nos primeiros contatos. Segundo a agente de saúde, ela é considerada uma paciente “negligente”, é cadastrada na ESF, mas não frequenta a Unidade de Saúde. Outro problema que a acompanha é a obesidade e reconhece os prejuízos que ela traz para a sua vida, principalmente para o controle da pressão: *“Atrapalha, só atrapalha. Mas para gente perder (peso), para adquirir é rápido, mas para perder, minha amiga é raro, é difícil [...]”*.

7. G.F.A. (Pedro): Tem 71 anos de idade, é casado, teve sete filhos (um é falecido), nunca estudou, aprendeu apenas a assinar o nome. Foi motorista do Estado por 31 anos e hoje, aposentado, tem uma renda de três salários mínimos. Pedro apesar de se considerar casado, está separado da sua esposa há oito anos e mora com um

dos filhos do casal. Ela, que reside em uma casa próxima a sua, mora com uma filha. Natural do Estado da Paraíba foi criado em Caririaçu (Ceará) e veio para Juazeiro no ano de 1962, quando foi transferido para trabalhar na Região: *“Vim embora com a família, desde 62, e moro na mesma casa. Eu só vim para cá por conta do trabalho [...]”*O diagnóstico da hipertensão: *“Hás uns 18 anos atrás ou 20, eu trabalhando e com dor de cabeça direto, aí eu não agüentava mais e fui a um doutor, chegou lá, ele tirou a pressão: “vixe Nossa Senhora!” [...], aí ele passou o remédio para pressão e eu tomo até hoje. Pedro se considera um paciente controlado, assíduo na Unidade de Saúde, referido, segundo ele, como exemplo, dado pelas agentes de saúde, aos outros pacientes. É um paciente que se preocupa muito com a medicação: “Eu tenho que tomar o remédio três vezes por dia. Posso comer o que comer e rezar o que rezar, eu tenho que tomar o remédio. Quando não tem o remédio (no Posto) eu compro, mas não deixo faltar.”*

8. F.A. (João): Tem 74 anos de idade, é casado, analfabeto e teve dois filhos. No passado foi agricultor e comerciante, hoje, está aposentado. Mora com a mulher, uma filha, duas netas e dois bisnetos e a renda da família fica em torno de quatro salários mínimos. Ele nos recebe alegre e tenta esconder o sofrimento de ter perdido um filho muito jovem em um trágico afogamento há 22 anos. Mora com a família em uma casa grande, mas por não gostar de barulho vive em um pequeno cômodo “fora” da casa, porém com comunicação com a mesma. Nesse quarto tem tudo o que ele precisa e a sua mulher sempre leva comida para ele. Se diz satisfeito com a vida que leva e gosta de ficar sozinho no “canto” dele. Em frente a seu quarto fica a estrada de ferro, por onde passa o Metrô que liga Juazeiro a uma cidade vizinha. E é para lá que João olha durante toda a nossa conversa; olhar fixo para aquele lugar que mais do que uma simples estrada, seria talvez o meio que o leva ao passado, um tempo de juventude. Católico, se mostra esperançoso quanto a sua saúde: *“Não pode se descrer porque a gente vê os exemplos dos outros que ficam bons e não pode descrê nem de Deus, nem dos Santos.”*Natural do Estado da Paraíba, chegou em Juazeiro há 30 anos (mora no Bairro Salesianos desde que chegou aqui) : *“Cheguei aqui botei uma “bodega”, aí trabalhei, foi o tempo que meu filho morreu [...]Je eu caí fora.”* O diagnóstico da hipertensão: *“[...] eu sentia “tontiça” e ficava querendo cair. Isso tem uns oito anos.”*

9. I.A.S. (Das Dores): Tem 71 anos, é viúva, tem quatro filhos, analfabeta e por muito tempo foi costureira. Mora com dois filhos e a renda da família é de um salário mínimo, fruto da pensão deixada pelo marido. É natural do município de Crato (Ceará) e chegou a Juazeiro no ano de 1961: *“Eu vim para Juazeiro porque me casei e meu marido morava aqui [...]”*. No bairro Salesianos mora desde 1967. Das Dores é uma senhora de olhar triste, desde a primeira visita não parecia muito receptiva para falar sobre sua vida, mas aos poucos, essa primeira impressão foi desaparecendo e a conversa pode fluir naturalmente. É uma mulher católica e refere ter muita fé aprendendo a esperar em Deus a saúde, diante de todo o sofrimento que já passou. Se diz muito nervosa, ansiosa e é na religião que encontra calma para poder suportar as “tempestades” da vida, como os problemas de saúde que tem. Das Dores já se submeteu a uma cirurgia cardíaca de ponte de safena há quinze anos atrás. O diagnóstico da hipertensão arterial: *“Faz tanto tempo, eu tinha mais ou menos uns 30 anos, [...] quando eu engravidava que fazia o meu pré-natal, então o médico já passava medicamento para baixar [...]”*. Das Dores revela que era tabagista: *“[...] já fumei por trinta anos. E deixei de fumar quando eu me operei.”*

10.J.F.S. (Rosário): Tem 58 anos, é casada, seis filhos, possui o ensino médio completo e há 19 anos é agente comunitária de saúde (ACS). Natural de Juazeiro, refere que nunca quis sair do seu lugar de origem e espera morrer aqui: *“[...] nem tenho vontade de sair, espero que meus restos mortais fiquem aqui, porque é uma cidade que eu nasci, me criei e adoro Juazeiro.”* Mora no bairro Salesianos há mais de 32 anos, na mesma casa, que divide com o marido e dois filhos. A renda familiar é de quatro salários mínimos e a sua religião é a católica. Rosário é uma mulher sorridente, prestativa, uma agente de saúde dedicada e comprometida com o que faz. O diagnóstico da hipertensão: *“[...] eu acho que está com uns três anos, mas assim, começou só quando eu tava nervosa, quando eu tava nervosa aí tinha um pico de 16 por 8[...]. Quando eu descobri eu senti umas emoções, raiva, umas coisas, aí subiu.”* Apesar de ser bem orientada quanto aos cuidados que precisa ter com a hipertensão, ela se considera rebelde por não seguir todas as recomendações médicas, principalmente as relacionadas à alimentação: *“[...] sou comilona.”*

11.F.A.S (Miguel): Tem 69 anos de idade, é casado, teve quatro filhos (uma é falecida). Não sabe informar com precisão a escolaridade: *“Eu estudei naqueles tempos que a gente estava na roça, muito pouco; acho que o primário, uma coisa assim.”* Foi agricultor, lavador de carros e hoje está aposentado. Mora com a mulher e uma filha e a renda familiar é de dois salários mínimos. Miguel é natural da zona rural do município de Crato (Ceará) e chegou a Juazeiro em 1981: *“Viemos porque a gente resolveu deixar a roça, porque trabalhava pesado e resolveu vim pra cá, aí gostamos e não voltamos mais. [...], porque Juazeiro a gente sempre tem aquela fé de vir e se dar bem.”* No Bairro Salesianos, mora há quinze anos. A sua religião é a católica e afirma ter muita fé em Deus: *“Eu sempre peço a Deus que me dê minha saúde [...].”* O diagnóstico da hipertensão arterial: *“Eu nunca tomava remédio não, eu vivia por aí, as vezes sentia uma “dorzinha” de cabeça. Aí eu descobri em São Paulo. Eu fui ao médico pela primeira vez, ele mediu a pressão e tava muito alta, aí de 1997 para cá, eu vivo tomando remédio até hoje.”* Miguel refere ter medo da hipertensão e por isso procura sempre estar com ela controlada: *“Eu tenho (medo) porque o “caba” bom é legal. E o caba doente é ruim. Tenho medo de não resolver as coisas. Tenho medo de morrer.”*

12.J.F.d.L. (Paulo) : Tem 49 anos, é divorciado, tem dois filhos, estudou até a 7ª série, é comerciante e a religião é a católica. Mora sozinho e a renda mensal é de cinco salários mínimos. Paulo é natural de Juazeiro, sempre morou no bairro Salesianos: *“A vida inteira. Passei uns tempos fora de Juazeiro, mas quando voltei vim aqui para o bairro.”* Paulo é cadastrado na ESF, mas não faz o acompanhamento regular: *“Eu fui uma vez, só fui uma vez lá no Posto com o doutor lá que eu nem lembro mais o nome dele. Aí, ele passou uns exames para eu fazer, mas eu nem fiz.”* O diagnóstico da hipertensão: *“Foi quando eu fui fazer uns exames para o transplante do meu filho, que tinha problema de rins, aí no meio desses exames, o médico falou para mim que eu tinha problema de pressão. Só que eu nem sabia, aí passou o remédio para eu tomar e tomo até hoje. Está com uns cinco anos.”* Apesar de saber do seu problema, Paulo refere tomar apenas a medicação prescrita no começo do tratamento e não faz o acompanhamento por, segundo ele, não sentir nada: *“[...] Eu não sei se é porque eu sou descansado, não sinto nada.”*

CAPÍTULO 2. A EXPERIÊNCIA DO SUJEITO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

O processo de adoecimento se caracteriza como uma realidade a ser vivenciada por todos nós, em algum momento de nossas vidas. Seja uma patologia de curso agudo ou de caráter crônico, estamos vulneráveis a sair do equilíbrio que é a saúde e conviver com aquilo que se impõe como a “perturbação”, como “algo perigoso”, a doença (GADAMER, 2006). Ainda segundo este autor, se a doença se manifestar, resta “lidar com ela”. E este lidar resultará, a nosso entender, em uma experiência, fruto de todo o movimento que se realiza desde o momento do diagnóstico até a tentativa do restabelecimento do equilíbrio inicial.

Para Alves (1993, p.263), *“a ‘experiência da enfermidade’ é uma categoria analítica que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença”*. Essa resposta envolve, portanto, a reação diante da confirmação da patologia, os momentos que antecederam o processo de adoecimento, o tratamento recomendado e aquele que é seguido de fato, a busca por medidas terapêuticas alternativas que ajudem a “controlar” ou “curar”, além da procura por serviços médicos, as dificuldades enfrentadas, enfim, envolve o indivíduo dentro do seu contexto, que muitas vezes não é considerado pelas práticas biomédicas.

Acentua-se a necessidade de compreender melhor o sofrimento do sujeito que possui a doença, saindo da relação inversa que o modelo biomédico hegemônico insiste em cultivar. Para este, o que interessa é a doença, o tratamento, excluindo o indivíduo, que muitas vezes, é caracterizado por um número de leito de hospital ou pela adjetivação da patologia. Como exemplo, é muito comum ouvirmos: *“ele é diabético ou hipertenso”*. Estamos tão condicionados a pensar a doença que nem sempre percebemos a exclusão do *ser* humano, o ser doente enquanto categoria ontológica.

Esta pesquisa teve o cuidado em trazer a experiência do sujeito com HAS e com suas narrativas dar espaço para compreender o mundo da vida cotidiana em que entra a enfermidade como valor cultural. Com isso, tentamos revelar e proporcionar a compreensão dos significados da enfermidade em sua vida, suas escolhas de tratamentos. Conforme Canesqui (2007 b), o enfoque dado à

experiência da enfermidade e narrativas dos adoecidos busca entender as expressões das perspectivas pessoais, as biografias, os eventos e seus contextos.

As narrativas dos atores e atrizes sociais (portadores de hipertensão arterial) proporcionam um encontro intersubjetivo pelo diálogo sobre a experiência da enfermidade. E este dialogar é uma porta que se abre para o entendimento do que o indivíduo significa em suas diferentes dimensões, é o momento de dar voz ao sujeito que vivencia a enfermidade crônica.

Falar sobre isto é trazer ao debate um conteúdo que não se esgota e permite múltiplas possibilidades de aprofundamento. Diante de um leque de expressões que o problema pode trazer, é possível compreender a experiência do sujeito com sua doença, e relevar um caminho a seguir quando falamos em cuidado em saúde. Este, segundo Ayres (2004), pode ser entendido como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento, a interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O cuidar representa um processo complexo que vai além de uso de tecnologias e técnicas e envolve as ações dos prestadores de cuidados, sua atenção, seu acolhimento e as trocas que se processam visando um objetivo comum: a satisfação do usuário. Para uma patologia crônica como a HAS, o cuidado não se resume apenas ao uso medicamentoso como encontraremos nas narrativas analisadas, mas tem uma dimensão maior, que compreende as medidas não farmacológicas, dentre elas o tratamento dietético.

No caminho que nos leva a compreensão dos significados do tratamento dietético para os portadores de hipertensão, o conhecimento da experiência do sujeito com a enfermidade e o itinerário terapêutico são passos necessários que devem ser seguidos, assim como a relação do paciente/profissional de saúde no encontro terapêutico na ESF.

A hipertensão que se “descobre”

As narrativas conformam a apresentação dos personagens do estudo sobre o diagnóstico da hipertensão arterial. Como surgiu a doença, os primeiros sinais de que algo estava fora do equilíbrio da saúde, o primeiro encontro com o profissional

de saúde, a preocupação com a doença descoberta. Logo, podemos relacionar o aparecimento da enfermidade como algo que se descobre, no seu sentido oculto, que se manifesta ou se revela.

O discurso médico científico caracteriza a HAS como uma doença assintomática, sendo o seu diagnóstico concebido pela detecção de níveis elevados de pressão arterial (PA). Para tanto fica evidente a necessidade de busca ativa, pela medida da PA em toda avaliação clínica e dos demais profissionais de saúde (SBH, 2010). Alia-se a isso, a iniciativa do paciente em transformar a aferição da pressão em medida de prevenção contínua.

Devido ao caráter silencioso da hipertensão, possivelmente o indivíduo poderá ser um portador desta doença sem manifestar sintomas, o que dificulta o seu diagnóstico, conseqüente acompanhamento e controle. No entanto, em alguns casos, há por parte dos atores e atrizes sociais a relação de determinados sintomas prévios à descoberta da hipertensão: “[...] *aí era dor de cabeça demais, demais, frequente, frequente, aí a gente descobriu que a pressão era alta demais [...]*” (Rosa). Nesse sentido, concorda-se com os resultados do estudo de Péres, Magna e Viana (2003) sobre atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas de portadores de hipertensão arterial, no qual 44% dos participantes relataram apresentar sintomas, como: dor de cabeça, tontura, dor no corpo e cansaço.

Na presente pesquisa, as narrativas de alguns apontam para a descoberta da hipertensão durante ou após um momento de estresse ou sofrimento. No trecho que se segue, a morte de um ente querido está associada ao desenvolvimento da doença. Para Aparecida, falar da perda repentina do filho traz elementos que não podem ser expressos oralmente. O momento da fala é antecedido por gestos, expressões, olhares, semelhante a semiótica descrita por Ricoeur (1989) ao referir que “*a percepção é dita, o desejo é dito (...)*” (p.40). Naquele momento, os olhos parecem falar e o silêncio contesta o sofrimento da perda. Nessa fase da sua vida, surge associado ao diagnóstico da hipertensão arterial o problema de “nervos” a que se refere.

Até meu filho morrer, não tomei remédio para pressão, nem para os nervos, nem para nada, mas devido ao trauma da morte dele, que morreu num acidente; aí entrei em depressão e passei a ter problema de pressão e nervo. Ficaram os dois até hoje; fazem treze anos (Aparecida).

Estes relatos e outros concordam com os achados de Machado e Car (2007), em seu estudo sobre a dialética do modo de vida dos portadores de HAS, no qual, o início da doença apresenta-se associado à morte de familiares e a outros eventos estressantes. Percebe-se, portanto, o quanto é comum relacionar pressão alta com estresse, sentimentos de raiva, algo que faça “pressão” sobre o corpo e/ou a mente se alterar. A narrativa de Rosário expressa bem isso: [...] *“Começou quando eu estava nervosa, tive um pico de 16 por 8 [...] Quando eu descobri, senti umas emoções, raiva, umas coisas, aí subiu”*.

O estresse no trabalho aparece aqui como a possível causa do desenvolvimento da doença. Pedro era motorista e lidava cotidianamente com as pressões que essa função oferece, a necessidade de zelar pela própria vida e pela dos outros. Possuía uma rotina de trabalho exaustiva, que o fez mudar de cidade para facilitar seu trabalho e proporcionar mais tempo com a família. Além disso, ele relata o quanto se alimentava “erradamente”, fora de horário e muitas vezes, comia salgado, feito por ele ou por outros colegas de profissão. Foram 31 anos nesse cotidiano de trabalho que o levaram ao diagnóstico da hipertensão, manifestada enquanto ainda precisava trabalhar.

Para Graça e Das Dores, a hipertensão está relacionada à gestação: *“Quando eu engravidava fazia o pré-natal, então o médico já passava medicamento pra baixar (Das Dores). Eu estava com 36 anos, depois que eu tive meu segundo filho (a pressão) não controlou mais”* (Graça). Ambas obtiveram cuidados do Pré-Natal, momento este de prevenção dispensado à mulher no período gestacional e que tem evitado quadros de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; ou ainda tenta evitar a cronicidade da HAS (BRASIL, 2005).

A compreensão da narrativa é mediada, conforme Paul Ricoeur (1989), por símbolos que se referem às expressões de duplo sentido utilizadas diversificadamente nas diferentes culturas para caracterizar eventos do cotidiano. No caso específico da enfermidade, *“as metáforas dão forma ao sofrimento individual, permitindo aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva e transmití-la aos outros, com o intuito de desencadear nestes uma série de atitudes condizentes como a nova situação apresentada”* (ALVES; RABELO, 1999, p.174).

Graça diz que *“está colhendo o que plantou”*. Recorre ao dito popular para caracterizar seu estado de saúde como o resultado do seu antigo estilo de vida. Embriagava-se de cachaça e se alimentava mal.

O reconhecimento da hipertensão como hereditária, torna a doença familiar e o acometimento chega a ser esperado por alguns personagens, sugerindo a compreensão determinista de que não seria possível evitá-la. O convívio próximo e cotidiano com a patologia, seja em si mesmo ou nos grupos sociais dos quais faz parte, origina uma espécie de *resignação* diante do destino. Diante disso, é possível que as ações de prevenção não sejam efetivas e encontrem obstáculos ao tentar promover mudanças comportamentais, principalmente as relacionadas aos hábitos alimentares. No estudo de Trad *et al.* (2010, p.800) sobre itinerários terapêuticos face a hipertensão em famílias de classe popular, a HAS também foi reconhecida “como uma ‘doença da família’ devido ao número de membros portadores e por ter acometido diferentes gerações.”

Eu já esperava porque minha família tem (Graça).

Somos todos hipertensos, quando minha mãe morreu, eu fui pro médico, a minha pressão começou subir. Tudinho aqui em casa. Pai já teve três AVC. Minha menina tem a pressão alta, meu irmão, minha irmã, a doença aqui de casa só é essa: quem não morre de AVC, morre doido (Rosa).

Rosa faz parte de uma família em que a HAS é uma doença marcante, causando graves conseqüências em diferentes gerações, como AVC (Acidente Vascular Cerebral) e doenças mentais. Trata-se de uma relação que circula no conhecimento popular: o AVC ao “afetar a cabeça” pode gerar loucura. Por isso, é comum a expressão: “se a doença der na cabeça, fica doido.” Outra relação existente é que o “problema dos nervos”, muitas vezes, relacionado ao aparecimento da HAS, também está associado à loucura. Observamos sentidos diversos, uma polissemia sobre o tema da HAS. Sentidos que ganham dimensões de proximidade com as doenças dos *nervos*, as doenças da emoção, e da família.

O momento da descoberta da enfermidade constitui-se um marco de ruptura entre o tempo anterior da ausência de sintomas e a manifestação da doença, propriamente. Nesse sentido, um mundo de novas situações é vivenciado, mundo cercado por crenças, valores e significados que estão relacionados ao modo de conviver com uma enfermidade crônica, no caso, a hipertensão. Sentidos se

misturam, conhecimentos novos chegam e com eles, aparecem dúvidas, incertezas diante da vida, agora preenchida com as “obrigações” de ter uma doença sem cura.

O caminho percorrido em busca do “controle” da Hipertensão Arterial Sistêmica

O diagnóstico da doença é seguido pelas recomendações sobre o tratamento a ser adotado. Este, por sua vez, envolve uma multiplicidade de fatores. Para as patologias crônicas, entram em cena os fármacos e as medidas não farmacológicas relacionadas ao estilo de vida da pessoa.

Inicia-se a busca pelo “controle” da doença, envolvendo uma série de medidas desde aquelas “ditadas” pelo conhecimento médico até as classificadas como não eruditas (referentes ao saber popular). É o itinerário terapêutico, referido por Trad *et al.* (2010, p.798) como *“aquele que envolve os hábitos, o acaso, os atos impensados, não apresentando, assim, um modelo ou padrão dentro do qual possam ser enquadrados os processos de escolha.”*

Nas narrativas apresentadas, o itinerário envolve desde a busca pelos serviços de saúde até a utilização de chás terapêuticos, ênfase no uso da medicação, compreendido como elemento principal no cuidado em saúde na HAS para a maioria desses atores e atrizes sociais.

As primeiras referências ao tratamento da hipertensão relacionam prontamente o controle da doença ao uso de medicamentos, o que pode estar associado à priorização do tratamento medicamentoso pelas políticas de saúde no Brasil (TRAD *et al.*, 2010). Ainda é muito forte a importância dada aos “remédios passados pelo médico”, como referem alguns dos personagens do estudo. Além disso, conforme observação e algumas narrativas, o cuidado com a saúde se resume ao cumprimento de protocolos de atendimento, como à ida ao serviço de saúde todos os meses, e tomar regularmente a medicação, constituindo-se em medidas que atendem a política do programa de controle da HAS e não necessariamente à saúde e qualidade de vida para o indivíduo.

Vou todo mês ao médico (Luzia).

Faço acompanhamento no Posto, com o médico (Das Dores).

Tenho três medicamentos para pressão alta, e eles controlam minha pressão, e orienta a alimentação e tudo mais (Graça).

Dizem: Não coma sal, gordura, não beba, não fume (Rosa).

Apesar de observarmos uma valorização do medicamento em todos os depoimentos, surgem de maneira discreta, em algumas narrativas, outras medidas que devem ser seguidas, como a terapêutica dietética. No entanto, essa referência não está diretamente ligada à idéia de continuidade, pois encontramos nas narrativas a reprodução da prescrição médica ou do discurso de outro profissional de saúde. A reprodução das idéias institucionais é como uma devolução das informações recebidas e a conduta a seguir para o sucesso no tratamento (MACHADO; CAR, 2007). Mas na realidade há contradições que são aqui conotadas, mais adiante.

A diminuição do “consumo de sal” e de “gordura” aparece como as principais recomendações da terapia nutricional. Referências semelhantes às encontradas no estudo de Trad *et al.*(2010, p.800), em que os cuidados com idosos referiam-se prioritariamente à essa dieta: “*só dispenso um pouquinho de sal e de gordura*”.

Tem de comer insoso, de jeito nenhum sal, gordura de jeito nenhum (Luzia).

O cuidado que eu tenho é para não fazer extravagância de minha alimentação, de sal. O que o médico manda fazer é não comer comida oleosa, com sal, massa, essas coisas (Das Dores).

Todos sabem disso. Confirmam a reprodução de um conhecimento sobre a doença e sobre o que fazer para prevenir o pior. Nem sempre fazem acompanhamentos na UBS, ou com qualquer outro profissional, e guardam informações repassadas desde a primeira consulta. Nem sempre seguem orientações dietéticas e repassam as informações para outros, reproduzindo aquilo que recebem dos profissionais.

É comum encontrarmos nas narrativas destes personagens, a referência ao médico ou profissional de saúde como aquele que “manda”, revelando um discurso de autoridade sanitária ainda proferido por alguns profissionais: “eu mando, você deve obedecer”. Gadamer (2006) ao falar sobre o caráter oculto da saúde traz a tona a discussão sobre a autoridade do médico ao referir que este “*deve inspirar confiança e cautela com a sua capacidade e não deve colocar em jogo a autoridade quando quer ter autoridade*” (p.116). E acrescenta que o diálogo deve ser parte fundamental de todo tratamento. É ouvindo o seu paciente que o profissional garantirá a humanização no serviço e restabelecimento do equilíbrio inicial, que é a saúde (Ibid).

Em geral, mudar a alimentação não significa o controle da hipertensão. Alguns casos mostram que mais importante que a retirada do sal é o controle dos nervos. São os “nervos abalados” a causa da pressão alterada, conforme revelou Aparecida. Para ela, o resultado do MAPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) definiu a causa da sua PA descontrolada. Esse consiste em um método de registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas enquanto a pessoa realiza suas atividades cotidianas (BRASIL, 2006). Trata-se de um exame complementar ao diagnóstico e não um definidor isolado de causas, uma vez que o paciente pode modificar suas atividades e hábitos para obter o resultado que deseja.

Aparecida ao ser abordada sobre o cuidado dietético, de diferentes maneiras, com a sutileza de indagações que requer este tipo de investigação, justifica não seguir adequadamente ao tratamento, por entender que não há necessidade de um rigor para manter *equilibrada* a sua pressão arterial. “*O que altera minha pressão são os nervos, os nervos abalados [...]. Quando eu coloquei o MAPA, passei 24 horas, e o médico disse para comer normalmente, o que alterou no exame foi só os nervos*” (Aparecida).

Ela se apóia no que o “MAPA disse”. Dá voz a um exame diagnóstico para caracterizar, ao nosso entender, aquilo que ela quer ouvir. Se, para ela os “nervos alterados” estão na origem do desenvolvimento da HAS, dificilmente irá aceitar que outros fatores possam alterar a sua PA. E finaliza sua narrativa com o discurso médico reafirmando o seu conhecimento. Não aceita outra causa a não ser aquela que estaria associada à perda do seu filho, conforme já referimos. Seria uma forma de tornar “visível”, permanente, o sofrimento que a morte do filho deixou. Como consequência, surgem os problemas dos nervos, e logo depois a HAS.

A associação dos “nervos” ou “problema dos nervos” com o aparecimento ou agravamento da HAS é comum nas diversas narrativas, em particular nas mulheres, característica peculiar do gênero, conforme relatam Rabelo e Alves (1999). Para os autores, o nervoso envolve um complexo conjunto de signos que se relaciona a diversas situações e contextos cotidianos. Sendo muito comum por parte das mulheres se denominarem nervosas ou como no nosso exemplo, com os nervos abalados, para justificarem seus problemas e suas atitudes (Ibid).

O tratamento dietético da HAS configura-se não só pela diminuição do consumo de sal e gordura, assim como, conforme preconizado pela dieta *DASH*, a ingestão de frutas, verduras, legumes e laticínios e seus derivados desnatados (SBH, 2010). São orientações que se referem a um estilo alimentar diferenciado, capaz de além de proporcionar a redução da pressão arterial, promover qualidade de vida.

Existe uma dificuldade evidente para os pacientes em mudar práticas alimentares, pois estas pertencem a um cotidiano alimentar que caracteriza o indivíduo dentro do contexto familiar e social. São restrições difíceis de serem assimiladas pela pessoa doente, pois o alimento é parte do evento de socialização, na maioria das culturas (BALDISSERA *et al.*, 2008). Para esses autores, em estudo sobre as mudanças vivenciadas por portadores de hipertensão após o diagnóstico da doença, percebeu-se que há uma dicotomia entre percepção e seguimento. Os pacientes sabem que a adequação da dieta é necessária, mas na prática não conseguem efetivar.

A narrativa de Fátima ao falar sobre a sua dieta é permeada de signos que deixam transparecer a sua reação. Ou seja, é enfática e algumas vezes, recorre a um discurso ansioso para demonstrar, ao nosso entender, sua insatisfação com o estado de saúde, pois também é obesa e cardiopata. Ao perguntar sobre o seguimento do tratamento dietético, ouvimos dela: *“Minha filha, para ser sincera, como de um tudo, não vou mentir, dizer que faço e não ser verdade”*.

Não mentir para nós seria uma forma encontrada de negar a doença? Dizer que faz o tratamento dietético ainda que não faça, revelaria a aceitação da HAS, a presença desta em sua vida? A necessidade de ser sincera, o revelar que come de tudo, talvez faça Fátima sentir-se fiel aos seus gostos, a um prazer que não pode ou não quer que acabe. Se existe a medicação e outras medidas terapêuticas, como chás ou sucos, ela não precisaria se preocupar com a alimentação.

Paulo também afirma que não segue as orientações dietéticas: *“Do jeito que tiver eu como, gosto de comida salgada, com gordura [...]”*. Revelando uma dificuldade em mudar o hábito alimentar. A alimentação faz parte do estilo de vida escolhido pelo indivíduo, e o hábito é uma construção social e cultural permeado de significados, como o prazer de comer. No estudo de Baldissera *et al.* (2008), esse foi o fator mais observado como determinante na escolha de estilos de vida e conseqüentemente, o abandono de um desses hábitos, como a alimentação, pode significar a perda de prazer em um contexto no qual as oportunidades de satisfação pessoal são poucas.

A narrativa de João é permeada por antagonismos, uma vez que sinaliza um conhecimento contraditório sobre o controle da pressão arterial, principalmente em relação ao tratamento dietético. *“Ele (médico) não me proibiu de eu comer nada não. Sobre o sal, ele não falou não. Quando eu me sinto assim meio tonto, eu já sei que ela (pressão) está desmantelada, tomo um copinho de leite com sal e fico bom.”*

O discurso do médico perpassa os cuidados que João tem com a sua própria saúde, no que diz respeito à alimentação. Entretanto, este ator social, que assiduamente frequenta as consultas de seguimento registradas em prontuário, expressa dificuldades em lidar com a pressão do corpo. Na tentativa de consertar o que não funciona bem, parte do conhecimento de que o sal exerce alguma influência sobre a pressão "desmantelada" e utiliza-o com leite, uma prática adotada comumente em casos de hipotensão. Ainda que o faça de forma equivocada, ingerindo sódio, relata melhora do sintoma tontura.

Percebemos na sua fala uma intertextualidade de conceitos incorporados ao seu próprio mundo, isolado desde a morte do filho. Concebe o seu próprio corpo como uma máquina quebrada, que tenta consertar sozinho, diante dos silêncios do atendimento médico. Dessa forma, João procura meios que garantam o equilíbrio da saúde, reproduzindo um conhecimento no qual o empírico e o científico se confundem. Característica que talvez ocorra por sua baixa escolaridade e falta de cuidadores para auxiliá-lo no tratamento.

Aliado ao binômio sal/gordura encontramos nas falas dos nossos personagens outro agravante da HAS, o álcool. Rosa não encontra dificuldade para referir, nas suas primeiras falas, o problema que lhe acompanha há mais de 17 anos e faz parte do seu cotidiano. Na sua narrativa, a presença do álcool é constante, estando relacionada a diversos eventos da sua história. Na discussão sobre o

tratamento dietético, ele aparece como o algo que está em excesso, pois como a mesma refere: *“Minha comida é ‘insosa’, eu não gosto de sal não, eu faço é não gostar. Agora já beber, eu bebo muito.”* Nesse momento, somos despertados para novos problemas relacionados à dietética no controle da hipertensão, pois quando o alimento é o álcool, o que fazer?

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (SBH, 2010), o uso abusivo de bebida alcoólica por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial, assim como, a mortalidade cardiovascular de uma forma geral. Há evidências de que em indivíduos com hipertensão, a ingestão de álcool, de forma aguda e dependendo da dose, pode reduzir a PA, porém com elevação desta algumas horas após o seu consumo. Como ainda existem controvérsias quanto a segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, a recomendação dos especialistas é orientar àqueles que tem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas que não ultrapassem o limite de 30g de etanol ao dia, para homens e a metade dessa quantidade para mulheres e que esse consumo não seja habitual.

No caminho percorrido pela busca do controle da doença, outras medidas terapêuticas são empregadas. No estudo de Trad *et al.* (2010), em uma das famílias pesquisadas era comum o uso de chás, folhas, frutos secos ou até mesmo recorriam à Fitoterapia como alternativos ou complementares ao tratamento com fármacos. Rosa é uma das personagens que tem esse hábito, pois costuma tomar um chá chamado *“cafezinho de 25 sementes”* diariamente, segundo a mesma, por faltar o medicamento na Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, essa paciente ingere bebida alcoólica com frequência e o motivo do uso do remédio alternativo, a nosso entender, refere-se ao fato de não poder tomar a medicação quando *“bebe”*.

Conforme Canesqui (2007 a) a alteração da prescrição medicamentosa é recorrente por parte dos pacientes, assim como o uso combinado de chás caseiros, como o da folha de chu-chu e de abacate referidos como verdadeiros hipotensores. Algumas narrativas revelam as preparações mais comuns utilizadas pelos portadores de HAS. *“Chá de endro é com o que eu me sinto bem (João). [...] Eu tomo só o chuchu (Fátima). Às vezes tomo um chazinho de camomila, de endro, eu tomo para controlar”* (Das Dores). No entanto, essa não é uma prática tão comum entre os pacientes entrevistados. A maioria deles não acredita que chás ou ervas consigam controlar a pressão arterial e enaltecem o valor da medicação.

Iniciar um tratamento implica em mudança na rotina do indivíduo. Da simples ingestão de um fármaco a alterações na escolha e consumo de alimentos, há a necessidade de adaptação por parte do paciente. Para Araújo, Paz e Moreira (2010), a terapêutica da HAS não se dá de modo unidirecionado, pois trata-se de um processo que envolve costumes e hábitos de vida construídos ao longo da existência do ser humano.

Canesqui (2007 b) vai mais além ao referir que muitas doenças requerem a reaprendizagem corporal, como a adoção de medidas preventivas e o seguimento de novas dietas, e isso acaba repercutindo na concepção do *self* e na identidade da pessoa. Logo, para que essas mudanças sejam mais facilmente adotadas pelos indivíduos espera-se dos profissionais de saúde uma abordagem integral, não abandonando os princípios da clínica, mas incorporando o conhecimento do sujeito como um ser social, histórico e cultural, assim como ele.

O itinerário terapêutico seguido pelos nossos personagens se assemelha em alguns aspectos, mas ganha sua singularidade a partir das crenças, atitudes e até mesmo pelas condições socioeconômicas do indivíduo, que em determinadas situações, não tem acesso à medicação prescrita, ou não pode recorrer à compra de uma alimentação diferenciada. Percebemos, a partir das narrativas, um mundo do sujeito que se releva em suas falas, em seus gestos, em suas ações e que permite a compreensão da experiência da enfermidade, como uma das etapas de um cuidado em saúde diferenciado, centrado no indivíduo, na sua família, enfim, no contexto em que se insere.

CAPÍTULO 3. AS NARRATIVAS DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SOBRE A DOENÇA E O SIGNIFICADO DO TRATAMENTO DIETÉTICO

A experiência da enfermidade envolve, a princípio, desde o diagnóstico da patologia até o processo de cura e reabilitação. No entanto, quando falamos de doenças crônicas, o cenário é outro. Os indivíduos acometidos por uma hipertensão arterial sistêmica, por exemplo, convivem com a certeza de que é uma doença sem cura, exigindo dele um “controle” rigoroso e contínuo. São medidas terapêuticas que requerem mudanças de comportamento e porque não dizer, de estilo de vida. E nesse novo estilo de viver, práticas cotidianas tão repletas de significados, como a alimentação, precisam ser reconfiguradas.

A alimentação é cultura, é história, é socialmente codificada. O comer não é visto apenas sob o ponto de vista nutricional, envolve uma multiplicidade de aspectos que incluem o prazer, a sociabilidade do indivíduo, a caracterização da sua identidade (ZUIN; ZUIN, 2009). Por isso, mudar hábitos alimentares constitui-se tarefa difícil, demorada, e muitas vezes, não conseguida. E quando a causa dessa mudança refere-se ao tratamento de uma patologia, um universo de situações precisa ser considerado para que a dietética prescrita não se torne apenas um “remédio” para o paciente, mas se constitua em hábitos alimentares saudáveis, geradores de prazer e promotores de qualidade de vida.

As narrativas dos nossos personagens sobre o tratamento dietético da hipertensão trouxeram elementos significativos de sua história, da sua cultura e do seu cotidiano, proporcionando um conhecimento necessário a compreensão dos significados inseridos em suas falas e ações.

Adequação da alimentação e contextos alimentares cotidianos

A primeira indagação que surge quando abordamos o tratamento dietético na HAS é saber dos atores e atrizes sociais: como está a alimentação antes e após o diagnóstico da doença? Esta preocupação é evidente, pois como já referido anteriormente, as mudanças nas práticas alimentares tem importância comprovada

tanto na promoção da saúde dos portadores de hipertensão quanto na prevenção das complicações.

No entanto, a adequação da alimentação para o controle da patologia ainda não é percebida por alguns pacientes como uma etapa necessária da terapêutica. As narrativas de Paulo, João e Aparecida revelam que não mudaram sua alimentação.

A adaptação a uma nova dieta é difícil, mas possível de ser realizada como refere Miguel. O mesmo relata que a dificuldade inicial estava associada à diminuição no consumo de sal. Não sendo diferente na narrativa de outros personagens, em que a referência ao sal e à ingestão de alimentos ricos em gordura continua prevalecendo como as principais medidas adotadas. *“Já estou me acostumando. Foi difícil no começo porque a gente achava bom comer salgado. É gostoso o sal, porque frio de sal só é bom quando o “caba” se acostuma”* (Miguel).

O gosto atribuído ao sal parece ganhar vida na narrativa de Miguel, que a todo tempo procura justificar a retirada desse da alimentação como algo difícil que requer tempo para se acostumar. A adaptação ao novo sabor, agora “frio de sal”, requer uma reaprendizagem corporal que surge acompanhada pela manifestação da doença no corpo. Aprender o novo implica, portanto, tempo e disponibilidade.

No estudo de Lima, Bucher e Lima (2008) sobre conhecimentos, atitudes e práticas para hipertensão arterial, a maioria dos entrevistados afirma que se sentia mal ou muito mal ao ter que deixar de ingerir comidas com sal. A retirada deste não se relaciona apenas à sua utilização isolada, mas precisa se considerar os alimentos comercializados que já possuem uma quantidade significativa dessa substância. Rosário sinaliza um conhecimento a respeito desses alimentos industrializados e nos chama atenção quando refere que depois da HAS está *“fazendo tudo mais natural”*. *“Era meio extravagante, era muito tempero, pimenta, muito sal. Depois da hipertensão eu fui tirando até os caldos (temperos industrializados)”* (Rosário).

As facilidades oferecidas pelos alimentos industrializados como os temperos prontos, embutidos, queijos, enlatados e salgadinhos, carregam em contrapartida, os riscos à saúde pela elevada quantidade de sódio em suas preparações (NAKASATO, 2004). Estudo recente realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) analisou o teor de sódio de 20 categorias de alimentos, como batatinhas fritas, macarrão instantâneo, refrigerantes, biscoitos entre outros e

comprovou que existe uma significativa diferença entre as marcas destes produtos, o que mostra a possibilidade de substituição desses alimentos (ANVISA, 2010).

Uma das análises revela que a variação entre o menor e o maior valor de sódio encontrado no salgadinho de milho pode chegar a 12,5 vezes. No caso específico do macarrão instantâneo e do seu tempero, a quantidade de sódio ultrapassa o valor diário recomendado para essa substância (ANVISA, 2010). Esses resultados revelam que a adição do sal de cozinha aos alimentos no momento da refeição não é o principal problema, uma vez que o novo padrão alimentar da maioria das populações tem conseguido injetar maiores quantidades de sal na alimentação.

A dieta hipossódica e hipolipídica refletem no consumo de um dos pratos preferidos de Rosário: A feijoada. Comida de domingo em família, pois já não é feita com tanta frequência e quando a faz, tem-se o cuidado de não usar carnes salgadas como antes. Ao falar desse “prato típico nacional”, marca de identidade, Rosário deixa transparecer o gosto perdido, certo descontentamento em não poder comer como gostaria.

A composição de uma alimentação saudável na terapêutica da HAS deve incluir também o consumo regular de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, laticínios e seus derivados desnatados (SBH, 2010). No entanto, nem todos os segmentos populacionais tem acesso a esses alimentos e quando tem, o consumo não se processa de forma adequada ou por falta de informação ou como resultado dos hábitos de vida de determinadas culturas.

No grupo estudado, a “nova dieta” alimentar começa a se formar não apenas pelas restrições ao sal e às gorduras, mas pela adoção de novos alimentos ao cardápio individual e familiar. Margarida revela os novos hábitos da família, inicialmente adotados pela mãe, também com hipertensão, e que se estende aos cuidados que ela tem com a sua alimentação.

Era quase do mesmo jeito. Não mudou muita coisa. Passei a comer mais verduras, e antes eu não gostava [...]. Não falta aqui, o pepino, alface, tomate também, cenoura, por causa da minha mãe que tem que comer e às vezes faço mais para ela do que para mim. Às vezes a gente se esquece da gente. Tenho que cuidar de mim também, porque a gente fica fraca, a gente esquece (Margarida).

O cuidado de si aparece na narrativa de Margarida como uma necessidade de sobrevivência. No entanto, não esconde o fato de, muitas vezes, direcionar o cuidado mais ao outro. Nesse instante, essa mulher, que traz no rosto marcas de sofrimento e um cansaço evidente, olha em direção ao quarto da mãe para queixar-se da sua condição de cuidadora e que também precisa receber cuidados.

Para alguns personagens, as mudanças de hábitos estão sendo feitas aos poucos e ganham, às vezes, um reforço nada agradável, ou seja, passam por uma situação de estresse, em que o evento patológico sinaliza o desequilíbrio do cotidiano. Foi o caso de Graça, que precisou passar por um ‘susto’, como a mesma refere, para começar a mudar seu estilo de vida.

Minha alimentação agora, depois desse susto (diagnóstico de HAS) está com pouco tempo, é o arroz, feijão e muita verdura; se puder comprar todo dia. Estou modificando aos poucos, devagar, porque mudar de uma vez é difícil. Mas, depois desse susto, estou mais vigilante das coisas (Graça).

Esse susto, algumas vezes, pode ser acompanhado por sequelas que deixam marcas evidentes do “descuido” com a saúde. Ver a mãe em uma cadeira de rodas despertou em Graça, o sentimento do medo associado a uma conscientização que aquela era a hora de mudar seu estilo de vida. Para ela e outros atores e atrizes sociais, esse receio do que pode acontecer se não “controlar” a HAS é o estímulo para a mudança. Trata-se de uma estratégia comumente empregada pelos profissionais de saúde desta ESF, como veremos mais adiante. É a antecipação das conseqüências, é mostrar um paciente “sequelado”, como o próprio médico fala, para conseguir a “obediência” do paciente ao que é prescrito.

A cidade de Juazeiro do Norte, predominantemente urbana, foi e continua sendo a opção de muitas famílias vindas, principalmente, da zona rural de outros municípios e Estados. Muitos dos colaboradores do estudo tem a sua origem na agricultura e por isso carregam traços característicos, sobretudo os relacionados às práticas alimentares.

Fátima e Pedro revelam em suas falas uma forma muito comum de temperar feijão nessa região. O uso do toucinho (ou gordura do porco) era a mistura que além de ser, muitas vezes, a única, alimentava e dava sabor a um feijão mais velho, de

safras passadas. Esse toucinho além de ser gorduroso é conservado em muito sal e por isso, não pode ser consumido pelos portadores de HAS.

Eu era louca por carne de porco, botava feijão no fogo com toucinho dentro, Ave Maria! Era uma delícia, mas eu deixei de comer definitivamente. Eu diminui mais na gordura, passei a comer carne não oleosa. Carne de porco eu só comprava com muita gordura, agora eu só compro colchão, essas partes mais magras (Fátima).

Eu comia normal, tudo no mundo. Mudou agora porque eu deixei de comer muita gordura, porque eu gostava muito de toucinho cozinhado em feijão, eu comia tudo gordo. Aí, isso eu fui cortando e hoje eu como tudo sem gordura, o sal é pouquinho, é normal (Pedro).

Fátima referia anteriormente não seguir uma dieta para o controle da HAS ao narrar que come tudo o que deseja. No entanto, no enunciado acima relata que deixou de comer o que mais gostava, a carne de porco, o feijão com toucinho. Percebemos a dificuldade em assumir a palavra “dieta” ou “tratamento dietético” como algo prescrito, recomendado pelo profissional de saúde. Existe, portanto um limite entre a recomendação científica e o que é proferido pelo saber popular, marcando que o problema é aceitar que alguém defina o que ela deve ou não comer.

Na narrativa de Pedro, a dietética atual prescrita para a terapêutica da HAS parece ganhar o significado de anormalidade, uma vez que antes do adoecimento, comia-se de um tudo, a comida era “normal”. Esse imaginário de normalidade é reconhecido por nós como um obstáculo que prende o indivíduo às suas práticas cotidianas. Tudo parece existir em torno desse significado, como se houvesse, mais uma vez, um conflito de sentidos, no qual o conhecimento científico e o empírico se confundem. Se o discurso médico gira em torno da normalidade, por exemplo, a PA deve estar normal, os exames bioquímicos também etc, o paciente acaba assimilando isso aos seus hábitos, pois se sempre comeu daquela forma, para ele, isso era o normal.

Com uma narrativa semelhante, Das Dores também refere o consumo do mesmo alimento:

Hummmmm!. Eu não sei nem dizer! Eu gostava muito de comida oleosa, um “toucizim” torrado, cozinhado no feijão, adorava e não posso mais. Comia quando era criança. Naquela época o povo usava muito isso e eu gostava e ainda hoje eu gosto, só não como porque eu não posso, meu organismo não aceita mais (Das Dores).

Mas ela vai além, traz na fala, e revela no olhar, o gosto perdido que a faz relembrar a infância. O “hum” prolongado e de olhos fechados, um instante de silêncio, uma pausa. É assim que essa personagem expressa um gosto do passado que não pode mais ser saboreado. Dois momentos marcantes na sua história se encontram: a infância (presa ao passado) e a experiência do adoecimento (o presente). E cada uma traz elementos de práticas alimentares cotidianas, confirmando o que refere Garcia (2005, p. 277):

Os costumes alimentares locais e regionais, os adquiridos nas diferentes fases da vida, os moldados por pressões sociais, as informações, a publicidade, as experiências marcantes como a escassez alimentar, a alimentação na infância e no adoecimento, as quais podem influenciar profundamente a relação com a comida, estão contidos na estrutura das práticas e do comportamento alimentar e guardam a experiência sociocultural arranjada e articulada na experiência pessoal.

O fato de uma das atrizes sociais (Rosário) considerar-se “comilona” a impede de seguir uma “dieta rigorosa”. Para algumas pessoas, o prazer associado à alimentação está acima de fatores como a saúde, por exemplo. O comer porque gosta, porque deseja, muitas vezes, impede as pessoas de terem uma dieta saudável, como preconizado pelo saber científico, por acharem que não ficarão “satisfeitas” e assim, colocam em risco o seu bem-estar, sua saúde.

Romanelli (2006) traz elementos que sustentam essa idéia ao referir que ter acesso ao saber científico não implica modificar costumes alimentares. Para o autor, estes não estão fundados apenas na racionalidade humana, mas em valores simbólicos e prazeres que a comida oferece. Nesse cenário residem os impasses que os portadores de HAS precisam resolver para adotarem um novo estilo alimentar, como observamos em Juazeiro do Norte.

Em um contexto em que é disseminada a importância da alimentação na prevenção de doenças e na promoção da saúde, por diferentes veículos (profissionais de saúde, mídia, sabedoria popular etc.), muitos recordam o tempo de criança, em que não existia essa “preocupação” com o que se comia ou não. Sobre isso Graça diz lembrar que *“naquele tempo não tinha essa preocupação com a alimentação, a gente comia de tudo, e não pensava no futuro da gente.”* Segundo a mesma, que traz consigo uma “luta” diária contra o excesso de peso, a comida que a mãe fazia era aquela que engordava: *“Eu sei que só era comida assim, só comida para engordar, para rachar mesmo.”*

Para ela, parece existir a dificuldade em assumir a dieta atual, aquela que a fará perder peso e controlar sua PA, como uma dieta ideal. Mas, observamos que há conflitos: Não seria a comida da mãe a que carrega esse significado de idealidade? Sentidos de prazer, tempero da casa, identidade que a faz recordar tempos em que se podia comer sem medo.

A narrativa de Graça se assemelha com o que menciona Maciel (2002) ao relacionar a comida com a emoção e a memória. Para a autora, o que exemplifica bem isto são as recordações referentes à alimentação, quando falamos ‘comida’ de mãe, comida ‘caseira’, expressões que evocam infância, segurança, aconchego.

As preferências alimentares surgem nos relatos desses personagens como momentos de prazer e o abandono a certas práticas como um momento difícil, um “sacrifício” ao deixarem a comida oleosa como carne frita de porco com cuscuz. Ainda assim, comem vez ou outra quando não aguentam mais reprimir o desejo de comer a gordura de seu hábito alimentar originário.

Para Garcia (2005), as práticas alimentares são formadas pela identidade cultural, condição social e a memória familiar. Estas se manifestam desde a escolha até a preparação e consumo do alimento, revelando-se na experiência diária do que se come, de como se come e dos desejos por certos alimentos e suas preparações. Neste último caso se manifesta o desejo de alguns atores e atrizes sociais por comidas típicas de região como o cuscuz, o baião de dois e o macunzá.

Eu gosto de comer meu baião de dois, às vezes um macunzá. Eu gosto de comer um macunzá se não for muito temperado, eu como e gosto (Luzia).

Angu com leite, “rubacão”, que é o baião de dois; feijão com arroz é quase todo dia (João).

Carne de porco eu não como mais. A última vez que eu comi, senti mal-estar. Eu disse: essa carne eu não como mais, porque não faz bem. Nem deixo ninguém aqui de casa comer, porque é para o bem deles, tem que se cuidar desde já (Graça).

A alimentação “errada” em alguns casos começa a ser associada como algo que prejudica a saúde. Este discurso ganha força quando o consumo de alguma comida é seguido pelo adoecimento. É a comida que “faz mal”, que começa a ser “renegada”. Com isso, as significações antes atribuídas ao alimento, vão se modificando e nem todos os personagens guardam as mesmas impressões que tinham no passado.

Apesar de alguns conceitos terem mudado, quando falamos em comidas típicas, como as citadas anteriormente, ainda é comum ouvirmos que os pais deles comiam de tudo e não tinham HAS. Não tinham ou não sabiam que tinham? É uma indagação que emerge sempre que recorrem ao passado para fazer esse tipo de associação e desperta em nós a necessidade de uma abordagem diferenciada quando é prescrito o tratamento dietético.

As narrativas sobre os hábitos alimentares desses indivíduos portadores de HAS trazem elementos significativos que os caracterizam quanto a sua cultura, ao espaço social e familiar. Permite assim a construção de um conhecimento necessário à compreensão de suas experiências com dietética orientada para o “controle” da patologia.

Barthes (2006) define significado como a representação psíquica de uma determinada “coisa” e não ela em si. Ao demonstrar as narrativas dos personagens de nosso estudo, observamos a significação do alimento na vida enquanto representação do simbólico e do científico.

Saúde, prazer, fortaleza, energia, fortificante são alguns dos elementos que conferem significação ao alimento e permitem uma compreensão deste na vida dos indivíduos. Além disso, corroboram com as idéias de alguns autores como Daniel e Cravo (2005, p.61) quando afirmam que: *“os hábitos alimentares não atendem apenas às necessidades fisiológicas do homem, mas têm um caráter simbólico, cujo significado se dá na trama das relações sociais.”*

É comum entre as falas, a associação entre alimentação e saúde conforme reprodução de um conhecimento técnico científico e o saber popular. Neste último recorrem-se à metáforas para representar o papel do alimento na vida ou no cuidado à saúde.

“O que dá sabor é o Sal”

O grande “vilão” da hipertensão arterial sistêmica é o sal. No entanto, existe uma resistência das pessoas em restringirem essa substância da dieta, pois a mesma não representa apenas um tempero à comida, mas possui um caráter simbólico singular.

O sal, desde o seu descobrimento até os dias atuais, carrega diferentes interpretações e ao seu uso é atribuído significados característicos de cada cultura. Kurlansky (2004) ao tratar sobre a história do sal no mundo revela alguns dos seus principais usos. Para o autor, *“a capacidade de preservar, de proteger da deterioração e de sustentar a vida deu ao sal uma ampla importância metafórica”* (Ibid, p.24). Os significados do sal são diversos e variam de acordo com a civilização, com a sua religião. Para os hebreus, o sal era o símbolo da eterna aliança de Deus com Israel. Entendida como um ato de lealdade e amizade, selá-la com sal explica-se pelo fato deste não mudar a sua essência. No cristianismo, o batismo é realizado com sal e este é associado à longevidade, permanência e também verdade e sabedoria (Ibid).

Algumas narrativas trouxeram a associação do sal ao sabor, ao “gosto”. Um “gosto”, que ao nosso entender se refere à própria vida, pois quando alguns atores e atrizes sociais falam da ausência do sal, deixam transparecer que algo se perdeu e recorrem aos signos para expressar seus sentimentos. É um sinal de negação com a cabeça, certa melancolia, uma demonstração de sabor ruim, como se estivesse consumindo a comida sem o sal naquele momento.

Sem sal não é bom, porque não tem gosto; é ruim de engolir (Miguel).

Comida sem sal é ruim demais (Paulo).

O que dá sabor é o sal, porque se você vai comer uma comida assim sem sal, você sente logo que ela está sem sal (Rosário).

Uma comida sem sal é muito ruim, sem gosto (Pedro).

[...] comer sem sal de tudo é ruim demais, [...] é péssimo (Aparecida).

[...] o sal é o sabor bom da comida e ela insosa é sem gosto. É tanto que quando vem meio insoso eu boto uma coisinha de sal para ver se fica bom, porque tem dia que ela faz insoso, sem gosto, fica sem gosto mesmo, aí eu já tenho o sal ali, eu boto uma coisinha (João).

Montanari (2008) trata o “gosto” como um produto cultural e traz duas acepções distintas sobre o termo: o “gosto” entendido como *sabor* e como *saber*. No primeiro caso refere-se a uma sensação individual da língua e do palato; uma experiência subjetiva, fugaz, incomunicável. Relacionando-o ao saber, o gosto é avaliação sensorial do que é bom e do que é ruim, do que agrada ou desagrade. Uma avaliação proveniente do cérebro (órgão cultural e histórico) antes que da língua. Nesse caso, o gosto passa a ser uma realidade, fruto de uma experiência cultural transmitida a nós desde o nascimento, juntamente com outras variáveis que contribuem para definir os “valores” de uma sociedade.

No caso do sal, há uma forte associação de que este é o responsável pelo sabor da comida, por isso existe toda a dificuldade em diminuir o seu consumo. Em um estudo de Lima, Bucher e Lima (2004), os entrevistados referiram o uso do sal de cozinha como necessário, pois dá mais sabor à comida e fortalece o corpo. Além disso, “comer frio a sal” não confere o mesmo prazer em comer.

[...] você faz uma comida se for o sal no limite, a comida fica saborosa, agora se for o sal a menos, um pouquinho, você não sente o sabor da comida, a comida só tem sabor se for o sal suficiente, normal mesmo [...], a comida insosa ninguém merece (Fátima).

No entanto, alguns pacientes, apesar de considerarem uma etapa difícil no tratamento da hipertensão, mostram que mudar este hábito é possível e depende apenas da vontade de cada um. É o caso de Rosário e Aparecida:

[...] as pessoas dizem: “eu não gosto não de comida sem sal”, mas na medida em que você vai comendo, aí você vai se acostumando, porque tudo depende do costume (Rosário).

Assim, devido ao costume eu acho que é ruim a pessoa se acostumar, mas depois que você se acostumar com a coisa, pronto, não faz falta (Aparecida).

Miguel compartilha o mesmo entendimento e reconhece que até as pessoas mais jovens começam a ter esta preocupação em relação ao sal: *“Eu sempre tenho cuidado, que doente é ruim. Eu já estou me acostumando, porque hoje o povo não tão mais gostando de comida salgada, até os novos.”*

Para outros personagens do estudo, o sal não representa muito na sua alimentação e a diminuição do seu consumo em alguns casos é reflexo do medo da pressão arterial subir:

[...] Salgado eu não como porque eu tenho medo da pressão subir (Miguel).

[...] eu não como nada extravagante. O sal, é “friinho” de sal, bem friinho. Toda vida eu comi assim, as comidas frias de sal, eu não gosto de comer comida salgada (Das Dores).

[...] eu sou uma pessoa que para mim tudo é fácil de resolver. Se tiver insoso e eu puder comer, eu como, se eu não puder, eu deixo para lá. Mas eu não vou botar uma colher de sal, sabendo que se eu botar eu incho a barriga e posso cair para trás, eu sou desse jeito (Aparecida).

Agora de sal, eu morro de medo, porque eu já tive comprovação que se eu comer comida com muito sal a minha pressão já sobe [...] Então, sal, eu morro de medo e já aqui também todo mundo já sabe (Graça).

Outro aspecto relevante encontrado nessas narrativas é que apesar de alguns atores e atrizes sociais revelarem que não gostam de comida salgada ou que retirar o sal da comida não representa problema, ao mesmo tempo referem que comer “insoso” não é bom, a ponto de ficarem sem comer, como no caso de Aparecida. Para ela, o medo de morrer associado ao consumo de sal prevalece sobre a necessidade de se alimentar, revelando portanto, as marcas de um discurso

biomédico que centra sua orientação distante da realidade dos pacientes, como imposições, sem a sensibilidade para acolher suas demandas de saúde.

Das Dores é contraditória, pois considera o sal indispensável para a comida, mas também diz que não “é muito chegada”. Mistura o prazer do gosto que o sal proporciona em nossa cultura, com a informação técnica que a proíbe de usar sal na comida. Um pingo de sal representa para ela o gosto que não se perde. Em outro enunciado observamos uma reflexão sobre o excesso e a escassez de sal na alimentação, mostrando que segundo suas aceções, em ambos os casos, há prejuízos para a saúde. *“Sal mata, gordura mata. Mas se você comer sem sal você “incha”. Se ficou o sal para a gente se alimentar, já viu comer sem sal? Tem que ter o sal, mas em dosagem pequena* (Margarida).

Esses antagonismos que se manifestam quando o assunto é o sal na dieta promovem uma verdadeira inversão de sentidos sobre o seu consumo por parte desses personagens do estudo. Pois o sal que alimenta, que dá gosto à vida seria também o sal que aumenta a PA e provoca o “descontrole” da HAS. Outro aspecto que nos chama atenção trata-se do parâmetro usado pelos pacientes ao dosarem o sal na comida deles. Quando falam em “sal normal”, “dosagem pequena” estão atribuindo um valor que não é universal. O “sal normal” para um indivíduo pode ser aquele que salga a comida do outro.

O termo insoso representa o cuidado alimentar do indivíduo com HAS. O sentido do cuidado está relacionado ao gosto como se a hipertensão estivesse na boca. Acrescenta-se a essa discussão o real significado do sal na nossa alimentação. O cloreto de sódio, tipo de sal ingerido por nós, é essencial para a digestão e respiração. O corpo precisa dele para transportar nutrientes e oxigênio, transmitir impulsos nervosos ou mexer os músculos, inclusive o coração. Como não conseguimos produzi-lo em nosso organismo, a reposição do sal perdido é essencial (KURLANSKY, 2004). Por outro lado, existem os efeitos maléficos ocasionados pelo sal em excesso, principalmente, os danos referentes ao sistema cardiovascular. Portanto, nesse cenário deve existir um equilíbrio no seu consumo, tanto direto quanto nos alimentos comercializados que já possuem uma quantidade relativa de sal.

Sobre isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a ingestão diária de no máximo 5 gramas de sal de cozinha ou cloreto de sódio (WHO, 2003). No entanto, estudos revelam que a quantidade de sal consumida pelos brasileiros

fica em torno de 12,3 gramas por dia (NAKASATO, 2004). Um consumo resultado, principalmente, da substituição de alimentos básicos e tradicionais na dieta da população brasileira como o arroz, feijão e hortaliças por refrigerantes, biscoitos e comida pronta (ANVISA, 2010).

Em relação à abordagem pelos profissionais de saúde, deve-se oferecer outras possibilidades de temperos naturais que garantam o “gosto” à comida, como o alho, cheiro-verde, orégano, gengibre, manjeriço entre outros (NAKASATO, 2004). É preciso também fazer com o que paciente entenda o efeito do sal no organismo, as consequências do uso excessivo e prolongado, não com a imposição de regras, mas com a construção de um conhecimento junto ao sujeito portador da HAS.

O cuidado em saúde à Hipertensão Arterial Sistêmica

O uso de medicamentos e o valor atribuído a estes ainda é muito forte em nossa sociedade. Convivemos, por mais que tenhamos avançado no sentido oposto, com o modelo curativo e imediatista, no qual o fármaco é o meio mais “rápido” e “eficaz” para se alcançar a cura.

Tanto a terapêutica quanto a prevenção da hipertensão arterial envolve outros elementos que compõem o estilo de vida das pessoas. A alimentação “inadequada”, o consumo excessivo de sal, excesso de peso, sedentarismo, tabagismo e uso abusivo de álcool são fatores de risco que precisam ser abordados e controlados insistentemente, pois caso contrário, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Dentre os personagens do estudo, encontramos diferentes abordagens em relação à importância da alimentação no controle da hipertensão. Para Das Dores, por exemplo, o medicamento não é o principal veículo para se alcançar esse objetivo: *“Eu acho mais importante mudar a alimentação do que tomar o medicamento. Para mim, o medicamento não é tudo.”* Já para Fátima e Luzia, medicação e alimentação adequada se complementam:

Uma coisa puxa a outra. Acho que eles (medicação e alimentação) estão juntos na mesma balança. Se você toma o remédio e não tem uma alimentação balanceada, a tendência é a pressão subir mesmo que você tome o remédio. Se você não toma o remédio mantendo a alimentação sem sal, também não controla. Então os dois caminham juntos (Fátima).

Para alguns colaboradores do estudo, o problema está nos nervos. Sobre isso, Aparecida não acredita que basta retirar o sal da comida para controlar os nervos e conseqüentemente a pressão arterial. Outros pensam que o controle da doença está em si, no controle de si diante da vida que preocupa e afeta os nervos.

O médico diz que a pessoa tire sal, óleo, não sei o que, que a pressão fica controlada. No meu caso, se eu tivesse condições de não ter problema de nervo, eu estava curada, porque o que altera a minha (pressão) é isso (Aparecida).

A gente é que é culpada de não estar melhor (Graça).

Aparecida refere-se à cura como se fosse possível alcançá-la apenas pelo controle dos “nervos”. Um pensamento que não comunga com as características da HAS enquanto doença crônica de origem multifatorial. Percebemos que a sua preocupação gira em torno desse problema, resultado da depressão que teve e ainda a acompanha no seu cotidiano. Convive diariamente com este fantasma que a impede de, muitas vezes, frequentar lugares cheios de gente e sair de casa à noite, pois sempre pode acontecer algo que provoque o descontrole pressórico.

Conforme já foi exposto, os fatores psicossociais, o estresse emocional e problemas econômicos participam do desenvolvimento e manutenção da HAS (SBH, 2010). Todavia, por ter origens diversas não existe uma estratégia pronta, uma receita para que a pessoa consiga não se preocupar com os descaminhos da vida. A alteração de PA nesse caso é um fator secundário, algo que dificulta o controle da doença e a garantia da saúde para o paciente. Representa, portanto, um problema que requer a formulação de ações de intervenção profícuas, que poderão ser conseguidas a partir do conhecimento do paciente, das suas peculiaridades e demandas não só de saúde, mas da vida como um todo.

Outra narrativa finaliza sobre o tratamento da hipertensão trazendo a tríade medicação, alimentação adequada e prática de exercícios físicos como a base para a garantia do controle pressórico, prevenção de complicações e melhor qualidade de vida. Incorpora ao discurso científico o que segue na sua rotina:

É importante as frutas, as verduras, os sucos, porque as pessoas gostam muito de refrigerantes. Se você segue a alimentação, que é a dieta, a medicação e o exercício físico aí pronto está tudo dentro do padrão (Rosário).

O padrão é o receituário. O inevitável para o tratamento. O termo que conclui a obediência sem questionamentos, o que serve para todos. E a compreensão do significado da alimentação para os portadores de HAS é complexa, pois abrem um leque de possibilidades de interpretações, com suas narrativas, suas histórias, suas experiências. Nessa perspectiva, há uma dimensão maior, aquela que considera o paciente como sujeito ativo no processo do cuidado em saúde. Para Maciel (2002, p.145) *“alimentar-se é um ato vital, sem o qual não há vida possível, mas, ao se alimentar, o homem cria práticas e atribui significados àquilo que está incorporado a si mesmo, o que vai além da utilização dos alimentos pelo organismo.”*

Uma polissemia de sentidos se manifesta quando o assunto é a instituição do tratamento dietético da HAS em suas vidas. Uns não querem mentir sobre a dieta e negam a retirada do sal. Outros dizem que fazem dieta, mas se contradizem. O que nos mostra a dificuldade em manter a dieta hipossódica permanentemente. O que está por traz dessas dificuldades? Negam a doença ou a aceitam a seu modo? Aprendem a lidar com a doença associando as recomendações do pessoal da saúde e seus valores. Ora reduzem o sal, ora se olvidam ou negam a necessidade da comida sem-sal. Para todos os colaboradores, viver sem sal é viver sem prazer. Para eles basta a medicação para controlar a doença. E nem sempre podem assumir esta verdade. A vontade de verdade esbarra exatamente na sensação da perda do gosto de comer.

Ao mesmo tempo a idéia de controle da doença tem entendimentos diversos entre os protagonistas. Controlam-se os nervos, as ansiedades, o que pressiona o mundo circundante do sujeito, a “pressão do sangue”, o remédio.

O “convívio” com a doença

A característica de cronicidade da HAS desperta em seus portadores sentimentos distintos, como a negação, a dificuldade de adaptação, os momentos de não seguimento adequado ao tratamento, assim como, a conscientização de que esta nova condição os acompanhará por toda vida, devendo, portanto, procurar meios que os façam conviver com a mesma.

As narrativas que se seguem expressam certa conformação com a doença justamente pelo fato de saber que não há cura: *“Vai se levando, porque se a pessoa for se preocupar demais, também não dá jeito”* (Rosa). *“Sou normal, aceitei e vivo com ela normal como qualquer outra coisa da minha vida”* (Das Dores).

Das Dores confirma o que Gadamer (2006) dizia: *“se doença se manifestar, o que resta é lidar com ela”*. A nosso entender intitular-se normal significa aceitar a doença e mostrar que é possível ter HAS e manter a saúde e a qualidade de vida. Pois mesmo que seja uma patologia que não tem cura, não implica estar doente diariamente. Segundo o referido autor, a saúde se revela num tipo de bem-estar, em vários momentos da nossa vida, como por exemplo, quando nos mostramos dispostos a empreendimentos, abertos ao conhecimento e podemos nos auto-esquecer (Ibid). Em resumo, quando você consegue conviver com a doença como parte da sua vida, fica mais fácil dispensar os cuidados que ela precisa.

A cronicidade estando relacionada à impotência de cura faz com que os indivíduos esboquem diferentes reações. Pois apesar de ser um conceito biomédico na orientação da prática do profissional de saúde, pode ser incorporado de diferentes formas por cada grupo social e resultar em distintas interpretações com elementos do senso comum a respeito das enfermidades (CANESQUI, 2007 b). Nesse caso, justificam-se diferentes narrativas sobre o convívio com a hipertensão arterial. Estas vão desde a relação com o tratamento medicamentoso, com outros problemas enfrentados pelos indivíduos e a sua relação com a alimentação adequada.

A preocupação em aferir a pressão deve fazer parte da rotina de todos os pacientes e não apenas quando sentem alguma alteração, como no caso de Fátima. A verificação regular precisa ser incorporada por todas as pessoas, pois esta prática serve de busca ativa para novos casos, diminuindo os episódios de diagnóstico da doença apenas quando o indivíduo passa por uma crise hipertensiva. *“Sempre tiro a*

pressão, quando eu sinto alguma coisa vou na farmácia e peço pra tirar. Quando sei que está um pouco alta, vou e tomo um remédio para baixar. Eu vou e controlo” (Fátima).

Pedro também se considera “controlado”, pois conseguiu perder peso e mantém a PA estável: “*As Agentes de Saúde acham que sou o paciente mais controlado, mais normal.*” Parece que estas conquistas não são do paciente, mas do profissional de saúde. Percebemos que ainda existe um discurso no qual o paciente coloca-se como um objeto da prática médica e demonstra obediência aos profissionais.

Existem divergências por parte dos alguns indivíduos sobre a classificação da HAS como doença. No estudo de Machado e Car (2007) observou-se que os pacientes entrevistados não se referiam à hipertensão arterial como doença, mesmo reconhecendo a existência da alteração do seu estado de saúde. Na presente pesquisa, as narrativas trouxeram elementos que afirmam o contrário. A hipertensão para nossos personagens é doença sem cura, que não manifesta no sujeito sintomas, a exemplo da dor, principal sinal de alerta para alguma alteração no organismo.

É uma doença porque é uma coisa que não tem cura (Rosário).

O doutor disse que é uma doença grande, porque a pessoa não sente nada e está doente. Não sinto nem dor de cabeça (Miguel).

A pressão não dói. As pessoas acham que porque não está doendo não tem nada; de vez em quando cai um e morre. Eu me preocupo com isso, tomo meu remédio direitinho (Aparecida).

Mas a gente se sente mal (João).

Uns dizem sentir sintomas, outros não. Trad *et al.*(2010, p.803) encontraram resultados semelhantes dentre os seus entrevistados, que classificaram a hipertensão como “*um problema de saúde grave por suas repercussões (morte e limitações físicas).*” Segundo os autores, “*isso contribuiu para que, nesses casos, a maior parte dos membros das famílias aderisse ao tratamento no sistema formal e associasse ao tratamento medicamentoso mudanças no comportamento alimentar e uso de folhas e chás.*”

Em alguns casos, a ausência de sintomas não contribui para o seguimento do tratamento. Outros, apesar de considerar a hipertensão uma doença, não fazem acompanhamento regular na ESF ou em qualquer outro serviço de saúde e toma apenas os medicamentos que foram receitados na época do diagnóstico, ainda que já tenha alguns meses ou anos. Observamos então, uma necessidade de esquecimento do problema ou de naturalizá-lo para se viver “sem lembrar” de sua doença. Sobre isto um dos entrevistados diz que:

Sou descansado demais. Não sinto nada. Me cadastrei no Posto, mas não vou. Não sei se é porque eu sou descansado. Tomo o medicamento. Fui uma vez lá no Posto com o doutor que nem lembro mais o nome dele. Ele passou uns exames para eu fazer, eu nem fiz. Aí, pronto. Eu não tenho problemas e não ligo. Mas tomo o medicamento todo dia (Paulo).

Apesar de Paulo saber da existência da doença, não há o interesse do cuidado com a saúde. Algo que poderá refletir em consequências irreversíveis. Dessa forma, este ator social estará sujeito a repetir, em algum momento da sua vida, o que já foi experienciado por Graça, ao dizer que “está colhendo o que plantou”. Ou ainda ser o exemplo que o médico da equipe dirá mais adiante ao caracterizar o perfil do paciente com HAS que atende: aquele que “fecha a porta depois de roubado.”

Diante de pacientes como este, que tipo de estratégia utilizar para despertar nele o cuidado com a saúde junto à ESF? Uma coisa é certa, é preciso ter cautela para não repetir erros, como o de “culpar” o indivíduo, rotulá-lo como “negligente”. O que observamos, portanto, são acepções sobre saúde e doença moldadas a partir da presença ou não dos sintomas, característica que a nosso entender, justifica a sua atitude.

Canesqui (2007 a) ao tratar a hipertensão sobre o ponto de vista dos adoecidos revela que o paciente só torna-se apto a controlar a doença quando são percebidos sintomas ou sensações que sinalizem a presença da patologia. Caso contrário, ao inexistir sintomas (segundo o saber médico, sendo a HAS assintomática), não há o que controlar do ponto de vista do adoecido.

Apesar de o discurso biomédico classificar a hipertensão como uma doença assintomática, para o saber popular, ou não erudito, como referido por Canesqui

(2007 a), esses sintomas existem e fazem parte da subjetividade do indivíduo. Expressões com “quentura” no corpo, pessoa “ariada”, “agonia” no juízo foram utilizadas para significar a presença da HAS em suas vidas. *“Dá uma “quentura” maior do mundo no corpo (Rosa). Você se sente um pouco “ariada”, aquilo assim... na cabeça, como se tivesse uma coisa agonizando um pouco o juízo, ali é onde você nota que ela está alta” (Aparecida).*

Junto à fala, denunciam situações como se estivessem vivenciando-as naquele momento. Gesticulam: coloca as mãos na cabeça, fecham os olhos, a face muda. Recorremos à semiótica para entender a maneira como estas pessoas se referem aos sintomas: *“Eu sinto fadiga, gastura, vontade de vomitar, agonia, o coração acelera, muita coisa eu sinto”.*

Preocupação, raiva, estresse e ansiedade estão entre os principais fatores que provocam o descontrole da PA para estes atores e atrizes sociais. Esses achados concordam com os estudos de Péres, Magna e Viana (2003) e Canesqui (2007 a).

Quando estou nervosa, fico tensa, com dor de cabeça, com raiva e medo. Tenho muito medo das coisas da vida; ansiedade, angústia (Rosário).

Tem momentos que ela (a pressão) descontrola. Não posso ter uma “sugestão” de nada que ela altera. Quando sobe, eu acho que é preocupação. Acaba a pessoa arriando (Luzia).

As vezes eu tenho uma raivinha besta; fico agitada se uma pessoa disser que está tendo uma briga ali, minha pressão já dispara. Eu coloquei o MAPA para saber o que alterava, porque o que eu ver que está alterando, eu vou retirar, aí o MAPA disse que era só os nervos abalados (Aparecida).

Raiva é quem desmantela a pessoa. Porque a raiva é o que mais faz ela subir (João).

A hipertensão é provocada pela emoção. A “sugestão”, um evento preocupante, uma raiva, toma o corpo e a pressão. Para Machado e Car (2007) o controle e o descontrole pressórico é resultado de dificuldades cotidianas. Estas podem ter sua origem em problemas familiares, financeiros, trabalho exaustivo ou a falta deste ou no caso de Margarida, no esforço que faz para cuidar de sua mãe e

sua família. Tudo isso propicia alterações no emocional da pessoa, é o que eles chamam de nervoso/nervosismo que conseqüentemente, provocará a elevação nos níveis pressóricos.

A família no Cuidado e/ou o Cuidado em família

Com a nova condição de algum membro da família, os outros passam por um difícil processo no qual as rotinas familiares são modificadas e/ou adaptadas. Isto acarreta modificações tanto na família quanto na vida da pessoa com hipertensão. Dentre essas rotinas, as mudanças nas práticas alimentares estão entre as mais comuns (LOPES; MARCON, 2009). Conforme encontramos nas narrativas de alguns colaboradores, o cuidado vai do paciente para a família e no sentido inverso. Em alguns casos, os filhos, o marido ou outro membro do núcleo familiar auxilia na adequação da alimentação para o controle da doença.

Aqui as meninas (filhas) sempre falam para ter cuidado com o sal (Miguel).

Aqui ninguém reclama. Do jeito que eu fizer eles comem (Rosário).

Eu faço a mesma comida para todo mundo (Das Dores).

Faço junto e todo mundo come insoso e não reclamam (Luzia).

Quando a responsável por fazer a comida é a mãe e esta precisa modificar hábitos como diminuir o sal da comida, ou outros atravessam um processo que, inicialmente, pode ser de recusa, mas em algum momento podem aderir às essas mudanças. No entanto essa adequação à nova rotina da família pode ser apenas para facilitar as atividades da vida diária e não por preocupação com a saúde, como observaram Lopes e Marcon (2009) em estudo sobre o cuidado familiar na HAS.

Para os autores, em alguns casos, o familiar adere aos novos hábitos do paciente com hipertensão, mas sempre que tem oportunidade faz uso de uma alimentação sem qualquer restrição (LOPES; MARCON, 2009). Um exemplo disso, em nosso estudo, é o fato do marido de Rosa acrescentar o sal na comida: “O sal é

muito pouco na minha comida; ele (marido) é que gosta de sal porque a pressão dele é lá embaixo. Faço a comida e o sal dele, ele bota cru em cima da comida.”

Para Graça há necessidade de despertar nos filhos o cuidado com a alimentação, visando a prevenção tanto da obesidade como da hipertensão, dois problemas comuns na família.

Aos meus filhos eu sempre digo: até os vinte anos eu também era magra. Nesse tempo todo eu aumentei quase o dobro do meu peso. Aí já fico prevenindo eles pra ter cuidado desde novo; se eu tivesse me cuidado eu não estava assim (Graça).

A HAS tem acometido, nos últimos anos, um número maior de jovens, resultado, principalmente de um estilo de vida inadequado. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) recomenda que os pais comecem desde cedo a estimular seus filhos a adotarem hábitos saudáveis, como a prática de atividade física, não fumar ou ingerir bebida alcoólica e ter uma alimentação balanceada. Uma preocupação vivenciada por Graça em seu núcleo familiar, pois não quer repetir os erros do passado, quando não cuidava da sua saúde, com os seus filhos. Entende, portanto, que a prevenção é o melhor “remédio”.

Dificuldades no seguimento do tratamento

A HAS por ser uma patologia que envolve em sua origem e desenvolvimento fatores de risco relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, requer um olhar diferenciado quanto às recomendações sobre seu tratamento. Um olhar plural capaz de ver mais que a doença, como mencionado antes. Em geral, os profissionais têm um pré-entendimento sobre as dificuldades no seguimento à terapêutica, principalmente quando falamos em alimentação. Sobre as dificuldades observamos o caso de Paulo, Miguel e Rosário:

Eu tomo qualquer medicamento que for preciso, no horário certo. O mais difícil é a alimentação (fazer dieta) (Paulo).

As comidas que são boas para a gente, são caras, as verduras, as frutas (Miguel).

O tempo que não deixa. Eu chego em casa e faço o que dá para fazer. Às vezes, faço uma coisa bem rápida, pois daqui que eu vá fazer uma salada, demora mais tempo, eu já estou cansada, com fome (Rosário).

Nestas narrativas, a condição financeira e a falta de tempo são referidas como obstáculos para a realização do tratamento dietético. A nosso entender o fato de as frutas, legumes e verduras serem consideradas “caras” para essa população de classe baixa, significa que eles precisam priorizar os alimentos mais básicos, que não podem faltar na mesa, como o feijão e a farinha. O que se tem observado em inquéritos populacionais é que os gastos do brasileiro com frutas, verduras e legumes são considerados baixos, 4,6 e 3,3% respectivamente, conforme revelou a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE, 2010).

No entanto, não é justificativa interromper ou mesmo não fazer o tratamento adequado por esses motivos, uma vez que existem alternativas capazes de promover o mesmo resultado. Ficando a responsabilidade na prática do profissional de saúde em orientar seus pacientes, considerando, portanto, suas peculiaridades e o contexto em que se inserem. Pois conforme relatam Araújo, Paz e Moreira (2010), desconsiderar as complexidades do paciente e a sua experiência com a doença implica conviver com dificuldades em se obter resultados com a decisão terapêutica.

Em pesquisa realizada por Duarte *et. al* (2010) o consumo abusivo de álcool foi referido por alguns pacientes como um dos principais motivos que os fizeram abandonar o seguimento médico. Em nosso estudo, Rosa, consumidora de bebida alcoólica, não abandona as consultas regulares na Unidade de Saúde, mas não faz o tratamento como deveria, pois o interrompe para continuar a beber. Ela tem noção dos efeitos maléficos que a bebida está causando não apenas no seu organismo, mas no convívio com os filhos. Quando fala neles, principalmente no mais velho, os olhos se enchem de lágrimas, entra em silêncio.

Em alguns casos, o caráter assintomático da HAS é considerado um dos motivos do abandono ao tratamento ou até mesmo faz com que o indivíduo desconsidere a doença. Este, muitas vezes precisa passar por algum evento

estressante, como um pico hipertensivo, para procurar o serviço de saúde e seguir a terapêutica recomendada. Foi o caso de Graça que classifica como “teimosia” o descuido com a sua saúde: *“Só teimosia minha mesmo. Aí, depois que eu tive esse susto que eu tive, aí, eu estou assídua, todo mês eu estou lá (no Posto de Saúde) minha filha.”*

Para outros personagens, não há dificuldade em seguir o tratamento e este está relacionado com a ida ao serviço de saúde, como um ritual que autoriza a tomada da medicação. Para Aparecida, Margarida e Luzia, o dia de buscar a receita e comprar o remédio é parte de suas rotinas do mês, onde a UBS é como o lugar em que transita sua saúde.

O convívio com a doença crônica desperta no indivíduo um estado de alerta constante, uma verdadeira vigilância com os cuidados que precisa ter. No presente estudo, o uso da medicação se constitui a medida mais adotada, porém, a terapêutica também inclui a mudança na alimentação (dieta hipossódica e hipolipídica) e a adoção de chás considerados hipotensores. Todavia, em alguns casos, esse cuidado só é realizado quando o paciente tem a comprovação, em algum momento da sua vida, da presença da doença.

O “medo” da doença

O inimigo silencioso, “aquele que você não vê e não sente”, pode despertar sentimentos de desconfiança ou mesmo, o medo. É assim que parece se sentir alguns portadores de hipertensão ao narrarem sua experiência com esta enfermidade. O medo da morte ou das seqüelas que as complicações da HAS podem deixar manifesta no sujeito certa apreensão acerca do cuidado com a saúde. E talvez esse sentimento o impulsione a adotar as medidas terapêuticas recomendadas.

A característica hereditária da hipertensão torna-se referência certa para Fátima quando o assunto é a preocupação com a doença. Além de saber que tiveram muitos casos de morte por doenças cardíacas na família, sabe que não é um problema que pode acometer apenas as pessoas em idade avançada, mas aqueles mais jovens, como exemplifica, os jogadores de futebol. A nosso entender, ela quis fazer uma comparação da sua situação (obesa, sedentária e que não possui uma

alimentação saudável) com esses esportistas. Então, sofrer um infarto ou algum outro evento cardíaco, resultado de uma hipertensão descontrolada, seria uma “sentença” da qual ela não poderia fugir.

Coração e pressão, quem é que não tem medo? Eu tenho, principalmente porque já é uma parte hereditária, a família da mamãe é toda cardíaca; minha avó morreu do coração, meu avô, meu bisavô, algumas tias também; tem que se cuidar. Medo de morrer. É um “vaptvupt” que acontece até nos novos. Eu vejo um cara, um jogador que faz exercícios, que tem uma comida balanceada, o cara está jogando e “puft” (Fátima).

Para outros atores e atrizes sociais, o medo também se manifesta e o associam às complicações da HAS como algo que pode surpreendê-los:

Tenho medo dela (a pressão alta) de atacar e eu morrer, porque eu já fui mal para o hospital, já fui na mão dos outros (João).

Tenho, medo porque a hipertensão é uma coisa que as vezes pega a pessoa de surpresa e ela não avisa quando vem, eu tenho medo de morrer súbito (Das Dores).

Eu tenho medo de não resolver as coisa (Miguel).

Nestas narrativas o medo se apresenta de diferentes formas. João não consegue falar da doença, da HAS. Parece que a doença se personifica em um ser que pode atacar e causar a sua morte, sem possibilidade de defesa. Sempre se refere a “ela”, demonstrando uma dificuldade de falar a doença, como se isso fosse trazê-la para perto dele. Um discurso parecido com o encontrado no estudo de Freitas (2003) ao tratar sobre a fome em uma população carente da cidade de Salvador, Bahia. Neste estudo, a fome recebe muitos nomes e aparências e seu nome não é proferido, como se isso a chamasse para perto do indivíduo.

Para Das Dores, o medo estaria relacionado à surpresa que a hipertensão pode causar, o medo da morte. No caso de Miguel, o receio se apresenta devido à função que exerce no núcleo familiar, como chefe da casa. Dessa forma, a HAS causaria danos não apenas para ele, mas para toda a família.

Também, o medo de adoecer e morrer aparece na narrativa de Rosa como resultado de uma *mistura* que não pode dar certo. Álcool e medicação não se combinam e por saber disso não esconde de ninguém, muito menos dos médicos, quando consome bebida alcoólica e vai parar na urgência de algum serviço de saúde.

O controle rigoroso, conforme recomendado pelos profissionais de saúde, e, principalmente, o uso contínuo da medicação não desperta em alguns pacientes o medo da doença. Aparecida, por exemplo, sabe os riscos de uma hipertensão não controlada, mas sente-se protegida pelo uso da medicação, mesmo sentimento vivenciado por Pedro.

Eu já tomo meus remédios porque eu sei que o que abala minha pressão são os nervos [...]. Se você não tiver tomado o remédio, aí é arriscado dá um trombose e lá mesmo você pode ficar. É por isso que eu tomo, noventa comprimidos todo mês (Aparecida).

Tenho medo não, de jeito nenhum. Porque eu vivo normal. Ela (pressão) vive todo tempo 12 por 8, o máximo que ela vai é 13 por 7; 13 por 9, o máximo é isso (Pedro).

Machado e Car (2007) referem que o medo despertado nos portadores de hipertensão surge *“como uma realidade decorrente de reflexo do objetivo concreto no subjetivo idealizado”* (p.578). Para os autores, o medo de morrer ou de ficar com seqüelas decorrentes de uma HAS descontrolada assumem um valor significativo na conduta terapêutica, ao passo de conseguir provocar nos indivíduos mudanças de atitudes quanto ao seguimento do tratamento recomendado.

Trabalhar com narrativas proporciona ver de perto a disponibilidade do outro em falar de si, da sua história, do seu sofrimento, dos seus medos, enfim, das suas particularidades. E não é só falar, mas expressar por meio de suas ações e, algumas vezes, da ausência destas. O espaço para o outro está no diálogo, momento em que se expõe a subjetividade, muitas vezes ocultada diante de uma consulta médica ou de outro profissional que não tem a sensibilidade de oferecer um espaço que é seu de direito, um espaço para expressar-se.

O encontro terapêutico na Estratégia Saúde da Família: a relação entre adoecidos e os profissionais de saúde

As narrativas dos atores e atrizes sociais trouxeram elementos que caracterizam encontros com o profissional de saúde na USF. Esses se resumem, predominantemente, às consultas de seguimento do tratamento da HAS. Podemos perceber avanços quanto às formas de produção de cuidados realizados, principalmente, pelo médico desta ESF no que se refere à construção de vínculos com os pacientes e a preocupação com o estado de saúde destes. No entanto, ainda presenciamos situações que revelam a preservação do discurso sobre o “controle” da patologia e a falta de um diálogo entre profissional e paciente.

A ESF, desde a sua criação, ainda com a designação de Programa de Saúde da Família, elegeu como um dos princípios básicos para a sua concretização enquanto modelo de saúde, a construção de vínculos com o paciente e a comunidade, como forma de aproximar usuários e profissionais em ações que fossem além daquelas puramente curativas, com enfoque na prevenção e promoção da saúde.

O vínculo representa, conforme Campos (2003), a circulação de afeto entre as pessoas, sendo resultado de um algum tipo de dependência mútua, na qual uns precisam resolver questões sanitárias e outros precisam exercer sua profissão. Para o autor, em geral, não temos consciência do padrão de vínculo que estabelecemos com os outros e este tanto pode oferecer resultados positivos quanto negativos.

No entanto, quando falamos em cuidado em saúde, esperamos que se estabeleça um vínculo positivo entre profissionais de saúde e pacientes. Para que isso aconteça é necessário que os sujeitos, usuários do serviço acreditem na capacidade que a equipe de saúde tem para resolver problemas de saúde e do outro lado, a equipe precisa acolher as demandas desses usuários. Este tipo de relação, na qual equipe de saúde e pacientes participam ativamente do processo de cuidado oferece subsídios à superação das condições adversas, evitando a instituição de um padrão paternalista de vínculo (CAMPOS, 2003).

Entende-se, portanto, que o vínculo é um dispositivo indispensável às práticas de saúde. Ele permite a criação de laços afetivos entre os sujeitos envolvidos no cuidado. E pode se manifestar de diferentes formas, como por exemplo, na capacidade do profissional de saúde colocar-se à disposição do paciente fora da

Unidade da Saúde. É o que refere Rosa sobre seu médico o qual lhe demonstra a atenção de que necessita.

Ao falar sobre isto, observamos sua expressão de gratidão pelo seu médico, ela com seu vício de embriagar-se que a faz sentir-se distante das pessoas. Talvez esta seja uma relação de cuidado que não esperava por ser uma paciente “negligente” como se nomeia. O fato de, vez por outra abandonar o tratamento para ingerir bebida alcoólica poderia ser uma barreira na relação ao serviço de saúde. Contudo, o que Rosa encontra é uma relação de responsabilização do profissional que mantem a sensibilidade de entender o alcoolismo como uma doença difícil de ser revertida.

Outra característica do médico da ESF revelada pelos personagens do estudo é o fato dele “culpar” os pacientes pelo descontrole da HAS. Esta atitude é vista por Luzia e Aparecida como uma atribuição dele, algo que realmente cabe ao profissional de saúde, profundo detentor do conhecimento científico, ficando aos pacientes a responsabilidade pelo tratamento da sua doença.

Muita gente aqui se cansa do doutor, porque ele diz “você é a culpada, comeu muito sal”. Muita gente acha que ele é abusado, por causa disso, mas não é, ele fala a verdade; então ele está nos ajudando (Luzia).

Quando eu estou errada, quando eu chego lá (Unidade de Saúde) que eu entro digo: o senhor (médico) vai brigar muito comigo, diga o que o senhor quiser, que o senhor está certo, eu estou errada (Aparecida).

O discurso médico sanitário, autoritário, parecer ter conseguido plantar em alguns pacientes a idéia da responsabilidade única sobre seu estado de saúde, mais especificamente, o controle da HAS. Congregando atitudes que se distanciam de um cuidado integral, onde deveria existir, entre outros dispositivos, a co-responsabilização pelo problema do paciente.

A responsabilização conforme referem Santos e Assis (2006) consiste na incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro. É a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um. Isso significa ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários. O processo de trabalho da equipe de saúde da família deve ser orientado a partir da

co-responsabilização pelo problema do usuário. É fazer com que o indivíduo se responsabilize, mas também contribuir para o alcance da resolutividade no seu processo de cuidar. Conforme acrescenta Camargo *et al.* (2008), o profissional de saúde deve assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica dentro das limitações e de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal.

Aparecida complementa sua narrativa referindo que a relação com a equipe de saúde é bastante dialógica, ficando à vontade para expressar suas dúvidas durante as consultas na Unidade da Saúde. Fato este que nos chama atenção, pois geralmente, em classes menos favorecidas social e economicamente, ainda existe por parte de alguns indivíduos certa submissão à figura de pessoas consideradas mais “importantes”, como o médico, o político ou outro profissional de nível superior. E estas pessoas acabam apenas figurando durante o consulta como um ser passivo, sem manifestar suas inquietações.

Entre os atores e atrizes sociais há divergências quanto às atitudes do médico. Das Dores não questiona o profissionalismo dele, mas relata o comportamento que tem, o caracterizando como “grosseiro”. Parece ser a confirmação do que já discutimos anteriormente sobre a atitude que este profissional assume diante de pacientes que não seguem suas prescrições. *“O doutor é muito bom, ele é um médico bom, mas às vezes, ele não entende os pacientes; às vezes é grosseiro, não trata os pacientes como deve ser”* (Das Dores).

O trabalho em equipe aparece na narrativa de Rosário ao descrever como deveria se processar o atendimento a todos os portadores de HAS acompanhados pela ESF. A enfermeira aparece poucas vezes nas falas dos nossos personagens. Pedro a caracteriza como aquela que passa o que estava prescrito pelo médico: *“Eu só converso com o médico, [...] A enfermeira que é a doutora lá, ela passa o remédio mesmo, ela só dá o remédio que está prescrito já na ficha.”*

Esta realidade descrita pelo paciente não corresponde ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (2007) e Manual Técnico para HAS (2006), ambas as publicações do Ministério da Saúde. Nelas estão descritas as competências de cada profissional de saúde. Para os enfermeiros da ESF cabe além das consultas individuais com os portadores de HAS, a realização de ações contínuas de educação em saúde que abordem a prevenção e o controle da doença.

O interesse por conhecer a relação que os pacientes mantinham com os profissionais foi considerado um passo importante na compreensão desse encontro terapêutico. *“Sou bem atendida por eles dois. [...] Nunca cheguei lá pra eles me receberem mal não (Rosa). Eles me atendem muito bem; dali da portaria até a Doutora e o Doutor, eles todos me atendem bem ali. Não tenho o que dizer deles”* (Luzia).

O acolhimento é um dispositivo para o cuidar e corresponde a uma etapa do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário e pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Ao lado do acolhimento outro conceito surge, o de humanização. Esta deve acontecer em todos os níveis de atendimento e ser ofertada pelos profissionais de saúde não como uma obrigação, mas uma competência sua, fruto do seu processo de formação.

Nesse sentido, podemos esclarecer que o encontro terapêutico se resume a uma palavra: diálogo. E está diretamente associada ao acolhimento e à humanização. Para Ayres (2009, p.91): *“a esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento.”* E complementa que é na interação entre os usuários e os serviços de saúde, em todos os momentos em que se permite a escuta do outro, que ocorre o acolhimento, e que este deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

A religião como “auxílio”

Margarida recorre ao Divino para manifestar sua insatisfação com a vida e com a doença. E é este o amparo, podemos dizer dessa forma, do pobre doente, que sofre e não tem acesso aos serviços de assistência social e a quem recorrer. No momento em que surge a referência a Deus ou à religião nas narrativas, emerge a necessidade de compreender como essa relação se processa.

A religião sempre foi um meio pelo qual muitas pessoas recorrem quando passam por algum momento de adoecimento, principalmente se este tratar-se de

uma doença sem cura. Neste caso, a “única” alternativa seria apelar para o Divino. Independentemente do tipo de crença, são comuns rituais, orações, realização de promessas em troca do que se deseja.

Todos os colaboradores do estudo se referiram adeptos da religião Católica. Contudo, nas narrativas o elemento religioso apareceu como um complemento ao cuidado já dispensado à doença. Sendo que Rosário foi a única que não associa o tratamento da HAS com algum auxílio religioso: “[...] *eu nunca fui atrás da religião para ajudar na hipertensão.*” Para os outros personagens, Deus pode ajudá-los, mas cada um precisa fazer a sua parte, como ir ao médico, seguir o que ele recomenda e tomar a medicação. Por falar nesta, surge nas narrativas como um símbolo cujo significado é a saúde.

Sempre peço a Deus que me dê saúde, mas eu tomo os remédios. Tenho fé em Deus porque ele é Pai de nós todos, mas o remédio eu tenho que tomar (Miguel).

Tenho muita fé em Deus, mas eu não vou dizer que a fé possa me curar. Porque Deus deixou os médicos (Das Dores).

Deus protege a todos nós, mas se você tem o seu remédio, então você tem que tomar para ficar boa, entendeu? A proteção Dele é essa (Graça).

Em geral, todos adoram a Deus e creem também na medicação. Para Aparecida, a sua fé não é capaz de curá-la. Talvez esta constatação seja fruto da informação científica de que a HAS é uma doença sem cura. Portanto, associa o sucesso do seu tratamento ao uso regular da medicação e “auxílio” de Deus, numa relação em que cada um faz a sua parte.

CAPÍTULO 4. O CUIDADO EM SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o intuito de descrever o tratamento dietético oferecido pelos profissionais de saúde da ESF em estudo aos portadores de HAS, buscamos através das narrativas desses, apreender como o cuidado em saúde se processa. Outras questões foram levantadas, além daquelas referentes ao cuidado dietético, uma vez que interessa-nos compreender atitudes e práticas desses sujeitos em estudo acerca do programa de HAS direcionado aos usuários da Atenção Primária em Saúde.

Neste capítulo serão discutidas e interpretadas as narrativas dos profissionais de saúde sobre o programa de hipertensão arterial, com uma descrição do processo de trabalho desde o diagnóstico dos casos até a apresentação das principais dificuldades enfrentadas, mantendo o foco na abordagem do tratamento dietético.

A Hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família: a relevância do programa e as estratégias para promoção do cuidado em saúde

A HAS tem se consolidado nas últimas décadas como um dos mais preocupantes problemas de saúde em nosso país, resultando em grande demanda para o Sistema Único de Saúde, que concentra 75% dos atendimentos, nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009 b).

Para atender às demandas desse contingente de pessoas, desde 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no qual estão preconizadas as ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações (BRASIL, 2002).

A porta de entrada desses usuários do sistema público de saúde é a ESF, que através das suas equipes de saúde está orientada a desenvolver as ações do programa de HAS. Esses profissionais devem estar aptos a fazer o diagnóstico

precoce, identificar fatores de risco, prescrever medicamentos adequados e orientar a população para a adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2009 b).

O programa se destaca dentre as prioridades da Atenção Básica, devido ao número elevado de portadores e as características dessa patologia, que é também fator de risco para outras doenças. São necessárias ações de prevenção da doença para os que possuem os fatores de risco e promoção da saúde para os que recebem o seu diagnóstico.

A narrativa de um dos profissionais de saúde mostra em que aspecto é importante as ações desenvolvidas no programa: *“A relevância está nas ações educativas, [...] e o controle dele (do paciente)”* (Médico). Dois pontos divergentes, se confundem na sua fala: “educação em saúde” e “controle do paciente”. Entende-se que não se educa para controlar, mas para formar, orientar, construir.

A educação em saúde ganhou visibilidade como um campo de trabalho a partir da implantação da ESF, no qual as ações educativas seriam planejadas para uma comunidade adscrita, a partir do diagnóstico de suas necessidades e do conhecimento do seu perfil epidemiológico (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005). A partir de então, ganhou espaço no discurso na área da Saúde Coletiva, entoadado como uma das bases de todo o processo de produção de cuidado, apesar de, muitas vezes, não ser praticado como deveria. E esta dificuldade em tornar a educação em saúde um instrumento de trabalho eficaz reside, entre outros fatores, como os estruturais, na falta de conhecimento sobre seus objetivos.

Em primeiro lugar, educação em saúde é uma área de intervenção no campo da promoção de saúde e enquanto meio de trabalho, é responsável por fazer circular informação e mudar hábitos, valores ou a subjetividade dos agrupamentos, como refere Campos (2003). A enfermeira da ESF traduz isso: *“Eu acho importante, principalmente porque a Atenção Primária, ela visa mais os cuidados com aqueles pacientes, que, às vezes, nem sabiam o que era hipertensão.”* Revela um despertar para a difusão de informação, com o intuito de produzir um conhecimento que, mais tarde, se traduzirá nas ações desses usuários dos sistemas de saúde.

Contudo, muitos profissionais chegam a ESF com uma formação adquirida em Instituições de Saúde tradicionais (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005), que guardam os princípios de uma medicina curativa e imediatista, ficando a prevenção e, principalmente, a promoção da saúde, às margens de todo o processo. E acabam transformando educação em saúde em controle da patologia, ou do paciente. Um

controle que tem sido evidenciado em estudos e na própria prática clínica. No estudo de Alves e Nunes (2006), por exemplo, ao analisarem a condução de consultas médicas para portadores de HAS, mostrou que há uma predominância daquelas que se caracterizam pela centralidade da queixa manifestada pelo paciente, dos exames físicos e laboratoriais, e pela ênfase conferida ao uso da medicação e ao controle da pressão arterial.

Como podemos ver, o controle do corpo doente ainda é o centro das práticas de saúde, o que acaba gerando certo distanciamento do sujeito “paciente” do sujeito “profissional”. Entretanto, não pregamos a abolição dessa visão, ao contrário, concordamos com Ayres (2009, p.30) quando refere que: *“(...) não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde.”* Portanto, o controle da doença pode existir sem que, no entanto, transforme-se em finalidade exclusiva das ações de educação em saúde.

O cotidiano do cuidado em Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde da Família

O programa de atenção a HAS é orientado segundo as diretrizes do Caderno de Atenção Básica nº15 (BRASIL, 2006) no qual estão incluídos os protocolos de atendimento assim como as competências dos profissionais de saúde. Outro documento importante que direciona o trabalho desses profissionais da ESF é a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007). Esta define como áreas de responsabilidade da ESF, entre outras, o cadastramento familiar e diagnóstico situacional, com ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. Garantindo a integralidade na atenção conforme a necessidade de saúde da população, seja através da demanda organizada (pelos programas específicos: saúde da mulher, da criança, controle do diabetes e da hipertensão, saúde bucal etc.) ou espontânea.

No cuidado à HAS, a equipe de saúde da família precisa atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular e medidas preventivas primárias. Os profissionais de saúde devem estar aptos para realizar a busca ativa de novos casos, estabelecer o diagnóstico e o tratamento adequado, consultas de seguimento pré-agendadas ou de acordo com a necessidade dos pacientes, atividades educativas tanto individuais quanto coletivas e encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário (BRASIL, 2006).

Na ESF pesquisada a investigação dos casos de HAS se processa pela busca ativa do Agente Comunitário de Saúde na comunidade e pelos profissionais da equipe em todos os atendimentos realizados na UBS. Após a confirmação do diagnóstico, os pacientes seguirão um cronograma de atendimento, no qual existe um dia certo para cada programa. Sobre isto, a própria enfermeira refere que:

Através do Agente Comunitário de Saúde você faz a busca do paciente. Esse paciente fica vindo, procurando a demanda aqui no Posto de Saúde e essa demanda é livre, de acordo com a necessidade. Com a procura do paciente a gente cria metas para atender. Uma é que a gente tem um dia certo para atender só aqueles hipertensos, dias certos para a educação em saúde, para a hipertensão arterial (Enfermeira).

A identificação da prevalência é aqui na porta de entrada, quer dizer, o diagnóstico é feito aqui. Às vezes, ele já vem com o diagnóstico, mas todo paciente que entra aqui, de rotina, ele vê a pressão (Médico).

Uma das características da ESF é trabalhar com a organização do atendimento por programa da AB. Dessa forma, tem o dia da HAS, do Diabetes *Mellitus*, do pré-natal, da puericultura etc., o que pode gerar em muitos pacientes certo distanciamento da Unidade, levando-o a procurar Centros de Saúde de Urgência e Emergência quando sente algum mal-estar ou alguma complicação que poderia ser resolvida pela equipe da ESF. Todavia, entendemos que se não houvesse essa “divisão” do atendimento, a ESF poderia de transformar em Pronto-Atendimento, gerando uma verdadeira confusão e perdendo-se dos seus princípios.

Esse impasse é partilhado por gestores e muitos profissionais da ESF que enxergam os dois lados do problema e concluem que o que deve existir é um diálogo entre demanda organizada e espontânea, considerando a oferta dos profissionais e as necessidades dos usuários, efetivando a integralidade na AB, através da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, pelo trabalho de forma interdisciplinar e em equipe (BRASIL, 2007), sem deixar de oferecer o cuidado que a população precisa.

Após o diagnóstico da HAS, os pacientes recebem de cada profissional de saúde uma intervenção diferenciada. A narrativa da enfermeira retrata esse atendimento, reproduzindo, o que está preconizado no manual técnico sobre hipertensão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Enfatiza ações educativas, uma das principais atribuições desse profissional na ESF.

O que ele (paciente) recebe é uma estratégia básica, dentro da nossa área; dentro da competência de cada profissional. O médico faz a questão diagnóstica e o acompanhamento medicamentoso. Nós, da enfermagem, fazemos o atendimento de orientação e a questão educativa (Enfermeira).

Ao descrever sua competência, o médico traz a abordagem ao tratamento não medicamentoso como uma etapa no cuidado à HAS, antecedendo até mesmo o uso da medicação. Usa o termo “fiscalizar” para direcionar sua prática no controle da pressão, da doença em si, recorrendo ao discurso médico sanitário tão forte em suas narrativas. Essa característica do médico pode ser resultado de uma formação adquirida em Instituições de Ensino tradicionais, uma vez que possui mais de 30 anos de formação. Além disso, chegou à ESF sem nenhuma Especialização em Saúde da Família ou áreas afins que pudessem despertar nele o tipo de abordagem que a população atendida por esse modelo assistencial necessita receber.

A gente vai ver a pressão, avaliar, não entra logo com a medicação, segue o tratamento não medicamentoso, mudança de estilo de vida, aquela coisa, tudo precisa ser orientado. Vamos fiscalizar e ver essa

pressão e três meses depois, se a pressão se mantiver alterada, a gente entra com medicação (Médico).

Outro ponto que surgiu nas narrativas sobre o cuidado direcionado aos portadores de hipertensão foram as ações de promoção e prevenção à saúde. Verifica-se a importância dada à prevenção da hipertensão e das suas complicações: [...] *a gente faz uma reunião com todos os hipertensos para chamar atenção justamente para os fatores de risco, os fatores de risco para a hipertensão e os fatores de risco da hipertensão* (Médico). Aliado a esse discurso entra em cena a orientação dietética:

Quando a gente reúne a comunidade, estamos sempre fazendo o processo de educação em saúde. É básico. Mostramos às pessoas os cuidados, as dietas hipossódicas, hipolipídicas; a importância de já fazer essas medidas preventivas para que elas não venham a ser um portador de hipertensão arterial; e que elas tomem as medidas necessárias para os que já são hipertensos diagnosticados, tomem a medicação correta, façam a dieta (Enfermeira).

O processo de educação em saúde é considerado lento, fruto de ações contínuas que requerem tempo e disponibilidade de ambas as partes. “[...] *na educação você planta aqui aí vai, anos e anos para colher lá na frente, [...] a coleta é um pouco demorada, tem que ter a paciência de esperar* (Enfermeira)”. Uma particularidade que se torna juntamente com problemas estruturais, como falta de um espaço apropriado para as atividades educativas, a ausência de material para dar suporte aos profissionais, entre outros, justificativa para a não realização da educação em saúde pelas equipes da ESF, por acharem que não podem executá-la como gostariam. Entretanto, conforme afirma Ayres (2009), os profissionais de saúde sempre poderão construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico, embora não disponham de todos os subsídios necessários.

A educação em saúde enfrenta obstáculos difíceis de serem superados, pois na medida em que prega mudanças de comportamento encontram no seu caminho os valores, as crenças, as singularidades dos indivíduos. Algo que não é diferente quando o enfoque são os hábitos alimentares, permeado por seus significados e longe de atender apenas às necessidades fisiológicas dos seres humanos.

Para a enfermeira, a ignorância, a falta de informação e os valores culturais preconizam uma alimentação “errada”. São hábitos passados de pai para filho que interferem nas escolhas e isto é um dos grandes desafios da educação em saúde.

A família acostumada a se alimentar erradamente, às vezes, é por falta de cultura, ignorância mesmo! As vezes até tem uma pessoa que planta e não valoriza o que tem; uma fruta em casa e não valoriza, porque não conhece. Mas quando passa a ter o conhecimento, ela já vai começando a ver e já vai começando a provar. Tem muita gente que tem uma horta dentro do quintal de casa e não valoriza, acha que comer verdura é besteira. Só come mesmo de acordo com a cultura que já veio de pai para filho (Enfermeira).

São hábitos arraigados. Difíceis de mudar. Trata-se de tradições, identidades sociais cuja complexidade demanda compreensão. A enfermeira ao falar sobre “falta de cultura” ela quer dizer escolaridade. Na realidade, há em seus enunciados, duas dimensões que se encontram: a cultura como tradição e a educação formal da pessoa, representando alguns dos múltiplos significados atribuídos a esse termo, requerendo uma discussão que será retomada mais adiante.

A estratégia utilizada pelo profissional é antecipar as conseqüências de uma hipertensão descontrolada, despertar no paciente a necessidade de mudar não somente porque melhoraria seu estado de saúde, sua qualidade de vida, mas antes, fazê-lo conhecer que as conseqüências são piores.

A linguagem utilizada pelo profissional de saúde é outro instrumento importante que deve ser considerado, pois é preciso adequá-la à realidade dos pacientes para que se processe um verdadeiro diálogo e não apenas a exposição de um dos envolvidos no encontro terapêutico. O uso de histórias, exemplos trazidos da própria comunidade são bem-vindos na abordagem:

Eu sempre falo um exemplo: já viu aqueles banquinhos de três pés, eu tenho que falar a linguagem deles. Um banquinho de três pés, se tirar um pé, o banquinho arria. Aí eu digo, esse banquinho é a atividade física, a medicação e a dieta. Tem que ter as três coisas juntas para controlar a sua pressão, eu sempre dou esse exemplo a eles e eles entendem isso (Médico).

Para Ayres (2009), utilizar estratégias como esta figuração significa superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Trata-se de enriquecer o diálogo nas práticas de saúde através de uma reflexão sobre a linguagem utilizada. É um desafio, mas constitui-se parte da produção de um cuidado integral.

No entanto, outra discussão surge: por que não trazer também exemplos da vida dos pacientes por eles mesmos? Estes devem ter questionamentos diversos e sobre o que ouviu contar da doença por seus vizinhos e amigos. Ainda que seja importante o profissional trazer seus próprios exemplos e figurações - como a tentativa de representar a tríade da saúde como um banco de três pés - é necessário também escutá-los.

O “controle” do paciente

Dentro da abordagem sobre o cotidiano do cuidado em HAS pelos profissionais da ESF, o controle do paciente merece uma maior discussão por envolver diferentes dimensões que vão desde aquelas já discutidas sobre a educação em saúde ao afastamento dos pacientes do encontro com os profissionais.

Se você fizer uma estatística aqui e perguntar para os hipertensos, eles acham que eu sou um chato, eles não gostam de mim, porque eu *pego no pé*, chamo atenção, cobro deles, cobro se tomou o remédio direito, para que eles venham todo mês aqui. Eles não gostam de mim porque eles são policiados, eu chamo a atenção deles, não engano ninguém, digo quais são as consequências (Médico).

Para o profissional entrevistado, as medidas de orientação ou recomendação para o tratamento da hipertensão estão voltadas para o controle da doença, do paciente, com enfoque no uso da medicação e ida ao serviço de saúde. O que acaba refletindo na sua credibilidade junto aos usuários que o veem como um

“chato” ou até mesmo no abandono do seguimento do tratamento. No estudo de Duarte *et. al* (2010) sobre motivos do abandono do seguimento médico do cuidado aos portadores de hipertensão, uma das principais causas mencionadas estavam associadas à relação médico-paciente. Na opinião do médico da equipe, ele está fazendo a sua parte, não está “enganando” ninguém e insiste em uma cobrança contínua sobre esses pacientes.

Em geral nessa relação predomina o entendimento sobre a necessidade do controle do corpo ou da doença do paciente, em que a linguagem exerce um poder de coagir, inculcar, responsabilizar o paciente para mantê-lo em adesão permanente ao tratamento. Nesse sentido restrito ao tratamento da doença, observa-se que o profissional de saúde de maneira geral mantém uma distância do paciente, ao não considerá-lo sujeito de sua história pessoal, e sua experiência com a doença. De certo modo, a falta de aproximação reproduz a institucionalização da doença pelo tratamento, independentemente dos significados atribuídos pelo paciente sobre suas dificuldades em mantê-lo. Sobre este aspecto, adesão se assemelha a obediência, e o discurso biomédico à retórica do poder sobre o corpo do outro, o paciente.

Para Foucault, “*em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações*” (FOUCAULT, 2004, p. 126). Os micro-poderes presentes nas relações sociais, como em serviços de saúde, promovem modificações de condutas nos indivíduos, tanto para os que tentam controlar o corpo do outro como para estes que se sentem desvalorizados, submissos ou controlados pelo saber técnico. As relações para disciplinar o corpo do paciente, mantém no discurso biomédico a idéia de tornar dócil “*um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado*” (Ibid, p. 126). Ao estudar o referido autor, entende-se que maneiras ou métodos de adestrar ou domesticar são como ferramentas de controle, que agem no intuito de disciplinar, como “*fórmulas de dominação*” (Ibid, p. 126).

Como foi observado, o profissional age sob a possibilidade de obter obediência do paciente ao tratamento da hipertensão, em conformidade a uma “*modalidade de poder que se caracteriza por medir, corrigir, hierarquizar, tornando possível um saber sobre o indivíduo*” (PINHO, 1998, p.183). E sob a égide da disciplina há técnicas que orientam os serviços de saúde junto à comunidade. Direciona sua preocupação nas complicações da doença, como se esquecesse o ser humano, a sua qualidade de vida. Utilizam termos como “*controle na marra*” para

“evitar o Acidente Vascular Cerebral dos hipertensos”. Para o médico, a perda de controle pode estar no acesso à Farmácia Popular, criada pelo governo federal, e por isso fogem do acompanhamento na UBS.

O que será que leva o paciente a desistir de “conversar” com os profissionais de saúde? Ao indagar sobre esses aspectos recorreu-se a estudos que também comprovam dificuldades metodológicas das ações da ESF. Em pesquisa realizada por Melo, Santos e Trezza (2005) essas dificuldades estariam relacionadas a execução das práticas educativas. Para um dos informantes o grande problema seria “convencer” as pessoas. Apesar de não deixar claro que tipo de convencimento, se para participar das ações ou mudar seu comportamento, os autores concluem que esse tipo de exposição só reforça a necessidade de preparar pedagogicamente os profissionais para exercerem essas atividades educativas, algo que nem sempre acontece.

Percebe-se nas narrativas dos profissionais, principalmente do médico, o significado do controle do paciente. Para ele, estaria relacionado ao sucesso da sua prática. Prática esta que tem conseguido criar dois seres, o “ser” doença e o “ser” paciente. Gadamer (2006, p.117) nos chama atenção para isso ao referir que:“(…) quando se diz que se conseguiu dominar a doença, no final já se separou a doença da pessoa e ela é tratada como um ser com vida própria, com o qual se tem de lidar.”

Ao continuar essa busca pelo “controle”, o profissional procura culpabilizar o paciente ao esperar que eventos estressantes como um pico hipertensivo ocorram para despertar nele a necessidade de seguir o tratamento. “Quando ele para o remédio e a pressão sobe, ele vai para a urgência com um pico hipertensivo. Eles têm na carne, a prova de que o que eu realmente estou dizendo é verdade, ai eles fazem a coisa bem bonitinha” (Médico). Para Castiel e Diaz (2007), a “culpabilização é um poderoso fator de ordem social que normatiza e procura viabilizar o convívio humano.” Uma ameaça que para muitos é constrangedora e desperta no indivíduo o sentimento de merecedor de punições (Ibid).

A dificuldade em controlar a doença está relacionada aos mais jovens e a alimentação errada; o fato de ser uma doença assintomática, o que transforma os portadores da mesma, segundo o médico, em pessoas “negligentes”. Além disso, para o profissional existe um descrédito em relação as orientações repassadas, justamente por esse caráter silencioso da hipertensão. E por mais que “fique de

boquinha seca”, o diagnóstico e as mudanças requeridas pelo tratamento são difíceis de aceitação. É preciso ver para crer, ou melhor, sentir para crer. Nos enunciados do médico, traz as dificuldades que sente em atender os mais jovens:

Alimentação errada, obesidade, sedentarismo, todos estes são fatores de risco para hipertensão, além do fator familiar e genético. E por ser uma doença assintomática, na grande maioria das vezes, é negligenciada pelo próprio paciente. Ficam rindo da minha cara quando eu chamo atenção do risco da hipertensão [...]. Então, negligenciam o tratamento, negligenciam a dieta, comem de tudo, não fazem atividade física. Isso tudo a gente recomenda, as vezes, a gente faz reunião, orienta todo mundo, mas é complicado (Médico).

O discurso médico procura atribuir a responsabilização pelo controle da doença ao paciente, usando artifícios nem sempre éticos, mas muito propagados. É o processo de “culpar a vítima”, de mostrar que o erro é do indivíduo e que quando este continua se expondo aos riscos comportamentais se colocam *“candidatos à pecha de irresponsáveis, passíveis de receberem manifestações de crítica em termos morais por sua falta de autocuidado.”* Algo que pode acontecer antes mesmo de algum evento ocorrer e por isso constantemente são consideradas negligentes em termos de saúde por muitos profissionais (CASTIEL; DIAZ, 2007).

Percebemos um discurso médico com contradições em relação ao cuidado ofertado aos pacientes com HAS. Apesar de oferecer orientação quanto ao tratamento dietético, parece valorizar o uso da medicação. Atitude que reflete nas ações dos pacientes, conforme relevado em algumas narrativas desses. Muitos ainda atribuem o significado do “controle” da doença ao uso dos medicamentos, deixando de lado as outras medidas terapêuticas. Estas são reproduzidas como parte do tratamento, mas o seguimento não fica evidenciado em suas falas.

No cotidiano das práticas de educação em saúde à HAS concordamos com Lopes e Marcon (2009) na idéia de que os profissionais de saúde precisam procurar ações diferenciadas para abordar o sujeito portador de hipertensão e sua família. O modelo biologicista que permeia a assistência à saúde precisa ser superado ao dar espaço para um aconselhamento em saúde que considere os valores, os costumes

e as crenças das pessoas, estimulando o próprio usuário a querer controlar sua pressão arterial, sua patologia, e ir mais além, buscar saúde e qualidade de vida.

O conhecimento do paciente para orientação do tratamento dietético

Conhecer a população onde a ESF está inserida faz parte do processo de trabalho dos profissionais, no entanto, isso muitas vezes não é considerado como parte do cuidado em saúde. Quando falamos em populações específicas que requerem um atendimento diferenciado, principalmente através de mudanças de hábitos de vida, precisamos saber em que contexto esses sujeitos se encontram, para só então poder direcionar as práticas de saúde de acordo com suas características sociais, econômicas e culturais.

No cuidado à HAS, entender o universo dos pacientes requer o conhecimento sobre seu cotidiano. Buscar isto através da equipe de saúde da família faz parte do caminho que precisamos percorrer rumo a execução de uma clínica ampliada. Além disso, são essas características que influenciam nas atitudes e nas ações dos pacientes.

A população atendida pela ESF estudada foi caracterizada por ser “pobre”, “ignorante do ponto de vista cultural”, em sua maioria “analfabeta”, e possuir “tabus” e práticas que, de acordo com os informantes, fazem parte da sua cultura. A narrativa do médico traz a metáfora para definir o tipo de portador de hipertensão que costuma atender. *“Fechar a porta depois de roubado”* que quer dizer “só acredito vendo”, ou seja, a idéia de cuidado dificilmente consegue despertar nos sujeitos a preocupação com a prevenção. Para ele, o problema ocorre sempre no outro, no vizinho, por isso não se cuida. Esta seria a experiência do médico da ESF com a população das camadas populares, portadores de HAS, em que cerca de 80% são analfabetos nessa região, conforme seu depoimento.

Diante da automedicação [...] geralmente eu peço para eles tomarem um chazinho. Mas que não deixem de tomar a medicação corretamente. Essa é uma questão muito de pai para filho, é uma cultura e você tirar a cultura de um povo é muito complicado (Enfermeira).

Retomamos agora a discussão sobre cultura a partir do estudo da obra de Alves (2010). Para o autor não existe um significado consensual para o termo e este assume diferentes dimensões que foram moldadas no decorrer da história da humanidade. Alves caracteriza este termo como uma “palavra mosaica” e, talvez por isso mesmo, rica, sedutora e contraditória. Cultura assume duas grandes dimensões, a “subjéctiva” que se refere a uma propriedade ou capacidade do indivíduo em desenvolver suas ‘faculdades espirituais’ através de educação, da filosofia, das artes, portanto, a sua formação intelectual e moral. E a dimensão “objectiva” na qual cultura é um produto colectivo, preexistente, exterior, responsável pelos costumes, valores e princípios (Ibid, p.44).

Nas narrativas do médico e da enfermeira deste estudo, essas duas dimensões são evocadas para caracterizar os portadores de hipertensão. Dentro desse contexto, o uso da automedicação é um “costume” que não pode ser *tirado* da população, pois pode representar um não-saber-técnico implicado no cuidado. Esse é o entendimento da enfermeira. Sobre isso, concordamos com Ayres (2009, p.65) ao concluir que:

Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o convenceremos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito.

O médico da equipe resume assim o perfil dos usuários com HAS: “*culturalmente baixo, geralmente é feminino, idoso, na segunda e terceira idade, acima de 40 anos [...]*.” Uma realidade comum quando falamos em sistema público de saúde, atenção básica e portadores de hipertensão arterial. Em primeiro lugar, o público que frequenta esses serviços, principalmente, os de menor complexidade possuem em sua maioria baixas condições socioeconômicas.

Em serviços de saúde que atuam prioritariamente com prevenção, encontramos mulheres como um público mais assíduo e preocupado com a saúde.

Para Canesqui (2007, p.96) *“as mulheres, mais do que os homens mostram-se receptivas aos serviços de saúde, aos cuidados e observação do seu corpo e relutam menos do que eles em relatar ou falar de suas doenças e preocupações.”* E quanto a idade, a maior proporção de portadores de hipertensão (50%) são aqueles com mais de 50 anos (BRASIL, 2011).

O perfil dos pacientes também é exposto segundo outros fatores. A enfermeira apesar de receber alguns pacientes aparentemente “revoltados” com a sua condição, prefere considerar que o motivo dessa situação seria a falta de conhecimento sobre o problema, algo que começa a ser superado aos poucos, na medida em que há uma continuidade no atendimento. A justificativa da ausência de determinados usuários às consultas e atividades realizadas na ESF é a não aceitação e o desconhecimento da doença. *“Porque às vezes é uma questão cultural, eles acham que é besteira, que na casa deles nunca teve ninguém hipertenso”* (Enfermeira).

A abordagem sobre o tratamento dietético é feita aos portadores de hipertensão de forma individualizada e a partir da análise dos exames bioquímicos, conforme referiu o médico da equipe. Segundo o mesmo, o perfil patológico, o índice de massa corpórea e a condição financeira são os principais fatores considerados no momento de adequar a alimentação às necessidades do paciente.

Se for um paciente obeso, eu vou incentivá-lo a tirar todas as massas de uma maneira geral, para ele diminuir peso. Se for hipertenso magro, eu tirar o sal que é um hipertensor. E se for diabético, aí é diferente. Essa orientação dietética é feita em cima do perfil patológico do paciente, do IMC e a condição financeira também que tem tudo a ver; porque você não pode passar uma dieta se o paciente não pode comprar as coisas (Médico).

Outros fatores considerados pelo profissional estão relacionados à “rotina” alimentar do sujeito. Nesse caso, faz-se uma adequação a partir das suas preferências e da disponibilidade do alimento na família. Após isso o médico faz uma seleção dos alimentos que o indivíduo poderá comer e exclui do cardápio aqueles considerados “ruins”. Dentro desse contexto, entraria então, as “sugestões” acerca

do que é saudável e seja viável economicamente e a exposição da retirada do sal da alimentação.

Fazer uma dieta em cima do que o paciente come. Disso aí eu faço uma seleção do que é bom e do que é ruim pra ele. Eu vou fazer algumas sugestões de alimentação dentro do perfil econômico dele, do que ele pode comprar. Então, eu incentivo muito a comer fruta, verdura [...]. Se for hipertenso, sal de jeito nenhum (Médico).

A enfermeira também orienta a restrição ao sal e reconhece que não possui conhecimentos suficientes para prescrever uma dieta específica para o paciente, até porque essa não é de sua competência técnica. Nem do médico. Na sociedade brasileira há um profissional que estuda mais profundamente o assunto, o nutricionista, e este não está na ESF em Juazeiro do Norte. Sobre isto falamos mais adiante.

“Eu não tenho conhecimento nutricional” diz a enfermeira. “Sempre faço uma orientação e geralmente pergunto: como é sua alimentação?”

O médico se preocupa com as muitas opções saborosas e acessíveis, mas em contrapartida, que oferecem riscos à saúde. E faz um resgate à cultura alimentar local, trazendo alimentos regionais com significativo valor nutritivo que estão perdendo espaço entre as escolhas dos indivíduos. Demonstra preocupação também com os gastos dos órgãos públicos de saúde em decorrência das consequências da HAS pelo uso indiscriminado de produtos industrializados excessivamente gordurosos e salgados. Se por um lado ganha com a indústria alimentícia, por outro perde com as morbidades e mortalidades associadas.

A partir dos protocolos de atendimento aos portadores de HAS é possível direcionar a consulta com enfoque no tratamento não medicamentoso da patologia. Atribuição que é praticada como se percebe na sua narrativa ao considerar a tríade desse cuidado, através do uso da medicação, alimentação adequada e prática de exercício físico.

Conforme a enfermeira, uma das atribuições do profissional é a de adequar as orientações dietéticas de acordo com a realidade do paciente. Em sua experiência reconhece a dificuldade enfrentada pelo portador de hipertensão em modificar seus hábitos. Para tanto, diz que necessita ter “tato”, expressão entendida

como “ter cuidado”, “saber lidar”, uma discussão que se encaixa nos princípios da humanização em saúde.

Falar para o paciente em mudança de comportamento, de um hábito de vida tão enraizado como a alimentação é esperar ocorrer as mais diversas reações. Algo que entrecruza aspectos distintos da sua vida, passando pelo familiar, social, econômico, cultural e religioso. E algumas dessas manifestações frente a adoção do tratamento dietético foram referidas pelos profissionais da ESF. Da aversão à restrição ao sal à necessidade de consumir um prato típico encontram-se as reações do portador de hipertensão.

Tem uma frase que eu ouço com muita frequência: “ah, comida sem sal não tem sustância”. Isso é muito comum, porque eles acham que o sal é que dá energia, dá a força. A comida sem sal é fria, já está dizendo, frio de sal. O que não tem gosto para ele não tem valor nutritivo. É uma comida que a gente chama de fraca. E para você quebrar esses tabus, esse costume, não é fácil. Acho que eles pensam muitas vezes, que ela passou 40, 50 anos e nunca teve problema, mas agora tem! Aí, se você não chamar atenção do risco que é a hipertensão arterial ele não vai se conscientizar (Médico).

Os detalhes usados pelo médico para descrever o consumo do “caldo de pá” na citação que segue é de uma riqueza profunda, algo conseguido apenas quando trabalhamos com narrativas.

Tem um “caldo de pá” aqui no bairro que dizem que é uma coisa muito boa. É um osso que só tem gordura, e a pessoa toma logo em jejum. Eu vi uma vez numa visita, um velho tomando. Era uma tigela assim arredondada, branca, com três dedos de caldo e mais dois daquela gordura amarela em cima. Vá pedir para tirar isso para você ver? É difícil. Esses costumes, essas coisas para mudar... (Médico).

A descrição nos remete ao momento em que esse senhor está tomando o caldo. Um prato apreciado comumente pelos moradores da cidade, principalmente para os trabalhadores que o consume nos mercados públicos ou em quiosques próximos ao centro comercial.

São significações como essas que tornam difícil seguir o tratamento dietético da hipertensão. É o sal que confere o gosto, o prazer de comer; é a negação da doença; é o costume de tomar “caldo de pá” pela manhã. São hábitos, construções simbólicas, aspectos que fazem parte da subjetividade do indivíduo e que precisam de espaço no cuidado em saúde.

O encontro terapêutico já discutido anteriormente ressurgue nas narrativas dos profissionais, mas agora com um enfoque na relação paciente/profissional diante da prescrição dietética. Entram em cena o portador da HAS e a família que juntos convivem com o diagnóstico da patologia e todas as mudanças que ela traz.

No ambiente familiar, o médico percebe um cuidado maior da mulher em relação ao marido: *“Se você tem um marido, um esposo que é hipertenso, elas ficam no pé. A mulher tem mais cuidado, a mulher é quem puxa mais, ela se preocupa mais com a saúde dela e com a família toda.”*

A figura do médico autoritário é reconhecida pelo profissional de saúde. Contudo, isso não atrapalha a sua prática por considerar que faz parte do seu exercício profissional. Percebemos que a todo o momento ele busca uma justificativa para a sua prática moldada na “objetivação” da doença, do tratamento. *“O paciente vem por obrigação, porque a doença pede, e vem com raiva”.*

A narrativa da enfermeira procura “amenizar” o discurso autoritário do médico. Para ela, o importante é tratar bem as pessoas, deixá-las à vontade, sem imposição de prescrições baseadas somente no saber científico. A sua estratégia é a educação em saúde, que apesar de lenta, surte efeito com o tempo. Ela procura “mudar” as informações das pessoas oferecendo outras, que contribuirão com a saúde. Começa com o diálogo, com a escuta atenta, o acolhimento humanizado do indivíduo. Sobre isto diz: *“é preciso que você tenha muito, muito “traquejo” para que você realmente surta essa mudança e consegue”* (Enfermeira).

Transformar o paciente em “objeto” é comum na prática de muitos profissionais de saúde que tentam através do saber técnico científico e do uso das tecnologias tornar o paciente um ser passivo e “manipulável”. Tesser (2006, p.351) declara que *“o saber médico científico divorciou-se da vida e da percepção pessoal, cultural e social dos homens. Ganhou um caráter técnico, esotérico e positivo, um saber dito de terceira pessoa, gerando um abismo entre os que sabem e podem saber o paciente e o médico.”* O saber médico é sempre um saber sobre outrem, sobre as doenças ou probabilidades e riscos de doenças do corpo, um saber poder

que vigia e controla o corpo do outro, o paciente, aparentemente e nem sempre frágil e vulnerável ao adoecimento.

É no cenário em que as relações de poder estão explícitas entre médico e paciente que as recomendações dietéticas são “ditadas”, mais que prescritas. Em geral, os profissionais se colocam distantes da realidade do sujeito em que não são valorizadas a experiência do adoecimento como um evento que requer adaptação, tempo e acima de tudo informação. O cuidar em saúde requer mais que atender um paciente e prescrever uma medicação. *“Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele”* (Ayres, 2009, p.37). Este autor defende ainda que:

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela, estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios (Ayres, 2009, p.63).

Em relação aos limites encontrados pelos profissionais para o seguimento ao tratamento dietético, prevalecem os relacionados aos significados atribuídos ao sal, como impositivos à restrição na comida. Para os pacientes, segundo a narrativa da enfermeira, a comida sem sal também faz adoecer, uma relação que já foi referida anteriormente por alguns pacientes.

O médico reduz o significado do uso do sal pelos pacientes a questões puramente econômicas, pois segundo ele essa substância está presente na comida do pobre. E exemplifica isso ao falar sobre o pão, alimento usado no cotidiano da população.

O que este profissional precisa entender é que *“na alimentação humana, natureza e cultura se encontram”*. O comer é uma necessidade vital, mas o quê comer (a comida com sal; o pão), quando e com quem comer fazem parte de um sistema que implica atribuição de significados ao ato alimentar (Maciel, 2005, p.49). Para a autora, surgem diversos sistemas alimentares a partir dessa significação social e cultural atribuída a alimentação. Sistemas esses que sofrem interferência de

fatores de ordem ecológica, histórica, cultural, social e econômica responsáveis pela construção de representações e imaginários sociais envolvendo escolhas e classificações.

Diante disso, a preferência pelo “pão” nas populações com condições socioeconômicas menos favorecidas pode ser entendida como uma saída para saciar a fome ou em alguns casos não, está relacionada ao gosto, ao prazer, à memória familiar. Logo, o profissional não pode apenas considerar uma opinião sua, uma construção sem o conhecimento do sujeito, da sua realidade. É preciso transpor barreiras como essa quando busca-se a efetivação de um cuidado em saúde norteado pelos princípios da prevenção e promoção da saúde.

“Ah meu Deus, cadê o Nutricionista?”

A ausência do profissional de nutrição é considerada uma perda para a ESF, uma condição que limita o alcance da integralidade no atendimento aos portadores de HAS. O nutricionista possui o papel de promover uma reeducação dos hábitos alimentares da população através de promoção da saúde e prevenção de doenças (MATTOS; NEVES, 2009). Além de atuar no diagnóstico de problemas nutricionais da comunidade, é um profissional que atua, segundo a narrativa do médico em todos os setores da ESF. Para a enfermeira faltam na atual equipe, subsídios para direcionar um tratamento dietético segundo as peculiaridades de cada paciente.

O médico da equipe reconhece a presença do nutricionista na ESF como um algo a mais, uma vez que já faz as orientações dietéticas junto aos portadores de HAS. Caracteriza esse profissional como aquele que teria um “linguajar melhor”, outras “opções de comida”. Percebemos uma mistura de sentidos na sua narrativa, no qual prevalece a centralização da figura do médico, que parece não se encaixar em um trabalho em equipe interdisciplinar, onde saberes das diferentes profissões que integram a ESF pudessem se consolidar numa prática resolutiva.

Mattos e Neves (2009, p.12) consideram que *“(...) a inserção do profissional nutricionista na atenção básica à saúde torna-se necessário para a resolução de problemas alimentares e prevenção de doenças causadas pela insegurança alimentar.”* Sendo a ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), campos

de atuação a espera desses profissionais, seja para o controle ou tratamento dos agravos à saúde relacionados com a alimentação da população, ou ainda na promoção de ações educativas que despertam nos usuários do serviço a importância da adoção de uma alimentação saudável (Ibid).

No entanto, apesar dos avanços conseguidos e da ampla cobertura alcançada, o cuidado em saúde orientado segundo o modelo da ESF ainda encontra-se limitado no sentido de responder às demandas sociais de saúde (MACHADO, 2006). Como exemplo, temos a ausência do nutricionista na equipe básica da Estratégia, algo considerado por muitos um atraso, um limite que fora parcialmente (pois nem todos os municípios aderiram) superado com a inserção desse profissional nas equipes do NASF.

“Cadê a nutricionista?” Indaga a enfermeira. Apesar da implantação do NASF em Juazeiro do Norte, o profissional de nutrição ainda não foi inserido na equipe. Para a enfermeira, o nutricionista atuaria em todos em outros Programas da Atenção Básica e não apenas no acompanhamento aos portadores de HAS. *“Seria importante na Atenção Primária, não só para a hipertensão, mas para os diabéticos, as crianças que fazem puericultura, até mesmo para os casos de desnutrição”*.

Certamente, o nutricionista iria valorizar as enfermidades nutricionais associadas à HAS, como a obesidade, principalmente, e cuja alta prevalência preocupa. A busca é da integralidade na saúde para envolver a formação de equipes interdisciplinares, que atuem direcionando saberes em prol de uma prática resolutiva. Pois, conforme afirma Machado (2006), *“a diversidade das dimensões que envolvem o processo social de produção da saúde e da doença nas comunidades não consegue mais ser respondida por meio de práticas fragmentadas”*. É preciso considerar como imprescindível a ampliação das equipes da ESF com a inclusão do nutricionista para a garantia não só do tratamento dietético de usuários como os portadores de hipertensão, mas para a garantia da saúde da toda a população.

CONCLUSÕES

O estudo da subjetividade do sujeito, sobre a experiência da hipertensão arterial é um convite para buscar a efetivação de um cuidado em saúde verdadeiramente integral e que garanta o atendimento às demandas de saúde da população. A compreensão dos significados atribuídos à doença e ao tratamento dietético pelos portadores de HAS revelou situações diversas que ampliaram o olhar para o sujeito durante o processo de adoecimento.

A partir de um encontro intersubjetivo, no qual diversos indivíduos com hipertensão passaram da situação de “paciente” para a função de colaboradores do estudo, revelaram-se saberes e práticas do cotidiano desses personagens que convivem com uma patologia crônica de difícil “controle”.

As narrativas trouxeram não apenas falas dos atores e atrizes sociais, mas a semiótica percebida em seus gestos, seus silêncios, nas metáforas utilizadas para revelar aquilo que não se conseguia expressar oralmente. A experiência da enfermidade foi, então, manifesta além de um acontecimento narrado. A significação presente em cada caso ou história foi de fato o que se precisava compreender.

Outra característica encontrada nas narrativas de alguns pacientes refere-se à presença de múltiplos sentidos em suas falas que se traduzem, em certos momentos, em antagonismos, contradições acerca do que era expresso. Conflitos relacionados, principalmente ao uso do sal na dieta prescrita e os significados atribuídos à ele, ora indispensável, ora passível de ser retirado da alimentação.

Na narrativa do médico, as divergências apareceram quando o assunto era o cuidado ao paciente com HAS. Referia prescrever uma terapêutica baseada em fármacos e medidas não medicamentosas, mas sempre o foco era a medicação e/ou a assiduidade do paciente às consultas na UBS. São contradições percebidas que podem influenciar nas escolhas dos indivíduos. No entanto, compõem a pluralidade humana, tão cheia de sentidos, permeada por significados.

A HAS enquanto doença que se “descobre” foi associada a algum momento estressante na vida dos personagens do estudo, como a perda de um ente querido, por exemplo. Revelada como uma “pressão” que age sobre o corpo ou a mente e altera a pressão arterial, resultado das pressões cotidianas. Nesse caso, os sentidos se misturam, a pressão assume vários significados.

Com o diagnóstico estabelecido, no caminho percorrido para se alcançar o “controle” da doença, conhecimento científico e popular se encontravam. No entanto, o uso da medicação era entendido como mais efetivo, que revelava o significado de toda a terapêutica.

As referências ao tratamento dietético se associaram à prescrição do profissional de saúde, dando o entendimento de que essas eram orientadas, mas não necessariamente seguidas. Aparece nas narrativas a caracterização do profissional como aquele que “manda”, reflexo de um discurso de autoridade sanitária. Observa-se a dificuldade em adotar a dietética recomendada, uma vez que parecem não aceitar que decidam por eles o que devem comer.

Para alguns atores sociais as mudanças no estilo de vida, principalmente, as relacionadas à alimentação ainda não são vistas como uma etapa necessária na terapêutica. Entram em cena os significados que envolvem o ato alimentar, principalmente aqueles relacionados ao sal e aos alimentos característicos da cultural regional. A “nova” dietética se manifesta contrária ao prazer em comer e as práticas do passado (infância; antes do adoecimento) se encontram com as necessidades do presente (adoecimento crônico).

Alguns elementos conferem significação ao alimento, como saúde, prazer, fortaleza, energia e fortificante. E ao sal é conferida a responsabilidade pelo sabor, pelo “gosto” à vida. A comida sem sal é considerada “fria”, sem vida. Percebe-se, portanto, nas narrativas desses personagens que a alimentação representa muito mais que nutrição. Está ligada ao prazer, à memória, à continuidade de uma tradição. No entanto, apesar dessa dificuldade em mudar os hábitos alimentares, alguns colaboradores do estudo entendem essa etapa do tratamento da HAS como necessária e possível de ser realizada. Seria preciso apenas tempo para se “acostumar” com a “nova” dieta.

A HAS foi reconhecida com uma doença sem cura e assintomática. Característica esta que não desperta em alguns indivíduos o interesse pelo seguimento no tratamento. Se não sente nada, não há o que “tratar.” O descontrole da PA foi associado à raiva, estresse e ansiedade e há por parte dos indivíduos a preocupação em estender os cuidados à toda família, uma vez que esta é uma doença hereditária.

As dificuldades em seguir o tratamento conforme orientado se relacionam à adoção de uma alimentação “saudável”. Fatores econômicos e a falta de tempo

figuram entre os responsáveis por essa mudança não acontecer. O medo da morte e das sequelas ocasionadas pelas complicações da hipertensão foi manifestado como um sentimento presente na vida desses atores e atrizes sociais, não sendo revelado apenas por aqueles que se consideram “controlados”. Alguns deles recorrem ao Divino como um auxílio ao tratamento da doença.

A partir das narrativas desses portadores de HAS sobre o tratamento dietético nos deparamos com uma nova significação: A não-dieta. O paciente está fazendo a "dieta" que lhe convêm, que o faz sentir-se autônomo. Prefere o não-prescrito, não-receitado, não-imposto. Nesse sentido, existe a dieta do profissional e a não-dieta do portador de HAS. É a negação às tantas disciplinas sobre o corpo que o faz preservar sua identidade, sua autonomia sobre o corpo e a doença, o prazer de comer. Desse modo, para o portador de hipertensão não há um tratamento dietético, existem proibições dietéticas, que impõe a retirada do sal e de comidas gordurosas, principalmente. Falta diálogo, conversas sobre o assunto da dietética entre profissionais e pacientes sobre o cuidado de si. A não-dieta consegue chamar atenção para a abordagem do profissional a partir do modo como o científico se "impõe" sobre a dimensão êmica.

As narrativas do médico e da enfermeira da ESF permitiram nos aproximar do processo do cuidado orientado aos portadores de HAS. O atendimento acontece de acordo com o preconizado pelos manuais técnicos do Ministério da Saúde e esses profissionais reconhecem a relevância do programa no cuidado aos usuários do sistema público de saúde.

Entretanto, a preocupação do médico da ESF é evidente: o “controle” do paciente. Em seu discurso fica manifesta a relação de poder sobre o corpo do paciente. Este deve se submeter, manter a obediência que garantirá o sucesso da prática clínica. Em relação à orientação dietética, tanto o médico quanto a enfermeira, a oferecem de acordo com a realidade do paciente, a partir dos protocolos de atendimento a esta patologia. Entendem que ausência de nutricionistas na ESF prejudica a melhor atenção básica aos pacientes de HAS e outras enfermidades.

Os resultados da presente pesquisa mostram as possibilidades que se abrem quando o foco de estudo é o sujeito e não apenas a doença. Nesse caso, estudar o tratamento dietético a partir das significações dos portadores de HAS representa a ampliação da clínica no cuidado em saúde. É preciso reconhecer que o modelo

biomédico ainda predomina e não atende as reais necessidades de saúde da população, vez que é unidirecional e estabelece uma condição reducionista em relação à saúde. Nega-se o sujeito e sua experiência. Importa-se com a HAS e o controle.

Ao tratar do tema alimentação nas enfermidades crônicas, como a hipertensão, é preciso caracterizá-la como um “instrumento” promotor de saúde e de qualidade de vida e não como “remédio” ou um meio para o controle da doença. Nesse sentido, enfatizamos a necessidade de considerar as características sociais, culturais e econômicas dos indivíduos na prevenção ou tratamento de enfermidades.

O profissional de saúde precisa ter sensibilidade para acolher o sujeito/paciente no serviço de saúde e promover com ele um encontro terapêutico de qualidade, no qual o diálogo ocorra de forma efetiva. Esse deve também se responsabilizar com o problema do indivíduo e não atribuir a ele a responsabilidade exclusiva pelo sucesso terapêutico.

No cuidado em saúde à HAS, a elaboração do tratamento dietético deve ocorrer “com” o sujeito e não “para” ele, considerando ser a alimentação humana uma construção simbólica, com traços do individual e do coletivo, refletindo os aspectos da cultura de cada contexto em cada sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 263-271, jul/set 1993.

ALVES, Paulo César. Origens e constituição científica da cultura. In: ALVES, Paulo César (Org.). **Cultura: múltiplas leituras**. Bauru, São Paulo: EDUSC; Salvador: EDUFBA, 2010. p. 21-48

ALVES, Hayda Joiane; BOOG, Maria Cristina Faber. Promoção de Saúde e Comensalidade: um estudo entre residentes de moradia universitária. **Segur. Alimentar e Nutr.**, Campinas, v.13, n.2, p.43-53, 2006.

ALVES, Vânia Sampaio; NUNES, Mônica de Oliveira. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.131-47, jan/jun, 2006.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Míriam Cristina M. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.171-186.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Míriam Cristina M.; SOUZA, Iara Maria A. Introdução. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.11-46.

AMODEO, Celso et al. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. In: NOBRE, Fernando; SERRANO JÚNIOR, Carlos V. **Tratado de Cardiologia**. vol.3. São Paulo: SOCESP/Manole, 2008. p.9-19.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perfil Nutricional dos Alimentos Processados**. Informe Técnico nº 42/2010.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na ESF. **Esc. Anna Nery (imp.)**, v.14, n.3, p.560-566, jul-set, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface- **Comun., Saúde, Educac.** Botucatu, v.8, n. 14, set/fev, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 24 jul. 2009.

AYRES, José Ricardo C.M. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CAPESC:UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284p. (Clássicos para integralidade em saúde)

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi et al. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença. **Rev. Inst Ciênc Saúde**, v.26, n.3, p.304-309, 2008.

BARTHES, Roland. Elementos de Semiologia. 16. ed., Tradução de Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006. 116p.

BRASIL. **Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, n.182, p.18055-9, set. 1990, seção I.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Decreto nº 93933, de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, v.4, n2. Suplemento, 1996, p.15-25.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102 p.

_____. **Pré-Natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p. (Manual técnico)

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Série Cadernos de Atenção Básica, nº15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

_____. Secretaria Executiva. **Cadernos de Informações de Saúde**. Município: Juazeiro do Norte-CE, fev. 2009 a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ce.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

_____. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837> Acesso: 20 out. 2010.

_____. **Hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros**. Portal do Ministério da Saúde, abril, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12485> Acesso em: 27 abr. 2011.

BORSOI, Maria Angela. **Nutrição e Dietética: noções Básicas**. 11. ed. São Paulo: Ed. SENAC, 1995.116p.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989. 311p.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político- institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, suppl.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf>>. Acesso em : 08 mai. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.186p.

CANESQUI, Ana Maria. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares Socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Editora Hucitec: Fapesp, 2007 a. p.87-110.

CANESQUI, Ana Maria. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares Socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Editora Hucitec: Fapesp, 2007 b. p. 19-52.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 136p.

COSTA, Gabriela M.C.. GUALDA, Dulce M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n.14, p.925-937, out/dez, 2010.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Cobertura de Estratégia Saúde da Família, prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* e cobertura de portadores de HAS e DM cadastrados no HIPERDIA em relação ao VIGITEL 2009 por município. **% Cobertura de ESF até abril de 2010 e cadastrados no HIPERDIA até maio de 2010**. Disponível em: <
http://dab.saude.gov.br/cnhd/campanha_deteccao.php. Acesso em: 10 out. 2010.

DANIEL, Junbla Maria Pimentel; CRAVO, Veraluz Zicarelli. Valor Social e Cultural da Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.57-68. (Coleção Antropologia e Saúde)

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Estabelecimentos de saúde do município de Juazeiro do Norte, Ceará. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=23&VMun=230730&VComp=201012.> Acesso em: 24 abr. 2011.

DIB, Murilo et al. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. **Rev. Panam Salud Publica**. v.27, n.2,p. 125-131, 2010.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo et. al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Interface- Comun., Saúde, Educ., Botucatu**, v. 11, n. 23, p.515-29, set/dez, 2007.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr/jun, 1999.

FREITAS, Maria do Carmo Soares; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FONTES, Gardênia Abreu Vieira. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 31-38, 2011.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.1, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2010.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de. *Agonia da Fome*. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2003. 278p.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan, 2008.

FOUCAULT, M. Os corpos dóceis. FOUCAULT, M. In: **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 125-52.

GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antonio Luz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 176p.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. A antropologia aplicada às diferentes áreas da Nutrição. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 275-286. (Coleção Antropologia e Saúde)

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323p.

GOOD, Byron J. *Medicina, Racionalidad y Experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003. 375p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro, 2010. 222p.

KEARNEY, PM *et al*. Global burden of hypertension: analysis of world wide data. **Lancet**, v. 365, n.9455, p. 217-23, jan. 2005.

KLEINMAN, Arthur; EINSENBURG, Leon; GOOD, Byron. Culture, Illness, and Care: clinical lessons from anthropologic and Cross-Cultural Research. **FOCUS. The journal of lifelong learning in Psychiatry**, v. 4, n.1, p. 140-149, winter, 2006.

KURLANSKY, Mark. **Sal: uma história no mundo**. Tradução de Silvana Vieira. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004. 461p.

LIMA, Márcia Theophilo; BUCHER, Julia Sursis N. Ferro; LIMA, José Wellington de Oliveira. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1079-1087, jul-ago, 2004.

LIRA, Vasconcelos Geison; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde**, v.16, n.1/2, p.59-66, 2003.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v.43, n.2, p.343-350, 2009.

MACHADO, Neila Maria Viçosa et al. **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família**, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf> Acesso em: 09 mai. 2011.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.41, n.4, p.573-580, 2007.

MACIEL, Maria Eunice. Cultura e Alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? **Horiz. Antropol.** Porto Alegre, v.7, n.16, p. 145-156, dez. 2002.

MACIEL, Maria Eunice. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.49-56. (Coleção Antropologia e Saúde)

MATTOS, Priscila Fonte; NEVES, Alden dos Santos. A importância do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Práxis** ano 1, n.2, p.11-15, ago. 2009.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina M.; TREZZA, Maria C. S. Figueiredo. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. bras. enferm.** [online],v.58, n.3, p.290-295, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 269p.

MONTANARI, Massimo. Comida como Cultura. Tradução de Letícia Martins de Andrade. São Paulo: Senac, 2008. 207p.

MUNICÍPIO. **Dados sobre a cidade**. Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/index.php?Pasta=paginas_site&Pagina=pag_cidade&MenuDireito=1>. Acesso em: 16 jul. 2009 a.

MUNICÍPIO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Juazeiro do Norte de 2009 a 2013**, 2009 b.

NAKASATO, Miyoko. Sal e hipertensão. **Rev. Bras Hipertns.** V.11, n.2, p. 95-97, 2004.

OLIVEIRA, Silvana P. de; THIBAUD-MONY, Annie. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2., abr.1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2010.

PACHECO, Sandra Simone Moraes. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, Maria do Carmo Soares de; FONTES, Gardênia Abreu Vieira; OLIVEIRA, Nilce de (Org.). **Escritas e Narrativas sobre Alimentação de Cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. p.217-238.

PAIM, Jairnilson Silva. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994. 80p.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.587-604.

PÉRES, Denise S.; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.635-642, 2003.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; GENTIL, Patrícia Chaves. **A Iniciativa de incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes (f, l e v):** uma estratégia para abordagem intersetorial no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA-Brasil). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; RECINE, Elisabetta; CARVALHO, Maria de Fátima. **O que é uma alimentação saudável:** considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos.php>>. Acesso em: 06 jun. 2010.

PINHO, L. C. As tramas do discurso. In: Castelo Branco, G.; Baêta Neves, L. F. (Org.). **Michel Foucault:** da arqueologia do saber à estética da existência. Londrina/Rio de Janeiro: Nau, 1998.

RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B. Tecendo *Self* e Emoção nas Narrativas de Nervoso. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.187-204.

RICOEUR, Paul. **Do Texto à Ação:** Ensaios de Hermenêutica II. Tradução de Alcino Cartaxo e Maria José Sarabando. Porto: Rés, 1989. 400p.

ROMANELLI, Geraldo. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.39, n.3, p. 333-339, jul-set. 2006. (Simpósio: Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Cap. III)

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e Incapacidade Humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 475-483, mar. 2009.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2010.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n.4, p. 65-74, 2003.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.289-312.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n.3, p.423 -432, mai/jun. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In: **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, jan/fev/mar., 2010, p. 1-66.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface- Comunic., Saúde , Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez, 2006.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.3, p.3615-3624, 2010.

TEIXEIRA, Enéas Rangel et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.3,p.378-384, dez. 2006.

TRAD, Leny Alves Bonfim et. al. Itinerários terapêuticos face a hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 797-806, abr. 2010.

VELOSO, Iracema Santos; FREITAS, Maria do Carmo Soares de. A alimentação e as principais transformações no século XX: uma breve revisão. In: FREITAS, Maria do Carmo Soares de; FONTES, Gardênia Abreu Vieira; OLIVEIRA, Nilce de (Organizadoras). **Escritas e Narrativas sobre Alimentação de Cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. p.9-16.

ZUIN, Luís Fernando Soares; ZUIN, Poliana Bruno. Alimentação é cultura - aspectos históricos e culturais que envolvem a alimentação e o ato de se alimentar. **Nutrire:**

rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 34, n. 1, p. 225-241, abr. 2009.

WALKER, Daniel. **História da Independência de Juazeiro do Norte**. Juazeiro do Norte: HB Editora, 2010. 196p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).

**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica**

1. Caracterização do Sujeito
2. História da família e inserção no bairro
3. Estrutura familiar
4. Experiência do sujeito com Hipertensão Arterial
 - Processo de adoecimento e itinerário terapêutico
5. Tratamento dietético
 - Contextos alimentares cotidianos
 - Adequação da alimentação
 - Sal e HAS
6. Alimentação no controle da HAS
7. O cuidado na ESF: relação com os profissionais da saúde
8. Medo
9. Religiosidade

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para profissionais de saúde

1. Hipertensão Arterial Sistêmica e Estratégia Saúde da Família
 - Relevância do programa
 - Estratégias de identificação de prevalência; intervenção; controle; prevenção e promoção da saúde.
2. Cuidado aos pacientes com HAS na ESF
 - Caracterização da população atendida
 - Atendimento aos portadores de HAS
3. Tratamento nutricional da HAS
 - Abordagem do tratamento dietético
 - Reação do paciente frente ao tratamento
 - Relação paciente/profissional de saúde
4. Dificuldades na abordagem do tratamento dietético da HAS.

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
para os portadores de HAS**



**Universidade Federal da Bahia
Escola de Nutrição
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“Tratamento Dietético da Hipertensão Arterial Sistêmica: significados atribuídos por hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte-CE”**. O objetivo do trabalho é compreender os significados atribuídos ao tratamento dietético por portadores de hipertensão arterial atendidos por uma equipe de saúde da família do município de Juazeiro do Norte-CE. Para tanto, serão realizadas entrevistas gravadas.

Quero deixar claro que as informações sobre a sua pessoa ficarão sigilosas, digo em segredo e que seu nome em nenhum momento será divulgado. Caso se sinta constrangido em responder as perguntas da entrevista, você terá todo o direito de interrompê-la. Assim como tem todo o direito de não querer participar desta pesquisa.

É necessário esclarecer:

- Mesmo aceitando participar, se, por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem total liberdade para retirar o seu consentimento;
- Participar desta pesquisa não trará nenhum risco para você nem a terceiros.
- A continuidade do tratamento na Unidade de Saúde não será prejudicada, caso não queira participar da pesquisa.
- As entrevistas ficarão em poder do pesquisador e serão destruídas após um período de 2 (dois) anos.

Estou disponível para qualquer outro esclarecimento nos telefones: (88) 88219117/ (71) 92644703. Endereço: Rua Araújo Pinho, 32. Bairro: Canela, Salvador-BA. Email: augustapalacio@yahoo.com.br.

Caso queira reclamar sobre esta pesquisa, poderá dirigir-se pessoalmente a mim ou enviar reclamação para Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia: Rua Araújo Pinho, 32. Bairro: Canela, Salvador-BA. Telefone: (71) 3283-7704, email: cepnut@ufba.br.

Em face destes motivos, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Maria Augusta Vasconcelos Palácio
(pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____
_____ aceito participar da pesquisa intitulada **“TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO DO NORTE, CEARÁ”**, desenvolvida por Maria Augusta Vasconcelos Palácio, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Assinatura de entrevistado

Assinatura de Testemunha

Maria Augusta Vasconcelos Palácio (pesquisadora)

Responsável por aplicar o Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido

Data: ____/____/____

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de saúde



Universidade Federal da Bahia
Escola de Nutrição
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“Tratamento Dietético da Hipertensão Arterial Sistêmica: significados atribuídos por hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte-CE”**. Sua participação será de grande importância visto que, interessa-nos também, descrever a Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento dietético dos portadores de HAS.

Quero deixar claro que as informações sobre a sua pessoa ficarão sigilosas, digo em segredo e que seu nome em nenhum momento será divulgado. Caso se sinta constrangido em responder as perguntas da entrevista, você terá todo o direito de interrompê-la. Assim como tem todo o direito de não querer participar desta pesquisa.

É necessário esclarecer:

- Mesmo aceitando participar, se, por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem total liberdade para retirar o seu consentimento;
- Participar desta pesquisa não trará nenhum risco para você nem a terceiros.
- As entrevistas ficarão em poder do pesquisador e serão destruídas após um período de 2 (dois) anos.

Estou disponível para qualquer outro esclarecimento nos telefones: (88) 88219117/ (71) 92644703. Endereço: Rua Araújo Pinho, 32. Bairro: Canela, Salvador-BA. Email: augustapalacio@yahoo.com.br.

Caso queira reclamar sobre esta pesquisa, poderá dirigir-se pessoalmente a mim ou enviar reclamação para Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia: Rua Araújo Pinho, 32. Bairro: Canela, Salvador-BA. Telefone: (71) 3283-7704, email: cepnut@ufba.br.

Em face destes motivos, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Maria Augusta Vasconcelos Palácio
(pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____
_____ aceito participar da pesquisa intitulada **“TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO DO NORTE, CEARÁ”**, desenvolvida por Maria Augusta Vasconcelos Palácio, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Assinatura de entrevistado

Assinatura de Testemunha

Maria Augusta Vasconcelos Palácio (pesquisadora)

Responsável por aplicar o Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido

Data: ____/____/____

**APÊNDICE E – Ofício ao Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de
Saúde de Juazeiro do Norte-CE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
GABINETE DA DIREÇÃO
Rua Araújo Pinho, 32, Canela
40.110-150 Salvador, Bahia, Brasil
Tel: 71- 3283-7702 Fax: 71- 3283-7705
Email: diretora@ufba.br; enufba@ufba.br

Of. Nº 129/10-NUT

Salvador, 16 de junho de 2010.

À Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE
Departamento de Atenção Básica

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, através deste, solicitar à Coordenação de Atenção Básica desta SMS, autorização para realização da produção de dados do Projeto de Dissertação intitulado **“Tratamento Dietético da Hipertensão Arterial Sistêmica: significados atribuídos por hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará”**, desenvolvido pela mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde, **Maria Augusta Vasconcelos Palácio** e a Dr.^a Maria do Carmo Soares de Freitas (Orientadora).

A pesquisa tem como objetivo compreender os significados atribuídos ao tratamento dietético por portadores de HAS atendidos por uma equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte, Ceará.

Ressaltamos que a pesquisa obedecerá a todas as recomendações advindas da Resolução 196/96, referente a estudos envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,


Prof.^a Dr.^a Iracema Santos Veloso
Diretora

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO

ANEXO 1 - Autorização da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE

ESTADO DO CEARÁ

1



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Juazeiro do Norte, 14 de julho de 2010.

Ofício Nº. 84/2010 NG/SESAU

DA: Secretaria Municipal de Saúde

PARA: Universidade Federal da Bahia- Escola de Nutrição

Assunto: Autorização de pesquisa

Vimos através deste, informar que a Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, autoriza a realização da coleta dos dados do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado: "Tratamento Dietético da Hipertensão Arterial Sistêmica: significados atribuídos por hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde em Juazeiro do Norte, Ceará", desenvolvida pela mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde, Maria Augusta Vasconcelos Palácio e a Dra Maria do Carmo Soares de Freitas (Orientadora).

Atenciosamente,

Dra. Maria da Paz Andrade Monteiro
Assessora Técnica

Maria da Paz Andrade Monteiro
- Assessora Técnica - SESAU -
JUAZEIRO DO NORTE - CE



RUA JOSÉ MARROCOS, S/N, 63050-240
JUAZEIRO DO NORTE - CE
(88) 3571-2860



ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética d Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEPNUT
Rua Araújo Pinho, 32, Canela
40.110-150 Salvador, Bahia, Brasil
Tel: (71) 3283-7704. Fax: (71) 3283-7705

Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

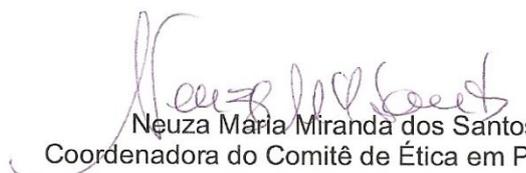
Projeto de Pesquisa: "Tratamento Dietético da Hipertensão Arterial Sistêmica: significados atribuídos por hipertensos atendidos pela estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará".

Pesquisador: Maria Augusta Vasconcelos Palácio
Área Temática: Grupo III
Parecer: 12/10

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 23 de agosto de 2010, resolveram pela aprovação do projeto. O pesquisador deverá seguir as orientações do parecer consubstanciado, bem como comunicar ao CEP a respeito do andamento da pesquisa através de relatórios anuais, conforme disposto na resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Situação: APROVADO

Salvador, 23 de agosto de 2010.


Neuz Maria Miranda dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Nutrição
Universidade Federal da Bahia