

Da pedagogicidade do cuidado ante a experiência de ser hipertenso

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia^(a)
Marize Bastos da Cunha^(b)

Maia OFLC, Cunha MB. The pedagogical care in a experience of being hypertensive. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1463-1474.

The article tries to contribute for popular education area in health, addressing the experience of care lived by people owners of the most frequent heart diseases reaching around 21% of brazilian population; the systemic arterial high pressure. The article is based in researches done with high blood pressure patients of a Primary Health Care Unit from the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. It aims to understand users build comprehension about experience of care from their life experience and culture in a dialogue with health statement conformed by the reality they have been facing in Health System the study uses procedures of qualitative methodology like open interviews and systematic observations. We have adopted as a criterion for the obtained information, relate them by proximity to the specifics goals of this study.

Keywords: Life-Change Events. Health Care. Hypertension.

O artigo busca contribuir para o campo da educação popular em saúde, abordando a experiência do cuidado, vivenciada por usuários portadores daquela que é a mais frequente das doenças cardiovasculares e que atinge aproximadamente 21% da população brasileira: a hipertensão arterial sistêmica. O artigo se fundamenta em pesquisa realizada junto a usuários hipertensos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Objetiva compreender as interpretações que os usuários constroem sobre a experiência do cuidado, a partir de sua experiência de vida e de sua cultura, e em diálogo com o testemunho de saúde, conformatado pela realidade com que eles se defrontam no Sistema Único de Saúde. O estudo recorre a procedimentos da metodologia qualitativa. Adotamos como critério para hierarquização das informações colhidas relacioná-las por ordem de aproximação aos principais objetivos deste estudo.

Palavras-chave: Acontecimentos que mudam a vida. Assistência à saúde. hipertensão.

^(a) Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ. Rua José Nunes Leal, 510, Juiz de Fora, Minas Gerais, 36030-230, Brasil. otaviolemosmaia@hotmail.com
^(b) Departamento de Endemias Samuel Pessoa, ENSP, FIOCRUZ. marizecunha@ensp.fiocruz.br.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores desafios para o campo da saúde pública e para o desenvolvimento do país nas próximas décadas. Correspondendo aproximadamente a dois terços das causas de mortes no Brasil, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e para o câncer, as DCNT são doenças que ameaçam a qualidade de vida de parcela significativa e crescente da população. E representam um alto custo para o sistema de saúde¹.

No caso, aqui estudado, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge aproximadamente 21% da população brasileira na atualidade². Entretanto, ainda é pequeno o número de hipertensos identificados e tratados adequadamente. Dentre aqueles que são diagnosticados, muitos desconhecem ser hipertensos, sendo que a maioria não busca tratamento. Cerca de metade dos que se tratam não apresentam a hipertensão arterial sob controle³.

Em resposta a tal desafio, considerando as dimensões da vigilância em saúde e de sua promoção, a educação se configura como um dos eixos centrais no enfrentamento da HAS, tanto no que se refere ao diagnóstico da doença, quanto na adesão ao tratamento. Com efeito, tendo em vista a conformação atual do Sistema Único de Saúde (SUS) e a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações educativas constituem um mediador fundamental no cuidado que deve ser centrado na pessoa, na família e no território.

No âmbito da educação popular em saúde, o desafio de enfrentamento da HAS significa ir ao encontro de uma perspectiva que conceba as ações educativas, em diálogo com as necessidades, experiências e cultura dos usuários do SUS.

A reflexão que trazemos busca, pois, aproximar-se desta perspectiva, abordando a experiência de ser hipertenso, vivenciada por usuários do SUS, tendo como local de estudo uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O estudo, resultado de uma pesquisa desenvolvida entre os anos de 2010 e 2012 e que deu origem à dissertação de mestrado⁴, está voltado para a compreensão das interpretações que os usuários constroem sobre o cuidado. Vasconcelos⁵, ao descrever o cotidiano de cuidado em um Centro de Saúde, discute as dificuldades que existem na relação entre o serviço de saúde e a população atendida.

Portanto, o presente trabalho tem como discussão central a experiência dos hipertensos, vivida em uma UAPS, bem como o diálogo com a própria experiência de vida, de forma a nos permitir reconhecer dimensões importantes do cuidado que não são consideradas nos trabalhos desenvolvidos a partir da ótica biomédica. Ao darem ênfase aos aspectos orgânicos do processo saúde e doença, tais trabalhos omitem a dimensão do sentido da qual se reveste esse processo – o corpo vivido é fonte e condição para nossa relação com o mundo⁶.

Ao localizarmos os usuários hipertensos, em sua relação com o serviço de APS, como sujeitos capazes de interpretar sua realidade e questionarem a mesma, a partir das percepções e sentidos disponibilizados pela cultura, buscamos, então, contribuir com o campo da educação popular em saúde – área em que se reconhece a importância da intercomunicação dos sujeitos que vivenciam o processo saúde e doença, bem como a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais⁷.

Se considerarmos com Freire⁷ que o ato de investigar e pensar do povo é o caminho para o entendimento do seu agir, tal fato é fundamental para nos aproximarmos de políticas públicas que estejam em diálogo com as necessidades da população e também com seus modos e experiências de vida, e, enfim, com suas formas culturais. Uma aproximação necessária para garantirmos efetivamente os direitos sociais é, dentre estes, o direito à saúde.

Pressupostos da pesquisa – o testemunho de saúde

Iniciamos destacando que temos por pressuposto o fato de que a experiência do cuidado comunica sentido à interpretação que usuários hipertensos têm sobre a saúde e a doença. A vivência do cuidado constitui o processo de formação do conhecimento daqueles que são atendidos pelo SUS.

No entanto, em busca de assistência diante de seu sofrimento, o que o usuário encontra na UAPS é a falta de medicamentos, morosidade no atendimento e um número de consultas insuficientes para

atender à demanda da população. Esta realidade, com a qual o usuário se depara, significa o que chamamos neste estudo de 'testemunho de saúde'.

Este termo se baseia na discussão de Paulo Freire⁷ sobre a relação entre opressor e oprimido. Segundo o autor, os oprimidos têm no opressor o seu testemunho de homem. Sendo levados, em alguns momentos, por conta da realidade que vivenciam, a reproduzem as ações que percebem naqueles que os vitimizam. Freire conclui que a realidade social é produto das ações dos homens, portanto, a superação de uma realidade opressora se torna tarefa dos homens e histórica.

Trazendo tal reflexão para o contexto da UAPS, consideramos que os usuários têm no cotidiano destas unidades um testemunho de saúde, que contribui para sua experiência do processo saúde e doença, e confere significado à sua vivência como hipertenso. Com efeito, o testemunho de saúde tem repercussão sobre a estrutura do pensar, que é condicionada pela contradição vivida na situação concreta, existencial, em que nos formamos⁷. A prática testemunhal em uma UAPS se expressa desde a forma de acolhimento, praticado pelo profissional de saúde, até a materialidade do espaço, comunicando, assim, um sentido aos usuários, que pode aproximá-los, ou afastá-los.

Cabe destacar que a UAPS é aqui concebida como espaço de cuidado, visto como "o espaço de negociações, das possibilidades e criatividades, onde as visões e percepções dos sujeitos que o vivenciam são postas em jogo"⁸. O espaço de cuidado é um lugar praticado. Ele se constitui do "efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais"⁹.

A situação de cuidado infere sobre os esquemas interpretativos dos quais os usuários dispõem para pensar sua realidade. Sendo assim, quando constamos o recuo de usuários hipertensos diante de propostas, como as de participação em grupos educativos, ou, então, as constantes faltas às consultas e a não adesão ao tratamento, devemos questionar sobre o que tem sido dito a eles pelas práticas testemunhais que vivenciam na experiência do cuidado: dieta, caminhada e lazer, por exemplo. Enfim, como os hipertensos têm respondido aos aconselhamentos dos profissionais de saúde? Qual o sentido dessas orientações em seu modo de vida e em suas formas culturais? Ou então, qual a legitimidade de discursos institucionalizados para aqueles que dependem do cuidado disponibilizado pelo SUS? Acreditamos que o testemunho de saúde não apenas referencia, mas dialoga e, muitas vezes, entra em confronto com a experiência de vida e perspectivas culturais daquele que se encontra sob os cuidados do SUS.

Tal argumento nos orienta na elaboração do nosso segundo pressuposto: concebemos que os esquemas interpretativos, através dos quais os usuários ressignificam o testemunho de saúde que encontram na UAPS, encontram-se referenciados em suas experiências de vida.

Alves, Rabelo e Souza⁶ apresentam discussão sobre o conceito de experiência, "que, de modo mais geral, expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo". Em uma perspectiva fenomenológica, os autores trazem a seguinte definição:

Um conceito empiricamente fiel de experiência tem que, primeiro reconhecer esse caráter multifacetado da pessoa - o fato de que a experiência do self, ou do self em relação ao outro, é continuamente ajustada e modulada pela circunstância. Segundo, conforme argumentou Dilthey, o conceito de experiência deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro, mas o que é idiossincrático, excepcional e singular. Terceiro, nossa noção de experiência deve reconhecer não apenas nosso senso de coisas substantivas e delimitadas, mas nosso senso do transitivo e não delimitado, se queremos evitar reduzir a experiência às ordens conceituais que impomos sobre ela. Finalmente, é imperativo reconhecer [...] o modo como os objetos da experiência tendem a fundir com as formas pelas quais esses objetos são vivenciados⁶.

Thompson¹⁰ argumenta que a experiência é uma "categoria indispensável", que compreende tanto a resposta mental, quanto emocional, dada por um indivíduo ou grupo social ao mundo real. Para ele:

[...] as pessoas não experimentam sua própria experiência apenas como ideias, no âmbito do pensamento e de seus procedimentos. Elas também experimentam sua experiência como sentimento e lidam com esses sentimentos na cultura¹⁰.

Sendo assim, assumimos o pressuposto que, se o espaço de cuidado e suas práticas comunicam um testemunho de saúde ao usuário, este testemunho é lido segundo os esquemas culturais daquele que está sob cuidado e mediado por sua experiência de vida. Desta forma, testemunho de saúde, cultura e experiência estão em relação no cotidiano da UAPS e na vida do hipertenso.

Metodologia

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, que tem o seu serviço de APS constituído por 58 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Como recorte, foi pesquisada uma UAPS que, enquanto política de cuidado, pauta-se pelas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os sujeitos do estudo são usuários ligados à linha de cuidado para hipertensos da UAPS escolhida. Contudo, ao longo da pesquisa, dialogamos também com os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, a fim de melhor nos aproximarmos da experiência do cuidado, que é perpassada pela relação que se dá entre os sujeitos que a vivenciam.

O cuidado à hipertensão está relacionado com a mudança de hábitos de vida. Hábitos que se organizam culturalmente, sob específicas condições materiais de existência. Sendo assim, ao selecionarmos usuários hipertensos da classe popular, temos a oportunidade de pensar a repercussão que aconselhamentos de saúde têm tido em contextos de vulnerabilidade social, onde as limitações de ordem material costumam restringir escolhas quanto à adoção de estilos de vida considerados saudáveis.

A pesquisa se realizou em duas etapas. Em um primeiro momento foi feito o levantamento documental, em que coletamos os dados da UAPS pesquisada e das localidades por ela atingida. Tal procedimento subsidiou uma sistematização e análise, produzindo resultados acerca do contexto de estudo.

A UAPS tem sob sua responsabilidade o cuidado de moradores de cinco distintas localidades. Número que transgride a prescrição do Ministério da Saúde, que preconiza para cada UAPS o número máximo de três equipes de saúde da família. Conforme dados disponibilizados pela Secretária de Saúde do município^(c), essas cinco localidades têm uma população estimada de 13.423 pessoas.

São distintas as condições de vida dos usuários que fazem uso do serviço da UAPS. Percebemos claramente que, dentre as cinco localidades, uma delas se encontra em expressiva desvantagem socioeconômica. Presumimos que muitos dos usuários dessa comunidade sequer saberão se são hipertensos, mesmo com a existência de uma política de saúde que prevê, em suas diretrizes, visitas domiciliares e trabalhos investigativos.

Ser morador de uma comunidade, onde vivem pessoas com baixa renda, sem saneamento básico e menor nível de escolaridade, pode desfavorecer a oportunidade de ser cuidado. A origem social é, portanto, um determinante no agravamento das condições de saúde.

Neste artigo, priorizamos os resultados da segunda etapa da investigação, oriundos do trabalho de campo, onde, considerando o tema e sua abordagem socioantropológica, recorreremos a procedimentos da metodologia qualitativa: realização de observação participante na UAPS; visitas às cinco localidades atendidas pela UAPS; acompanhamento dos grupos educativos destinados aos hipertensos, realizados em duas igrejas da comunidade; entrevistas com os usuários hipertensos nos espaços de realização dos grupos educativos, bem como em suas casas, ou na UAPS, enquanto aguardavam por atendimento.

^(c) A Secretaria de Saúde do município nos disponibilizou o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) – Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2011.

A observação participante nos permitiu examinar a relação do usuário hipertenso com o espaço de cuidado, a postura corporal, as normas de condutas explícitas e implícitas, o tom de voz, e como suas ações se relacionam com o que eles nos dizem que fazem e os diferentes momentos do seu agir¹¹. Arelado à observação participante, fizemos uso do diário de campo onde registramos os dados coletados, que serviu como instrumento de subsídio para o processo interpretativo.

Nas entrevistas abertas, guiadas por um roteiro pontuado pelas questões previamente estabelecidas, de acordo com a problemática central do estudo¹², abordamos doze usuários hipertensos, aqui identificados, respectivamente, como h1, h2, h3, h4, h5, h6, h7, h8, h9, h10, h11 e h12. As entrevistas foram enriquecidas com conversações informais, tanto na UAPS e na observação do cotidiano de cuidado, quanto nos percursos dos usuários, e fora ou dentro de suas localidades, como, por exemplo, nos pontos de ônibus, ou em algum estabelecimento comercial da comunidade. À essas pessoas, nos referiremos apenas como usuários.

Quanto às entrevistas feitas com os profissionais de saúde, elas se deram na UAPS. A escolha dos entrevistados teve como critério a disponibilidade para concessão da entrevista e o tempo de trabalho na UAPS, acima de um ano, considerando-se o tempo de convívio no espaço de cuidado, como elemento de compreensão da sua dinâmica de funcionamento. Os profissionais são identificados pela sigla PS.

A leitura do diário de campo e das entrevistas proporcionou uma confrontação e sistematização dos dados, o que ocorreu sob os seguintes procedimentos: diante da massa de dados, adotamos, como critério para hierarquização das informações colhidas, relacioná-las por ordem de aproximação aos principais objetivos deste estudo. Esse processo interpretativo foi auxiliado pela literatura das Ciências Sociais e Saúde Pública.

Ressaltamos que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e que seguimos os padrões éticos de pesquisa com os seres humanos.

Da pedagogicidade do espaço

A organização do espaço de cuidado, que caracteriza o que chamamos neste estudo de testemunho de saúde, comunica a distância que existe entre os sujeitos que o constitui – a distância física referenciada pela distância cultural. Os limites e as fronteiras da relação entre UAPS e comunidade ganham formas. As grades da janelinha da farmácia, a portaria de vidro, bem como toda a aparência do espaço de cuidado, tornam-se símbolos do SUS, onde de alguma maneira são “armazenados” os significados de ser cuidado, sentidos pelos usuários da UAPS¹³.

No presente trabalho, o uso da categoria testemunho de saúde tem por objetivo compreender o que tem sido comunicado pelo cotidiano de cuidado da UAPS aos usuários hipertensos. É nesse sentido, que nos voltamos para a compreensão da materialidade do espaço de cuidado, que testemunha aos usuários uma realidade a ser interpretada.

Em sua materialidade, o espaço de cuidado da UAPS pesquisada é constituído de uma área ampla, com móveis, em sua grande maioria, na cor branca, referenciando um ambiente de cuidado. As paredes, em seu lado externo, encontram-se sob má conservação, precisando de pintura. As cadeiras usadas na sala de espera são desconfortáveis e as salas são pequenas, sendo que algumas chegam à condição de apertadas.

Nas paredes internas da UAPS, estão fixados diversos cartazes onde se veiculam informações como o quadro de funcionários, os horários de funcionamento do serviço de saúde, a definição do que é hanseníase.

Nesse espaço, inscrevem-se a maneira como é gerido o cuidado institucionalizado. Do lado de fora, a má conservação das paredes nos oferece indícios para compreensão da maneira com que se tratam recursos e espaços públicos em nossa sociedade. O lado interno onde os cartazes disputam cada canto da parede parece revelar a desorganização do cotidiano de cuidado, onde são permitidas práticas de descuido e desrespeito ao usuário, como, por exemplo, passar horas em uma fila e não saber se será atendido. Com efeito, as estruturas físicas do espaço de cuidado trazem em sua estaticidade muito daquilo que figura na dinâmica do nosso sistema relacional.

Durante o trabalho de campo, identificamos situações em que essa dinâmica se tornou evidente. A organização do espaço de cuidado se apresenta ao usuário como dificuldade ante a busca pelo atendimento. Uma dessas situações é a presença do porteiro na portaria que garante acesso aos consultórios médicos. Constatamos que a portaria, sob vigilância, simboliza aos usuários o quanto é difícil chegar ao médico, ou – quem sabe? – conseguir uma consulta. O usuário, enquanto espera pelo atendimento, é vigiado.

Tal situação de controle, em que se policia o espaço, faz com que o usuário experiencie uma antipatia quanto ao espaço de cuidado. Nossas entrevistas e conversas informais indicaram que esse usuário entende que a dinâmica de funcionamento da UAPS se configura de maneira desrespeitosa ao seu estado de sofrimento – a sua condição de hipertenso.

O usuário estima por um acolhimento constituído por gestos que comuniquem afetuosidade e amizade. Ao chegar à UAPS, anseia por um tratamento e que seja tratado como conhecido, uma pessoa íntima; almeja por um encontro do qual estejam dispensadas as formalidades, as normas de organização que caracterizam o espaço público, “que é, em princípio, negativo, porque tem um ponto de vista autoritário, impositivo, falho, fundado no descaso e na linguagem da lei”¹⁴. Linguagem esta, da qual os profissionais de saúde lançam mão para estabelecer sua comunicação com a comunidade, principalmente em momentos nos quais percebem a necessidade de afirmar as regras que direcionam o funcionamento da UAPS e que, portanto, devem ser respeitadas e seguidas, independentes das particularidades que possa haver quanto ao problema de saúde do usuário.

O processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é regido por critérios que prestigiam a situação de dependência, enquanto forma de legitimar atos de mando e condicionamento, de uma das partes em relação à outra. A distância social e cultural que existe entre esses sujeitos, bem como a que vigora entre saberes, orienta a organização do espaço de cuidado.

Freire¹⁵ nos apresenta uma discussão sobre a pedagogicidade do espaço, onde defende que a natureza testemunhal do espaço, constituída da sua organização e dos objetos nele usados, comunica discursos àqueles que o vivenciam:

É incrível que não imaginemos a significação do “discurso” formador que faz uma escola respeitada em seu espaço. A eloquência do discurso “pronunciado” na e pela limpeza do chão, na boniteza das salas, na higiene dos sanitários, nas flores que adornam. Há uma pedagogicidade indiscutível na materialidade do espaço¹⁵.

O espaço de cuidado, onde se manifesta o testemunho de saúde, sugere ao usuário que ele não tem direito a um atendimento com qualidade. “Negócio é feio, moço!”, dizia-me uma senhora hipertensa, usuária da UAPS, sobre a dificuldade que o pobre enfrenta para conseguir cuidar da saúde. As imperfeições com as quais nos deparamos no serviço público de saúde são experimentadas como sentimentos, sentidos coletivamente. A indiferença é cotidianamente lecionada no espaço de cuidado. Vale ressaltar que essa vivência, entretanto, é rasurada e questionada pelo usuário.

O testemunho de saúde, que se apresenta ao usuário na UAPS, também se constitui de práticas de cuidado perpassadas pelo afeto e pela solidariedade e não o deforma, nem o disciplina; antes, a concretude de que se faz a realidade em saúde, sugere ao hipertenso, em sua busca pelo cuidado, a apoiar-se em táticas e a buscar por atalhos. Isto favorece, assim, sua inventividade, instrumentalizando-o, incitando à bricolagem e deixando lições que o estimulam a encontrar saídas diante dos apertos da vida. O sentido que a cultura a qual pertencem empresta a estes acontecimentos é manipulado pela capacidade inventiva desses sujeitos sociais, que sabem como ninguém, e a vida foi quem lhes ensinou isso, tirar proveito do outro, fazer uso daquelas táticas das quais De Certeau⁹ nos fala, onde os questionamentos não se anunciam pela convencionalidade, antes por uma inventividade que sabe se aproveitar das circunstâncias: “Quando um médico não fala direito comigo, sabe o que eu faço? Não tomo o remédio que ele me passou. Como eu posso acreditar numa pessoa que me trata assim?” (usuário). E se, porventura, o doutor pensa que, ao cometer esse ato, a usuária investe contra si própria deixando de se cuidar, ela garante que até hoje agir assim nunca lhe fez mal.

O bem e o mal: o processo saúde e doença sob pontos de vista

Buscando responder a experiência do cuidado do usuário hipertenso e a interpretação que ele constrói sobre tal experiência, começamos por indagar: o que ele compreende como saúde? Qual a relação entre tal concepção e a organização que fazem do cuidado à HAS? E, ainda, de que maneira a experiência do cuidado tem repercutido sobre o entendimento quanto ao que seja saúde?

As entrevistas e conversas informais realizadas nos apontam que a saúde “é Deus quem dá”. A saúde é um bem, o corpo é obra de Deus. Foi ele quem o fez. Com efeito, esta é uma crença que perpassa o imaginário social da sociedade brasileira e que ganha contornos simbólicos específicos em determinados contextos. Desejar saúde é um costume entre nós. Não é assim? Que manifestamos nossos votos nas datas de aniversários, no momento do nascimento: “que Deus lhe dê muita saúde”!

O entendimento quanto ao que seja saúde tem repercussão sobre os posicionamentos tidos pelo usuário hipertenso ante o quadro de agravamento da enfermidade. A hipertensão, doença crônica, cotidianamente é descrita pelos profissionais da UAPS como problema de saúde que não tem cura, e que, portanto, é preciso tomar o remédio de controle da pressão por toda a vida. Levar a sério essas advertências feitas pelos profissionais de saúde, adotá-las, pode ocasionar atos de reconsideração sobre os pareceres culturais que convenciam o agir em saúde do usuário.

Desta forma, assumir-se hipertenso provoca uma reorganização nas categorias culturais que orientam o usuário em seu cuidado com a saúde. Inicia-se, então, um processo negociativo entre concepções que convencionalmente disponibilizam sentidos diferentes à manutenção da vida.

De um lado temos o saber médico, pautado pela cientificidade, que vai dizer ao usuário que, para que este viva com saúde, precisa tomar o remédio, fazer caminhada, “parar de comer torresmo” (PS). Enquanto que, pela outra parte, acredita-se que “é Deus quem sabe a hora em que a gente vai morrer” (usuário). A falta de saúde, segundo esta perspectiva, não seria consequente ao estilo de vida, a hábitos que, do ponto de vista médico, não são considerados saudáveis, mas, sim, à vontade de Deus. Para muitos dos usuários que entrevistamos, assumir-se enquanto hipertenso pode significar ter que romper com valores disponibilizados por sua cultura, que emprestam sentido ao seu viver.

A concepção que o usuário tem quanto à saúde – um bem que vem de Deus – pode apresentar indícios sobre algumas das razões pelas quais os trabalhos de prevenção, relacionados à promoção da saúde, costumam ser rejeitados pelos hipertensos. Evitar o torresmo, para não ter colesterol alto, e ficar com saúde, dica tão comum no aconselhamento do médico da família, sugere ao usuário que assuma o controle da sua saúde, tenha responsabilidade sobre seu corpo. A concepção biomédica entende a saúde como um bem a ser gerido pelo homem. Entretanto, o usuário acolhe a ideia que lhe afirma que a saúde não é consequência do trabalho do homem, do seu esforço e conhecimento. E então afirma: “Eu tenho a saúde que Deus me deu!” (usuário). A saúde é o Bem! Assumir a responsabilidade sobre sua saúde pode provocar certo desconforto àqueles que a concebem sob uma perspectiva de cunho religioso.

Uma das questões observadas ao longo da pesquisa foi que, quando a saúde falta, levando algum ente querido, ou deixando sequelas no corpo, “o corpo torto” (h9), o hipertenso identifica a sua perda como o Mal. E é aí que, interessantemente, a experiência de perder alguém próximo, por problema de pressão alta, pode levar o usuário a aderir ao tratamento, até então negligenciado e proposto pelo profissional de saúde. É quando ele recria suas categorias culturais relativas à saúde. E passa a considerar outros elementos na organização do seu cuidado. As ameaças que o doutor faz ganham sentido: “Se você não cuidar da pressão, você vai entrar em ‘óbito’” (h2). Podemos perceber, pois, que o usuário constrói seu saber referenciado pelas experiências que teve, nas lembranças que o acometem, ou – quem sabe? – nos aconselhamentos médicos, que, ante a perda de um ente por motivo de saúde, costumam ganhar força de profecia.

Apresentamos a experiência de um casal que perdeu o filho em consequência de uma doença crônica e que nos indica a maneira pela qual os usuários ressignificam suas experiências, combinando valores com informação.

Em uma das localidades atendidas pela UAPS, mora um casal de idosos. Conforme depoimento, coletado junto aos mesmos há aproximadamente vinte anos, eles fazem uso do serviço público de saúde da comunidade. Os dois são hipertensos e são acompanhados pela equipe de saúde da família. Há dois anos eles perderam o único filho, devido a complicações da diabetes. Durante a entrevista que realizamos com esse casal, em sua casa, a quase todo momento se referiam à doença que havia provocado a morte do filho, descrevendo-a como vilã, assassina silenciosa, um mal. Para o casal de hipertensos, a diabetes é o motivo da morte do filho, “se não fosse ela, ele estaria aqui” (h7). Essa experiência de ter o filho morto por uma doença, hoje motiva o casal, não somente a se cuidar quanto à hipertensão, como também a apregoar este cuidado.

As informações que, em algum momento, chegaram a eles quanto ao cuidado em saúde, mais especificamente relativas às doenças crônicas, fosse pela mídia ou pelos encontros com os profissionais de saúde, aconselhamentos médicos, grupos educativos permitiram ao casal ter acesso a um considerável conhecimento sobre o assunto. Entretanto, sabemos que a informação por si só não converte hábitos. É preciso que a elas sejam agregados valores, para que passem a fazer sentido, convertendo-se, então, em sentenças capazes de ditar posicionamentos.

A morte do filho comunicou à dimensão emotiva informações que o casal já conhecia quanto ao processo saúde e doença, mas que, naquele momento, foram reavaliadas e, então, ressignificadas. O que queremos dizer é que, ante a uma circunstancialidade, nesse caso, a perda do ente, o tema saúde, na vida desse casal, passou por rearranjos estruturais, fazendo com que o ato de cuidar da pressão alta deixasse de ser visto, e entendido, como prática sem importância, “conversa de médico” (usuário).

As experiências atualizam, pois, as categorias culturais, reveem o valor que outrora atribuíram a determinadas informações, aos fatos concretos da vida. Leva-nos a revisitar conceitos, deixando-nos em condições de ampliá-los, ou – quem sabe? – de lançar mão daquilo que um dia não teve significado – “mudanças pequenas e cumulativas capazes de remodelar a face de grandes instituições”, neste caso, o SUS¹⁶.

Descobrir-se hipertenso

Quase sempre é por volta dos cinquenta anos, chegando aos sessenta, que o usuário se descobre hipertenso. A maioria daqueles que foram entrevistados e observados neste estudo relatam ter descoberto que tinham pressão alta há menos de dez anos. Alguns fatores devem ser levados em conta para que uma determinada pessoa alcance o diagnóstico médico concernente ao seu estado de saúde. Dentre eles, cabe aqui destacar a disponibilidade de tempo, ou mesmo as dificuldades de deslocamento, para ir a um serviço de saúde, tão logo surjam os primeiros sintomas da doença. Outro fator é a impressão que a população tem em relação ao sistema público de saúde – impressão que não é única; há aqueles que admiram o SUS –, o que tende a influenciar, de maneira decisiva, a procura pelo mesmo.

O diagnóstico da HAS nem sempre é um achado do profissional de medicina ou da enfermagem. Quando o morador da comunidade começa a sentir a vista piscando, “uma dor danada na nuca” (h12), dentre outras sensações corpóreas pouco comuns, ele costumeiramente se dirige a um conhecido, que pode ser alguém da própria família, do seu local de trabalho, ou então, um vizinho. Nesses momentos, geralmente é oferecido ao acometido pela dor, que lhe provoca medo – “medo de morrer antes da hora” (h12) –, algum medicamento que pode ser industrializado. Ou, ainda, uma simpatia, algum chá, e até mesmo o conselho de ir à UAPS.

Quando o adoentado obtém alívio para seu sofrimento, a partir do chá, ou da simpatia, dentre outros recursos que não aqueles específicos da biomedicina, dificilmente o mesmo se encaminhará à UAPS para averiguar se o que o vizinho ou o parente falou estava certo, ou não. A busca pelo atendimento em um serviço público de saúde pode vir a ser evitada até o último momento pelo usuário. Isto porque, nas localidades, a imagem que vigora do SUS, da UAPS, que ganha forma de sentimentos sociais, e remete à dificuldade, bem como a incerteza é: “aquele trem não presta pra nada, não” (usuário).

A maneira como se organiza o serviço público de saúde tem comunicado aos seus usuários sentidos que se tornam referências em eventos de adoecimento. Possivelmente, este é um dos motivos capazes de nos levar à compreensão quanto ao porquê de o usuário vir a descobrir-se hipertenso de maneira tardia – “eu só venho aqui (UAPS) quando não tem mais jeito” (usuário).

Em outros casos, a descoberta da hipertensão acontece “meio por acaso” (PS). Uma profissional de medicina, que tivemos a oportunidade de entrevistar, neste estudo, nos relatou uma das maneiras pelas quais o morador da comunidade virá, a saber, que é hipertenso. Ela nos conta ser muito comum o usuário marcar uma consulta relativa a um determinado problema de saúde, sem relação com a HAS e, durante a aferição da pressão arterial, medida comum em uma consulta médica, verificar-se que a medida encontrada indicia um possível caso de HAS. De acordo com a profissional, normalmente os usuários que vivenciam situação semelhante a esta são homens que, conforme ela mesma os descreve, “quase não aparecem aqui (UAPS)” e que têm trabalho fixo, com carteira assinada. Faltar ao trabalho para fazer a consulta de rotina, dificilmente será aceito pelo empregador. É então, quando o corpo não suporta mais, que essa pessoa acaba parando em um consultório médico, para, assim, descobrir-se hipertenso.

As sensações corpóreas desconhecidas que acometem o usuário lhe causam desconforto, podendo afastá-lo de sua rotina diária. Dentre uma das maiores preocupações de pessoas que pertencem às classes populares, o que é o caso de boa parte dos usuários atendidos pela UAPS pesquisada, está a possibilidade de faltar ao trabalho, principalmente para aqueles que são trabalhadores informais. O fato representa um desconcerto no já comprometido orçamento familiar. Diaristas, vendedores ambulantes, pedreiros, quase sempre, não contribuem para previdência social, pois não sobra dinheiro para tanto. Sendo assim, quando adoecem e perdem a força física, deixam de ter dinheiro: “se não trabalho, não ganho”, afirma um usuário. Como sabemos, ficar doente é mais drástico para os mais pobres. Tanto por causa das ineficiências que ainda persistem no sistema público de saúde local, onde essas pessoas são atendidas, como também pela repercussão que a enfermidade tem na organização de suas vidas.

Ao longo das entrevistas, foi possível identificar que experiências passadas, com o processo de adoecimento, deixaram marcas que não se reduzem à dimensão corpórea. Elas tiveram impacto no conhecimento produzido pelo usuário, ao qual ele recorre na organização do seu agir em relação à saúde. Um conhecimento que, portanto, caracteriza-se por apresentar “caráter fluido e processual”⁶.

A “dor esquisita na cabeça” (usuário), assim como as pontadas no peito, comunica medo ao usuário, que logo antevê as implicações de estar com uma doença grave, que lhe tire a força, o seu “ganha pão”, que o obrigue a ir ao SUS e depender “daqueles médicos do posto” (usuário).

Um caso que se destacou ao longo da pesquisa e que nos dá pistas sobre as necessidades e expectativas dos usuários, quanto ao cuidado, diz respeito a uma senhora, de 62 anos de idade, moradora da localidade mais carente dentre as cinco que são atendidas pela UAPS. Conversamos com ela na UAPS, enquanto aguardava pelo atendimento acompanhada da neta, bem como no momento posterior à consulta.

A hipertensa estava inquieta, aparentando cansaço após uma caminhada de quase uma hora, sob o calor forte do sol, a fim de chegar à UAPS. E não parava de queixar-se. Porém, esta queixa procedia, não da intensidade da dor que a acometia, e sim, do fato de não entender o que estava acontecendo, pois precisava dar nome àquelas sensações, que a acometiam desde o começo do dia, conforme nos relatou. Com efeito, cabe destacar que, queixar-se quanto ao corpo, do problema de saúde, e sobre a pontada no peito, não é tão comum no espaço de cuidado. As reclamações de uma maneira geral, se remetem ao tempo de espera, que segundo os usuários da UAPS é muito demorado, “a gente cansa de ficar aqui”, declara um usuário.

Segundo a usuária, sua inquietude quanto às alterações do estado funcional do seu corpo poderiam ser respondidas na UAPS, pelo médico da família. Contudo, naquele dia, sequer ela viria a ter acesso a ele, pois ao ter sua pressão arterial aferida pela técnica de enfermagem, esta constatou que a senhora estava com a pressão boa e que poderia voltar na segunda-feira à UAPS para, então, marcar uma consulta com o médico de sua área.

As perguntas específicas que a usuária tinha para fazer ao médico eram: “[...] Por que minha veia tá pulando? [...] O que tá acontecendo com o meu coração? [...] o sangue tá querendo passar para o

outro lado, mas não consegue.” A incapacidade de saber o que está sentindo representa um momento de sofrimento para o usuário. Ele é, então, tomado pela ansiedade e pelo medo, construindo nessas situações reflexões sobre a vida e a morte. O seu corpo é identificado como o mediador entre esses dois mundos e assume importância relacional. Entendê-lo passa a fazer sentido, ante a manifestação de sensações corpóreas irreconhecíveis e, desta forma, desconfortáveis e inquietantes.

Essa senhora sabe que é hipertensa, não segue o tratamento proposto pelos médicos com os quais já consultou. pois, segundo a mesma, “os remédios não funcionam muito bem” e existem médicos “que nem coloca a mão na gente”. O cuidado que encontra no SUS não parece atraente para ela que espera por uma maior atenção dos profissionais de saúde. Quer um médico que, durante a consulta, possa ficar conversando com ela por um bom tempo. Ela sente que precisa contar ao doutor tudo o que acontece, busca por afetividade e algumas respostas.

Esse cuidado esperado se forma no imaginário de uma determinada cultura, que fabrica sentidos que se empregam a ocasiões do viver. Quando busca por um doutor atencioso, a usuária se remete ao seu mundo, a suas crenças e experiências diárias. Essas, entretanto, não são reconhecidas pela organização do cuidado institucionalizado, mesmo no caso de uma política de saúde, como a ESF, que apregoa em suas diretrizes o reconhecimento da cultural local, como fator determinante no processo saúde e doença.

O cuidado que vai ser dispensado ao usuário, que chega à UAPS, forma-se a partir de um processo em que as condições de trabalho são assimiladas pelos profissionais de saúde, comunicando sentido às suas práticas: “trata-se do enfrentamento da precariedade por meio da resignificação de experiências e padrões culturais”¹⁷.

O tempo de uma consulta é calculado, dividindo-se os minutos de trabalho relativos ao início das atividades até o intervalo para o almoço, ou da reabertura da UAPS, após o horário de almoço ao término das atividades, pelo número de usuários que aguardam por uma consulta. Enquanto atende a estes usuários, que tiveram seu tempo de consulta calculado, o doutor precisa rever o que o protocolo médico diz quanto a determinadas condutas e considerar o tempo de espera, que o usuário provavelmente deverá ter que enfrentar para conseguir a marcação de um determinado exame.

As limitações estruturais do sistema público de saúde repercutem na maneira pela qual o cotidiano do cuidado é organizado e interpretado por aqueles que o vivenciam, “o buraco já está no disco” (PS). Com esta afirmativa, a agente comunitária de saúde se refere ao quanto as más condições de trabalho são intrínsecas ao SUS e, assim, reconhece que todo o seu empenho em ser uma boa profissional não pode levar muita coisa a mudar. O que implica ao usuário, morador de uma comunidade que se encontra sob os cuidados do SUS, ter comprometido o acesso ao diagnóstico do problema de saúde que o acomete. Seja por motivos concernentes à incompletude da assistência dispensada pelo serviço público de saúde, seja pelas relações de trabalho presente em nossa sociedade, em que, ao trabalhador, vez ou outra, é negado o direito de ir ao médico.

Considerações finais

Privar-se do torresmo ou daquela manteiguinha, tão usados em algumas regiões do interior de Minas Gerais, dificilmente acontecerá a partir de palestras realizadas pelos profissionais de saúde, ilustradas por metáforas e organizadas sob o tom de ameaça.

O discurso médico pode chegar ao usuário como uma afronta à sua história de vida. O conhecimento é arraigado em nosso ser por sentimentos, pois muito do que sabemos e acreditamos nos foi lecionado por uma pedagogia não expressa, silenciosa e muda; aquilo que Bourdieu¹⁸, em sua discussão sobre o mundo de origem e sua relação com as escolhas mais comuns da existência cotidiana, chama de aprendizagens precoces. E, mais do que palavras, nos foram transmitidos valores e sentidos.

O usuário está apegado à sua maneira de comer e de viver; romper com isto implica resignificar sua existência. Reescrever hábitos tem mais a ver com a convencionalidade da cultura do que com esforços individuais.

O cuidado ao hipertenso, quando feito a partir das orientações epistemológicas do saber médico, sugere ao usuário que o mesmo tenha força de vontade para mudar seu estilo de vida e cuidar da pressão alta, da sua saúde, da maneira como se deve cuidar, seguindo o tratamento proposto. O que pode significar para o usuário pedir muito. Pois o mesmo, ao receber esses aconselhamentos, manipula-os, considerando o ritmo de sua vida, que em seu curso, entre idas e vindas, é suscetível de agregar novos valores e saberes – símbolos ancorados num contexto ganham sempre novas significações, à medida que se produzem similitudes e contrastes na sua extensão para novos contextos¹⁹. Ante o testemunho de saúde, o usuário recorre a lembranças, apegos, interesses e sentimentos contraídos no encontro com os profissionais de saúde. Mas também, para se entender, ele visita seu mundo, sua cultura, dialoga com seu contexto de vida.

Experiência e cultura estão em processo dialético na vivência do cuidado. As convenções são feitas a partir das invenções do usuário ante a circunstancialidade do curso da vida. São biografias, perpassadas por separações, maridos carinhosos, a morte de um filho, eventos que sugerem ao usuário hipertenso rasurar a convencionalidade da cultura do cuidado institucionalizado, que vigora no imaginário social.

A experiência de ser cuidado pode ser traumática, desmoralizante. Para alguns, nem chegamos a condições neste estudo de concluir se tal percepção é recorrente à maior parte dos usuários do sistema público de saúde. Todavia, o mesmo nos permitiu conhecer pessoas extremamente satisfeitas com o cuidado da UAPS, as quais não pouparam elogios à assistência recebida. As experiências são múltiplas, bem como as biografias dos sujeitos que as vivenciam, que o sistema público de “saúde-tal-como-vivido”, quase sempre destoa da lei perfeita do papel, reservando, assim, a possibilidade de outros entendimentos.

Referências

1. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):62-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100008>
3. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1029-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400018>
4. Maia OFLC. Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
5. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2008.
6. Alves PCB, Rabelo MCM, Souza IM. A experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
7. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
8. Bonet OAR, Fátima RGT. O cuidado como metáforas nas redes da prática terapêutica. In: Roseni P, Ruben AM, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 263-77.
9. De Certeau M. A invenção do cotidiano. 16a ed. Petrópolis: Vozes; 2009. (A arte de fazer, vol 1)
10. Thompson EP. A miséria da teoria ou um planetário de erros. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
11. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
12. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1992.

13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
14. Damatta R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5a ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
16. Barth F. Cosmologies in the making: a generative approach to cultural variation in inner New Guinea. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. (Cambridge studies in social anthropology, vol 64)
17. Cunha MB, Frigotto G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2010;14(35):401-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000028>
18. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; 2008.
19. Wagner R. A invenção da cultura. São Paulo: Cosac Naify; 2010. (Ensaio).

Maia OFLC, Cunha MB. De la pedagogicidad de la atención ante la experiencia de ser hipertenso. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1463-1474.

El artículo busca contribuir en el campo de la educación popular en salud, abordando la experiencia del cuidado, vivida por usuarios portadores de una de las enfermedades cardiovasculares que es más frecuente, y que afecta aproximadamente al 21% de la población brasileña: la hipertensión arterial sistémica. El artículo se fundamenta en investigación realizada en usuarios hipertensos de una Unidad de Atención Primaria de la Salud, del municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Objetiva comprender las interpretaciones que los usuarios construyen sobre la experiencia del cuidado, a partir de su experiencia de vida y de su cultura, y a través del diálogo con el testimonio de la salud, conformado por la realidad que ellos enfrentan en el Sistema Único de Salud. El estudio recurre a procedimientos de la metodología cualitativa, como entrevistas abiertas y observación sistemática.

Palabras clave: Acontecimientos que cambian la vida. Asistencia a la salud. Hipertensión.

Recebido em 13/06/2013. Aprovado em 25/09/2014.