

*Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Doutorado em Saúde Pública*

*Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos
nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento*

Vidigal de Andrade Vieira

Tese apresentada à Comissão de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública, Área de Concentração em Informação e Saúde.

Suporte Financeiro: **F A P E M I G / M G**

Orientadores: *Prof. Dr. Luis David Castiel*

Profª. Drª. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2004

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

V657n Vieira, Vidigal de Andrade

Narrativas sobre hipertensão arterial e *diabetes mellitus*
e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em
grupos de aconselhamento. /

Vidigal de Andrade Vieira. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

135 p.

Orientadores: Castiel, Luis David e Cardoso, Maria
Helena Cabral de Almeida.

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública.

1. Hipertensão 2. Diabetes 3. Pressão Arterial
4. Aconselhamento 5. Idoso

CDD – 20. ed. – 616.132098151

DEDICATÓRIA

“O compromisso com a saúde e a qualidade de vida adquire uma nova radicalidade, no sentido de um confronto essencial com demandas e desafios que, embora não se restrinjam aos limites dos serviços de saúde, incorporam esses espaços assistenciais como um importante lócus de transformação e de garantia ao usufruto de direitos”. **Flávia Ramos**

Dedico o presente trabalho às pessoas hipertensas e diabéticas dos Grupos de Aconselhamento e Orientação sobre a Hipertensão Arterial e o *Diabetes Mellitus*, da cidade de Carangola/MG. Após onze anos de atividades com pessoas portadoras dessas doenças crônicas é lícito afirmar que houve aprendizagens de ambas as partes. No entanto, muito mais que os conhecimentos formais incorporados durante essa trajetória profissional, no nível pessoal se forjou o respeito pelos seus sofrimentos, a admiração pela sua determinação no enfrentamento de adversidades e a responsabilidade no compartilhamento e na luta pelos direitos que lhes são devidos. O presente estudo somente existe por que essas pessoas existem, não simplesmente como “doentes” ou “portadoras de doenças”, mas enquanto pessoas singulares que escrevem a sua própria história de vida, através de exemplos, de comportamentos e de narrativas sobre as suas enfermidades. Para essas pessoas, sim, os agradecimentos maiores e o compromisso em continuar a caminhada pessoal e profissional de forma solidária com as suas necessidades, com os seus anseios e com as suas conquistas. O presente estudo é especialmente dedicado a essas pessoas que sofrem, mas que também vivem, apesar da e com a doença, uma vez que tratar da hipertensão e do diabetes é também cuidar da vida, é reavaliar todas as dimensões do saber e do fazer pessoais.

A G R A D E C I M E N T O S

Inicialmente quero expressar o sincero reconhecimento aos meus orientadores Dr. Luis David Castiel e Dr^a. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso. Suas orientações foram de suma importância na estruturação do presente estudo.

Reconheço o apoio dos professores da ENSP/FIOCRUZ durante a participação em disciplinas do doutorado. Em especial os professores Dr. Carlos Machado de Freitas, Dr. Flávio Edler e Dr. Victor Vincent Valla.

Sou grato aos colegas e amigos do curso de doutorado, pela convivência e discussões enriquecedoras de temas relevantes para o presente trabalho, em especial Geanne, Márcia e Mônica.

Os meus agradecimentos aos funcionários da Secretaria Acadêmica e do Setor de Apoio Pedagógico da ENSP/FIOCRUZ pela atenção dispensada. Especialmente a Sr^a. Maria Cecília Gomes da Cruz, St^a. Tânia Amboulos, Sr^a Eva, Sr. Galvão e Sr. Leôncio.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Carangola e aos integrantes da Equipe de Saúde pelas condições proporcionadas para a realização das atividades com os grupos de aconselhamento sobre a hipertensão arterial.

Agradeço o apoio dos colegas da FAFILE, e de maneira especial, as Professoras Ivete Monteiro de Azevedo e Maria da Penha Ferreira de Assis.

Agradeço aos amigos César Corrêa Vidal, Jaime Flávio Valente, José Roberto Rodrigues, Kevin Durgin, Maria Cândida de Aquino Valle, Maria das Graças Louro Mota, Sandra Raposo Fidelis, e Sebastião Valente de Andrade. O suporte afetivo e a competência profissional foram fatores fundamentais para a execução desse empreendimento.

A secretária Marlene Moreira Pereira e às estagiárias de iniciação científica da FAFILE Elizabete da Silva Gomes e Mileane Andrade Azevedo.

Agradeço a FAPEMIG o suporte financeiro recebido na forma de bolsa de estudo para a realização do Doutorado.

Agradeço a Fundação FAFILE pela liberação parcial das aulas durante o período de realização do doutorado.

Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento

RESUMO

O presente estudo procurou investigar as percepções que as pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e de *Diabetes Mellitus* têm sobre elas, a partir de narrativas produzidas por idosos atendidos em grupos de aconselhamento. Partiu-se do princípio que a hipertensão e o diabetes apresentam uma complexa etiologia e uma multifatorialidade causal, envolvendo as diversas dimensões da vida cotidiana. Através dos espaços de convivência proporcionados pelas reuniões desses grupos de aconselhamento foi possível uma expressiva troca de experiências sobre as variadas formas de convivência e enfrentamento dessas doenças. Nesses grupos procurou-se estimular a relação entre os seus participantes e, a partir das suas prioridades, buscou-se estabelecer metas factíveis que favorecessem a implementação de novas redes de convivência e de ações práticas de intervenção em suas condições de vida. Através de momentos compartilhados nas reuniões desses grupos estruturou-se um espaço privilegiado para a expressão, apreensão e inteligibilidade das percepções sobre essas doenças. No presente estudo, optou-se pela pesquisa etnográfica, com a utilização da observação participante, para registrar as narrativas de pessoas hipertensas e diabéticas que participam de Grupos de Aconselhamento e Orientação para o tratamento da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus*, da Policlínica Municipal de Saúde, da cidade de Carangola/MG. Através de atividades realizadas durante as reuniões desses grupos, as pessoas puderam manifestar suas dúvidas e expressar seus temores e concepções acerca da hipertensão e do diabetes, bem como explicitar suas possibilidades pessoais para a implementação de ações terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; *Diabetes Mellitus*; Experiência de Doença; Grupos de Aconselhamento; Análise de Narrativas

*Narratives of arterial hypertension and diabetes mellitus and their perceptions
and understanding of peoples who participated in counseling groups*

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the perceptions and understanding of Systemic Arterial Hypertension and *Diabetes Mellitus* express from narratives produced by elderly who participated in counseling groups. The analysis is based that the hypertension and diabetes presents a complex factors associated and a widespread reasons, involving the several dimensions of the daily living. Through the proportionate coexistence spaces for the meetings of the groups of people is possible an expressive change of experiences on the varied coexistence forms and coping of that illness. In these counseling groups it tries to stimulate the people's interaction and, starting from their priorities, it is looked for to establish feasible objectives to implementation of new inter-personal relationships and of practical actions of intervention in their life conditions. Through shared circumstances in the meetings of those groups a privileged space is structured for the expression, apprehension and understanding of the perceptions on the illness. Taking into consideration how broad this subject is, an ethnographic study was designed this current research project. Participant observations were used to document the narratives of people who participated in Counseling and Orientation Groups for the treatment of Arterial Hypertension and *Diabetes Mellitus* from the Municipal General Polyclinic of Health in the city of Carangola, Minas Gerais, Brazil. Through activities accomplished in group counseling meetings, the people could reveal their doubts and express their fears and understanding of hypertension and diabetes, as well as express personal possibilities carrying out the therapeutic exercises proposed by the health professionals.

Key Words: Systemic Arterial Hypertension; *Diabetes Mellitus*; Experience of Illness;
Counseling Groups; Analysis of Narratives

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	. 02
CAPÍTULO 1	
. Breves considerações acerca da hipertensão arterial e do <i>diabetes mellitus</i>	. 16
. Os grupos de aconselhamento sobre a hipertensão arterial e o <i>diabetes mellitus</i>	. 20
CAPÍTULO 2	
. A arte da narrativa. Narrar para quem?	. 29
. Procedimentos metodológicos	. 33
CAPÍTULO 3	
. Resultados do trabalho de campo	. 40
. Percepções e significados sobre a hipertensão arterial e o <i>diabetes mellitus</i>	. 51
. Categorias sobre percepções acerca da hipertensão arterial e do <i>diabetes mellitus</i>	. 61
ALGUNS COMENTÁRIOS (IN)CONCLUSIVOS	. 117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	. 127

INTRODUÇÃO

Objetivos

O presente estudo relaciona-se com as percepções de pessoas hipertensas e diabéticas que participam de grupos de aconselhamento sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*. Para alcançar o entendimento acerca dos significados por elas atribuídos à doença foi utilizada a análise de suas narrativas, partindo do pressuposto de que essas exposições podem fornecer conhecimentos não apenas da doença, mas também de suas histórias de vida e de suas formas de interpretação da realidade.

Além disso, esse estudo pretende discutir os sentidos sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, buscando valorizar a linguagem narrativa enquanto possibilidade de troca de conhecimentos entre os diversos discursos e comportamentos envolvidos na convivência e no tratamento dessas doenças.

A ampliação de conhecimentos acerca dos diversos aspectos envolvendo a hipertensão e o diabetes deve contribuir para um significativo benefício na prevenção de eventos cardiovasculares e diabéticos, bem como também favorecer comportamentos preventivos e terapêuticos mais adequadas para o tratamento da hipertensão e do diabetes, tanto no nível individual quanto em ações de saúde pública.

Portanto, o objetivo geral do presente estudo visou a apreensão das percepções e significados acerca da hipertensão e do diabetes, formuladas por indivíduos hipertensos e diabéticos que participam das reuniões dos Grupos de Aconselhamento, Orientação e Controle da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus*, da Policlínica Municipal de Saúde, da cidade de Carangola / Minas Gerais.

Para alcançar esse objetivo, utilizou-se das seguintes estratégias:

1. Observação dos indivíduos hipertensos e diabéticos que participam de grupos de aconselhamento e registro das narrativas por eles produzidas acerca dessas doenças, procurando alcançar o entendimento das suas percepções sobre possíveis causas para elas e sobre as formas para o seu tratamento.

2. Articulação dos significados das percepções desses indivíduos hipertensos e diabéticos com suas atitudes e suas convivências diárias com essas doenças, na busca de alternativas para o redimensionamento do saber e do fazer sobre as mesmas.

Uma sociedade superlativa

A sociedade atual convive com complexas implicações em que fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes, gerando dificuldades com as explicações reducionistas e definitivas pretendidas por uma racionalidade científica positivista que se coloca, e se pretende, hegemônica.

Uma de suas principais características é a premência de tempo. As pessoas na atualidade vivem e convivem em uma “sociedade hiper-tensa”, com exacerbação superlativa não apenas para os indicadores da pressão arterial ou da saúde, mas para todas as dimensões da vida humana. Nesse modelo de sociedade, praticamente tudo é descartável, gerando um desejo exacerbado pelo consumo do novo. Diante de uma vida também regida pela “alta-tensão”, ou pela “hiper-pressão”, as variadas pressões do mundo se refletem no cotidiano, nos corpos, na saúde e na vida das pessoas. Como exemplo é possível mencionar a hiper-tensão profissional ou hiper-produção, a hiper-tensão estética, a hiper-tensão cultural, a hiper-tensão do tempo e a hiper-pressão sexual, dentre tantas outras.

Tudo é superlativo, mega ou giga, nessa sociedade digital e informatizada, com conseqüências importantes para a vida das pessoas e das populações. Nesse cenário como é possível manter a pressão arterial em níveis reduzidos ou “normais” e não sofrer as conseqüências físicas e psicológicas dessas variadas formas de hiper-pressão?

No entanto, concomitante a esta conjuntura superlativa, também se convive hoje com uma estrutura de “subs” – tais como sub-empregos, sub-moradias, sub-moralidades. Esse debate, predominantemente dialético e aparentemente contraditório, se instaura em todas as esferas da sociedade, com reflexos diretos para a vida das pessoas e das populações, e suas condições de saúde e de adoecimento.

Em uma época marcada por tantos contrastes, exige-se do ser humano um alinhamento, uma coerência ou afinamento com as idéias do modelo estabelecido, assim como que também seja protagonista de sua própria história de vida. No entanto, é bastante contraditório exigir que as pessoas que convivem em um mundo como o atual, consigam controlar a sua pressão

arterial diante de tantos argumentos que convidam a uma vida hiper-tudo, a ser vivida de forma intensa e imediata, incondicional e irrestrita.

Como definir o que é saúde, doença e normalidade diante dessa conjuntura superlativa da sociedade atual ou de uma hiper-tensão social? Como falar em qualidade de vida em um modelo social que se norteia por hiper-metas, praticamente impossíveis de serem alcançadas pela quase totalidade das pessoas e das populações?

Diante do exposto, torna-se necessário construir novas explicações e novos entendimentos que produzam conhecimentos diversificados e inter-relacionados com a realidade acerca dos pensamentos, percepções, valores crenças e comportamentos em todas as áreas do saber.

Implicações sobre as doenças crônicas

Em cada sociedade os diferentes grupos utilizam formas específicas de atenção, tradicionais ou populares, para solucionar problemas de saúde, sendo que a maioria delas está deixando de ser patrimônio de determinados setores sociais, econômicos ou étnicos. Na atual sociedade ocidental, apesar da hegemonia da biomedicina, observa-se uma enorme diversidade de procedimentos médicos, caracterizada por formas alternativas de atenção, não apenas para diferentes problemas, mas para um mesmo problema de saúde.

Associados a esses modos de atenção encontram-se outros processos, especialmente aqueles advindos da civilização oriental, que têm impulsionado uma diversidade de formas de cuidados com a saúde, algumas delas procurando ir além das ações sobre a doença e alcançar medidas para o resgate da saúde, assim como contemplar as diversas dimensões do processo de adoecimento humano, que não apenas o biológico (*Menéndez, 2003*).

Os valores, as crenças e os costumes associados à saúde e à doença fazem parte de uma complexa estrutura cultural, não podendo ser estudados de forma isolada, da mesma forma que não é possível compreender as reações das pessoas ao sofrimento, à doença, a outros infortúnios e à morte sem contextualizar o tipo de cultura em que foram educados ou assimilaram por convivência.

A presença da doença provoca uma reordenação dos valores pessoais, dos objetivos de vida e das percepções sobre o mundo. As mudanças impostas pela doença às pessoas e aos seus grupos sociais determinam o desenvolvimento de estratégias e papéis que implicam em

novas e diferentes experiências, com a finalidade de adaptações, registros e conexões mentais frente ao novo, tanto para os doentes quanto para os seus familiares.

O problema central que é colocado ao se assumir a inter-relação de aspectos sociais e cognitivos, e individuais e coletivos da doença se traduz em como se tornarem inteligíveis os processos pelos quais as práticas individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si e como agir sobre eles (*Alves, 1993*).

A doença crônica não afeta apenas as pessoas doentes, uma vez que envolve muitos e diversificados cuidados que demandam a participação e colaboração de outros componentes de suas famílias e de seus círculos de convivência. Esse quadro se agrava ainda mais quando da presença de morbidades em estágios mais avançados da doença, principalmente, aqueles relacionados com incapacidades físicas e comprometimentos psicológicos.

A longa e contínua convivência com uma doença crônica envolve escolhas, nem sempre possíveis de serem definidas individualmente para orientar o empenho no seu enfrentamento, no sentido de dominar, tolerar ou reduzir o conflito entre as demandas internas e as do meio ambiente.

Esses mecanismos utilizados para a solução de problemas não são, a priori, bons ou ruins, podendo servir para o bem estar psicológico naquele determinado momento, mesmo que não sejam os melhores a longo prazo, do ponto de vista adaptativo. Podem também funcionar para manter um certo controle e elevar o auto-conceito, algumas vezes com o objetivo de fugir do problema de forma imediata, desconsiderando as informações e suas conseqüências futuras.

Quando doentes, as pessoas esperam e procuram a solução para muitos outros problemas de suas vidas, freqüentemente convergidos e associados à doença. Dito de outra maneira, elas têm a expectativa de que, ao realizar o tratamento, esse possa resolver ou atenuar outros problemas de suas condições de vida, e não apenas controlar os sintomas da doença. A associação da doença com outros problemas merece ser bastante considerada, pois pode estar contribuindo para o abandono do tratamento, uma vez que se sentem frustradas e desamparadas diante de suas condições pessoais e sócio-econômicas, em função das impossibilidades de superação das mesmas.

No entanto, é bastante difícil agir sobre a complexidade do ambiente sociocultural, sobre as pessoas e os grupos. Investimentos em serviços sociais e ações nacionais de saúde envolvem interesses políticos, adequada organização pessoal e logística e elevado custo financeiro. Como conseqüência, observa-se o agravamento no quadro das doenças crônico-

degenerativas, especialmente, quando se refere à população de baixa renda, na qual as perspectivas tornam-se pouco promissoras para a sua solução (*Castiel, 1998*).

Duas grandes transformações na sociedade moderna ocasionaram profundas implicações para o setor da saúde. A primeira caracteriza-se pelo aumento percentual da população de idosos, fruto da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, e é conhecida como “transição demográfica”. A segunda diz respeito ao progressivo predomínio das doenças crônico-degenerativas e não-transmissíveis em relação às doenças infecciosas e parasitárias, e é denominada de “transição epidemiológica”. Esse perfil epidemiológico somado às profundas desigualdades nos níveis de saúde dos diferentes estratos da população brasileira e à inexistência de políticas públicas que interferem na profundidade dessas mudanças, concorre para a manutenção, e mesmo a ampliação, das desigualdades entre os grupos sociais (*Barreto & Carmo, 1998*).

A maior presença das doenças crônico-degenerativas nas populações coincide com o período de industrialização e de uma maciça urbanização populacional, características marcantes da época atual, com conseqüências diretas para a saúde das pessoas e das populações. Essas doenças apresentam uma história natural prolongada, uma multiplicidade cumulativa de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, um longo período de latência e de curso assintomático, um curso clínico em geral lento e prolongado, diversas manifestações clínicas com períodos de remissão e de recrudescimento e possibilidades de evolução para graus variados de morbidade ou para a morte (*Lessa, 1998*).

A hipertensão é um “fator de risco” bem estabelecido para todas as doenças cardiovasculares, particularmente para o acidente vascular cerebral. Sua prevalência gira em torno de 20% e grande parte das pessoas desconhece a sua condição, apenas 30% dos que se sabem hipertensos apresentam um controle adequado. No Brasil, apesar de não existirem estudos de prevalência com representatividade nacional e padronização adequada, os estudos localizados apontam para valores elevados da pressão arterial (*Olmos & Lotufo, 2002*).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos de 1960, sendo que nos dois principais centros urbanos do país, São Paulo e Rio de Janeiro, elas já representavam a principal causa desde os anos 40. A maior parte do benefício do tratamento da hipertensão e do diabetes advém da melhora na qualidade de vida, especialmente, pela redução da incidência de acidente vascular cerebral, pela menor magnitude na ocorrência de eventos coronarianos e perda da função renal, mas também pela redução da mortalidade total (*Polanczyk, 2002*).

Doenças cardiovasculares são também a maior causa de mortalidade quando associadas com o diabetes e a hipertensão é apontada como a principal responsável pelo aumento de ocorrência dessa doença. Pessoas hipertensas apresentam uma maior predisposição para desenvolverem o diabetes, existindo uma considerável evidência da co-morbidade dessas duas patologias. Em sentido inverso, o tratamento da hipertensão produz um significativo impacto para a proteção do desenvolvimento do diabetes (*Sowers et al., 2001*).

A hipertensão pode ser clinicamente classificada de duas maneiras: hipertensão arterial primária, sistêmica ou essencial (HAS, HA ou simplesmente hipertensão), que é uma manifestação isolada de causa desconhecida; e, hipertensão arterial secundária, uma manifestação decorrente de outras doenças tais como as nefropatias, coarctação da aorta e toxemia da gravidez, entre outras.

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente os seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. A classificação etiológica dos distúrbios glicêmicos é a seguinte: DM tipo 1 – resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e apresenta tendência à cetoacidose. Ocorre em cerca de 5 a 10% de diabéticos, prioritariamente em jovens; DM tipo 2 – Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina, e ocorre em 90% dos indivíduos diabéticos (*MS, 2002*).

A hipertensão e o diabetes são doenças crônicas, de caráter progressivo-degenerativo, atingindo vasos e órgãos nobres do corpo humano, como o cérebro, a retina, o coração e os rins, constituindo-se em fatores de grande importância na ocorrência de invalidez permanente e morte. No entanto, na maioria das pessoas a hipertensão é uma doença assintomática, dificultando o seu diagnóstico precoce e, na sua forma primária, constitui um autêntico problema de saúde pública, pois na quase totalidade dos casos não é possível reconhecer uma etiologia bem definida para a elevação da pressão arterial.

Diagnosticar a hipertensão não é apenas buscar um valor considerado como “normal” para a pressão arterial através da análise de distribuição desta variável, mas sim, conhecer o seu significado clínico para cada organismo ou população, de acordo com suas características particulares. E, diferentemente de uma situação momentânea ou traumática, o seu desenvolvimento ocorre de forma lenta, progressiva e silenciosa. Daí, a alcunha de “doença silenciosa” ou “assassina silenciosa” (*Lipp & Rocha, 1994*).

O seu diagnóstico encontra-se freqüentemente associado à presença de um fator traumático, sendo difícil precisar a sua origem e o tempo de sua instalação no organismo, assim como prever com exatidão a probabilidade de sua ocorrência. Porém, em muitos casos a sua descoberta ocorre de forma casual e sem a presença de uma queixa específica, sendo constatada através de exames periódicos de saúde, em exames pré-cirúrgicos, no acompanhamento durante o pré-natal, em campanhas de saúde pública e através da medida da pressão em farmácias e postos de saúde.

A hipertensão atinge 1 bilhão de pessoas no mundo, estimando-se que no Brasil existam, pelo menos, 35 milhões de casos e, apenas pelo fato de serem hipertensas já estão submetidas a um risco cardiovascular maior. Esse risco cresce à medida que os valores tensionais se elevam, iniciando-se mesmo em níveis considerados normais para alguns subgrupos. A importância de influências neonatais e nos primeiros anos de vida sobre a sua prevalência futura tem sido muito valorizada nos últimos anos pela biomedicina (*Santello, 2002*).

Independentemente do segmento socioeconômico, alguns estudos estabelecem relações entre hipertensos e seu perfil psicológico, associando a manifestação da doença à existência de um conflito interior, a uma problemática afetiva ou a alguns impasses inerentes ao encontrar-se doente. Na cultura ocidental, a livre expressão da hostilidade é proibida, exigindo que se tenha forte controle sobre as emoções e os impulsos hostis, passando a se viver em estado de tensão constante, como se o organismo estivesse em permanente condição de alerta, mantendo a pressão arterial em níveis elevados e sustentados, com a finalidade de possibilitar respostas imediatas frente a situações adversas impostas pelo cotidiano (*Maciel, 1994*).

A hipertensão, mais que uma doença, é uma síndrome que vai além dos números que definem a pressão arterial. A sua terapêutica continua a ser um desafio para a ciência contemporânea em função do alto índice de desconhecimento sobre essa doença, das significativas taxas de abandono do tratamento e dos elevados índices de eventos cardiovasculares associados à síndrome hipertensiva, mesmo entre aquelas que se encontram sob tratamento.

Qualquer que seja a sua etiologia poderá ocasionar complicações cardiovasculares e evoluir para doença hipertensiva, o que a caracteriza como uma variável contínua, com prognóstico limitado e dependente de variados fatores. Atualmente não existe cura definitiva para essa doença e os tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos possibilitam o

manejo parcial dos seus sintomas e buscam favorecer a adaptação e elevar a expectativa na qualidade de vida dos seus portadores (*Santello, 2002*).

O tratamento objetiva a estabilização da pressão arterial em níveis adequados, visando prevenir as suas complicações, as co-morbidades e a mortalidade precoce, assim como possibilitar a autonomia. Também demanda repetidas e constantes visitas ao médico e postos de saúde, exigindo participação e interesse mútuos para a melhoria no quadro clínico e dos sintomas da doença. Os seus benefícios ocorrem preponderantemente a longo prazo, marcados por controles e limitações permanentes, necessitando determinação e tolerância para suportar os efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas.

Dois grandes modelos explicativos procuram relacionar fatores sócio-econômicos às doenças cardiovasculares. O primeiro aproxima o desenvolvimento social e econômico de um país à elevação de doenças cardiovasculares e o seu inverso também seria verdadeiro. O segundo envolve a associação entre desigualdade social e acesso aos cuidados com a saúde. Todavia, esses dois modelos que enfatizam isoladamente a aculturação e a situação socioeconômica não conseguem incorporar as dinâmicas individuais e populacionais dos processos que resultam em doenças (*Dressler & Santos, 2000*).

Portanto, torna-se necessária uma maior sensibilização diante dos efeitos da hipertensão e do diabetes sobre a saúde pública e sobre a economia deverá fazer com que se preste maior atenção à necessidade de elaborar e aplicar programas de controle a longo prazo, centrados na prevenção primária e na detecção precoce dessas enfermidades (*OMS, 1996*).

A saúde e a doença são processos que não podem ser definidos apenas pela presença ou pela ausência de determinados agentes etiológicos e sintomas específicos. Mesmo que essas categorias comportem uma carga histórica, cultural, política e ideológica, elas não podem ser contidas apenas em uma forma numérica ou em um dado estatístico para a tomada de decisões em programas de saúde (*Minayo, 1992*).

O conhecimento sobre significados acerca da hipertensão e do diabetes poderá proporcionar novas perspectivas para a área da saúde, uma vez que esta deve ser entendida como um processo cotidiano de construção, um objetivo, um recurso positivo e uma meta a ser alcançada através de ações individuais e coletivas. E a responsabilidade pela sua implementação não deve ser exclusividade dos profissionais de saúde, mas sim de toda a sociedade, implicando na conscientização, mobilização, compartilhamento, construção de alianças, socialização de conhecimentos e fortalecimento de todos os setores sociais.

A condição de estar doente relaciona-se com crenças e comportamentos que vão sendo apreendidos e incorporados através da convivência diária com a doença. As suas características e os seus sintomas fazem parte de uma construção de mundo, e através do conhecimento das percepções pessoais será possível desvelar as representações sobre ela.

As percepções e significados sobre a doença se encontram influenciados por múltiplos fatores o que, ao mesmo tempo, particulariza e complexifica seu entendimento, sua explicação e seu tratamento pelos hipertensos, diabéticos e pelos profissionais de saúde (*Martins, 1994*). Essas percepções também fornecem pistas e significados para o entendimento de comportamentos por elas adotadas no convívio diário com as imposições ditadas pela doença.

A partir dessa perspectiva, o ser humano pode ser visto como um animal enredado a teias de significados que ele mesmo construiu, uma vez que a sua cultura estará baseada no legado social que se adquire no grupo social, no modo de vida de um povo e na forma de ele pensar, sentir, acreditar e construir verdades sobre a sua realidade (*Geertz, 1994*).

As narrativas sobre adoecimentos

A análise dos dados do presente estudo sobre as percepções de hipertensos e diabéticos foi desenvolvida utilizando-se da narrativa como processo de resgate de memória sobre a sua realidade, uma vez que possibilita a compreensão das diversas formas de linguagem e seus significados pessoais, permitindo alcançar as suas percepções acerca da hipertensão e do diabetes.

As narrativas sobre doenças permitem o compartilhamento de valores e representações entre os doentes e os profissionais de saúde, possibilitando a reavaliação e a reconstrução de novos sentidos capazes de produzir inteligibilidade a algo tão mutável e complexo. Enquanto recriações semânticas, configuram-se em obras de síntese que reúnem uma heterogeneidade de circunstâncias, objetivos, meios, interações, causas e acasos de uma intriga em uma unidade temporal de uma ação total e completa (*Ricoeur, 1994*).

Por essa perspectiva, os sintomas e sinais relacionados às doenças tornam-se individualizados, cabendo aos profissionais de saúde, em especial ao médico, buscar a interpretação das pistas, dos sinais e dos indícios que cada pessoa manifesta para retratar a sua realidade e a sua maneira de estar no mundo (*Ginzburg, 1999*).

As percepções dos doentes produzem uma conexão com o mundo contado, que é o mundo deles, levando em conta seus pontos de vista e proporcionando voz e coerência à

narrativa. Essas visões de mundo se referem à esfera de experiência à qual pertencem e a voz narrativa é aquela que apresenta o mundo contado, uma vez que as pessoas são “*seres agentes*”, seres que pensam e que sentem, sendo capazes de falar e narrar sobre seus pensamentos, sentimentos e ações (Ricoeur, 1995).

As narrativas registram e inscrevem o discurso social, transformando-o de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato que existe em si mesmo, em sua inscrição. Pode ser permanentemente recontado e consultado, permitindo a compreensão do significado dos acontecimentos, assim como possibilita a seleção e a organização de uma seqüência de eventos que consiste nos pontos de vista do próprio narrador.

O desenrolar histórico de cada vida coloca diante do ser humano o desafio de sobreviver e superar os limites próprios e os impostos pela sociedade. Os corpos humanos são portadores não só de doenças, mas de histórias que fornecem significado às suas vidas. Histórias sobre adoecimentos significam colocar um evento dentro de um cenário mais amplo, relacionando-o como parte de um todo compreensível, possibilitando entendimentos diferenciados sobre a doença e sobre a pessoa doente (Cardoso, 2000).

Sobre a coleta de dados

Para a coleta das informações do presente estudo foi utilizada a pesquisa etnográfica, uma vez que a sua prática possibilita ampliar a perspectiva de análise, aprofundar as concepções, revisar e confrontar os dados coletados, organizar e sistematizar os conhecimentos adquiridos.

A etnografia possibilita ao pesquisador rever e reconstruir conceitos, reavaliar pressupostos teóricos, redefinir hipóteses, questionar e aprofundar interpretações e conclusões. Também permite compreender o significado que apresentam as ações e os eventos para as pessoas e os grupos sociais, pois em toda sociedade utilizam sistemas complexos de significados para sistematizar seus pensamentos, organizar seus comportamentos, para entenderem a si mesmas e aos outros e darem sentido ao mundo em que vivem (André, 1995).

Já a observação participante permite ao pesquisador conviver no cenário social e conhecer as pessoas nele envolvidas, desenvolvendo relações rotineiras com elas, observando suas falas, seus questionamentos e suas ações, possibilitando anotar, de forma regular e sistemática, e acumular registros escritos de seus comportamentos e experiências sobre elas.

Também propicia um exercício prático peculiar de compreensão da realidade sociocultural, mediante a análise da própria experiência de estar no mundo delas e poder estabelecer relações de convivência com elas (*Van Maanen, 1988*).

Os integrantes de grupos populares, muitas vezes, são colocados em situações em que necessitam lançar mão de estratégias de sobrevivência que também podem levar a outras situações comprometedoras para a sua integridade imediata ou a longo prazo. Essas escolhas são as únicas possíveis diante da sua realidade, configurando as limitações e a precariedade dentro do seu campo de possibilidades.

O conhecimento das percepções e interpretações dessas pessoas poderia contribuir para o entendimento e a valorização do saber popular sobre as práticas de saúde, contextualizando-o apenas pela sua diferença e não na sua insuficiência e inferioridade (*Oliveira & Valla, 2001*).

Como consequência, torna-se de vital importância a socialização desses conhecimentos para ações na área da saúde, uma vez que, em grande parte, a prevenção de doenças é uma questão de educação e difusão democrática do conhecimento, com esse procedimento caracterizando a sociedade em que se vive e as qualidades inter-pessoais que se estabelecem.

A aplicação desses saberes em práticas de saúde pública transcende a simples esfera da ação da intervenção médica, sendo necessária a participação de todos os setores da sociedade, uma vez que:

“Através do discurso sobre a enfermidade se expressa um discurso sobre a sociedade inteira” (Herzlich & Pierret, 1988: 29).

Desta forma, é necessário muito mais que informações técnicas para a construção de possibilidades na solução desses problemas, sendo importante considerar que a responsabilidade pessoal é limitada pela existência, ou não, de suportes sócio-econômicos que se ancorem no coletivo e que permitam a resolução de problemas mais abrangentes e profundos, e não apenas atendam a situações imediatas.

O que proponho apresentar no presente estudo é o meu ponto de vista, convergente com trabalhos de diversos autores, que se relaciona com a preocupação nas múltiplas dimensões do adoecimento humano. Embora seja uma construção contextualizada no social, a doença se torna presente e se instaura no pessoal, na singularidade de cada doente e em todas as esferas de sua vida.

As maneiras específicas de cada doença somente podem ser narradas pelas próprias pessoas, o que estabelece as narrativas sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* como uma significativa fonte de análise para se alcançar percepções dos participantes de grupos de aconselhamento sobre essas enfermidades.

Tudo o que é humano, inclusive a ciência como processo histórico, passa pela ação das pessoas imersas na cultura, uma vez que não existe conhecimento e transformação a não ser como co-criação, na qual o observador e o observado se entrelaçam em comunhão ou estranhamento (*Minayo, 1992*).

Portanto, necessário se faz examinar a organização social de saúde e doença de cada cultura, o sistema de assistência à saúde, que inclui as formas pelas quais as pessoas são reconhecidas como “doentes”, o modo como apresentam as suas doenças, os atributos daquelas a quem as doenças são apresentadas e as formas como são tratadas (*Helman, 1994*).

No primeiro capítulo do presente estudo, inicialmente, serão apresentadas algumas considerações biomédicas sobre a hipertensão e o diabetes. Em seguida, será explanada a estrutura operacional dos grupos de aconselhamento e orientação para o tratamento da hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*.

Modernamente, a hipertensão arterial tem sido conceituada como uma síndrome e não como uma “doença”, isto é, os níveis tensionais elevados constituem um dos elementos da síndrome que se caracteriza pela presença também de múltiplas alterações metabólicas e hormonais associadas a fenômenos de crescimento celular no coração e nos vasos.

Também se observa a associação desses elementos em hipertensos, o que caracteriza a hipertensão como uma síndrome *plurimetabólica*. Em função disso, o tratamento dessa doença deve considerar não só a eficácia na redução dos índices da pressão arterial, mas também os efeitos sobre seus outros componentes etiológicos (*Kohlmann Jr., 1999*).

No segundo capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados como estratégia para alcançar as percepções e os entendimentos sobre a doença dos participantes desses grupos de aconselhamento. A pesquisa etnográfica possibilita alternativas de conhecimento para o saber e o fazer nas práticas de saúde, uma vez que busca a descrição de significados culturais de pessoas e de grupos sociais.

O objetivo da metodologia utilizada foi permitir que os hipertensos e diabéticos falassem por si e de si próprios, utilizando-se de narrativas sobre suas doenças. Através dessa

forma de expressão constatou-se que as implicações com a doença alcançam todas as dimensões de suas vidas.

Essa estratégia de pesquisa é bastante adequada para observar um ambiente onde a doença ganha uma legitimidade institucional e social, compartilhada também pelos profissionais que cuidam dos aspectos relacionados à saúde e à doença. Procurar-se-á contextualizar as interpretações dessas narrativas às pessoas que as produziram, buscando produzir significados a partir da percepção dos seus narradores no momento em que narraram.

A linguagem é um fato social, cuja existência se funda nas necessidades de comunicação pelos mais diversos motivos. É através da linguagem que se torna possível expressar os medos e as angústias diante da irreversibilidade da doença e da morte. As conversas do cotidiano permeiam as mais variadas esferas da interação social, tendo uma grande importância como espaço privilegiado na produção de sentidos e no posicionamento das relações sociais.

As narrativas não reproduzem simplesmente as situações passadas, mas lhes fornecem sentidos, sendo que ocorre uma incorporação de uma moral, de uma indicação prática ou de uma norma de vida aos pontos de vista expressos por elas. Alcançar esse objetivo comunicacional exige a participação ativa tanto de quem narra quanto de quem ouve, o que visa garantir a apreensão e o entendimento do que está sendo narrado.

No terceiro capítulo, serão apresentados os resultados do trabalho de campo, apontando as principais características de relevância para o estudo.

Nesse capítulo, as narrativas ganharão vida e retornarão ao centro das atenções. As narrativas, os comentários e os comportamentos registrados através das observações nas reuniões dos grupos e das entrevistas temáticas individuais, serão analisadas utilizando-se das perspectivas de significados narrativos desenvolvidas por Paul Ricoeur e Walter Benjamin.

As histórias de vida de doentes podem sempre ser re-ordenadas pelas histórias que contam sobre si mesmas, e essa re-figuração faz da própria vida um tecido de histórias narradas. As histórias podem ser vistas como re-significando o mundo da experiência, uma vez que este já foi anteriormente significado pelo agir humano (Ricoeur, 1994).

A narração não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente como a comunicação o faz, mas procura integrá-lo à vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas de quem narra “*como os vestígios*

das mãos do oleiro no vaso de argila”, como uma cicatriz que acompanhará toda a existência daquela narrativa (Benjamin, 2000: 107).

Somente os seres humanos são capazes de contar uma história, porque somente eles sabem que algo aconteceu no passado. O desenrolar histórico de cada vida, em todos os seus momentos, coloca o desafio de buscar sobreviver, de lutar para romper um ciclo cuja inevitabilidade, na maioria das vezes, induz à adoção de componentes de cunho ideológico e/ou religioso para o justificar ou amenizar.

As pessoas necessitam contar sobre suas experiências, uma vez que a narrativa também cria a estrutura de memória que será o fio condutor de suas vidas. Falar é lembrar, mas contar uma história não é simplesmente um ensaio, é uma criação e uma experiência memorável na vida das pessoas (Schank, 1998).

E, finalizando esse capítulo, serão apresentadas algumas categorias sobre as percepções das pessoas observadas acerca da hipertensão e do diabetes.

Como maneira de (in)conclusão para o presente estudo serão realizadas algumas considerações a respeito das expectativas dos hipertensos e diabéticos que participaram dos grupos de aconselhamento e orientação para o tratamento da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*.

Essas pessoas demonstraram possuir um saber bastante amplo sobre a doença tendo como base a experiência concreta de suas vivências, portanto, tornaram-se capazes de organizar e sistematizar pensamentos e condutas sobre a sua doença, de forma particular, e sobre a sociedade, de forma mais geral. Todavia, muito embora seja difícil modificar padrões de conduta, tanto de usuários quanto de profissionais de saúde, o desinteresse maior de mudança encontra-se nas esferas política e econômica.

Ao se minimizar a relação médico-paciente ao ambiente das instituições de saúde e ao se reduzir os processos de saúde e doença à responsabilidade individual, privatiza-se o espaço social ao mesmo tempo em que se compromete a sua intervenção. Portanto, compartilhar e socializar conhecimentos e experiências, tanto aqueles produzidos pela ciência quanto os que compõem a vida diária de pessoas doentes, possibilita operacionalizar poderosos instrumentos para ações de saúde pública realmente eficazes e abrangentes, privilegiando outras dimensões do adoecimento humano, que não apenas a biológica.

CAPÍTULO I

Breves considerações sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*

Como maneira de caracterizar a importância do presente estudo acerca das percepções de pessoas hipertensas e diabéticas, a seguir serão apresentados breves históricos sobre a hipertensão e o diabetes e seus comprometimentos com a saúde, privilegiando alguns estudos epidemiológicos e aspectos relacionados à saúde pública.

A hipertensão encontra-se claramente relacionada a eventos cardiovasculares. A sua elevada presença nas sociedades ocidentais contemporâneas já caracteriza um grave problema de saúde, em razão da sua magnitude, da sua etiologia multifatorial, das dificuldades para o seu controle e da sua associação com outros eventos graves.

O passo decisivo para a evolução dos mamíferos e das aves ocorreu com a incorporação do mecanismo de manutenção da temperatura, a “homeotermia”. A capacidade de manter a temperatura corporal constante permitiu a conquista de áreas inóspitas e frias do planeta, a manutenção das atividades em condições adversas e a velocidade nos deslocamentos.

Porém, a evolução pagou um elevado preço para manter a homeotermia. O primeiro deles foi um aumento considerável do consumo energético e necessidades crescentes de oxigênio nos tecidos. Para operacionalizar essas necessidades, teve que ser instrumentalizado um fantástico sistema pressurizado e de acordo com as necessidades instantâneas e de longo prazo, os denominados mecanismos de controle da pressão arterial e da volemia. Falhas nesses sistemas são responsabilizadas pelas várias apresentações da síndrome da hipertensão arterial (*Santello, 2002*).

A regulação da pressão arterial é uma das funções fisiológicas mais complexas do organismo, que depende de ações integradas dos sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino. A maioria das alterações cardiovasculares provocadas pela hipertensão é desencadeada por mecanismos compensatórios provocados diretamente pela hipertensão.

Em uma avaliação retrospectiva da presença da hipertensão nas populações, constatase que a mesma já vem sendo descrita há mais de cem anos, conforme a seguinte cronologia descrita por Ramos (1998): no final do século XIX Mohamed descreveu a síndrome arterial

hipertensiva. Em 1881, Riva-Rocci criou o primeiro esfigmomanômetro, e em 1906 Korotkoff tornou prática a medida da pressão arterial. Em 1914, Volhard descreveu as síndromes da hipertensão maligna e benigna. Goldblatt, em 1934, descreveu a hipertensão renovascular e, em 1939, Page e Braun Menéndez descobriram a angiotensina. Cohn, em 1955, descreveu o hiperaldosteronismo e, em 1959 foi demonstrada a inter-relação entre a angiotensina e a aldosterona. Em relação à terapêutica da hipertensão, em 1836 Richard Bright estabeleceu a inter-relação entre hipertensão e doença renal; em 1876 Ambard descobriu que os hipertensos excretavam menos cloreto pela urina e, em 1922 Allen padronizou o tratamento da hipertensão utilizando dietas pobres em sal.

A crise hipertensiva designa uma condição de elevação rápida e sintomática da pressão arterial, com risco de deterioração de órgãos-alvo ou da vida em potencial. Constitui-se na emergência clínica mais freqüente nos pronto-socorros e exigem ação rápida e com necessidade de internação em terapia intensiva no caso de emergência hipertensiva. Na maioria das vezes, a lesão em órgão nobre pode ser mais importante que o nível da pressão arterial, sendo que o controle permanente da pressão arterial é o melhor método para diminuir a incidência de urgências e emergências hipertensivas (*Franco, 2002*).

Estudos epidemiológicos e clínicos têm evidenciado que quanto menor o *ponto de corte* admitido como normal maior é a expressão populacional do problema, o que demanda políticas de saúde voltadas para a detecção e abordagem precoce dessas pessoas, visando ao abaixamento nos níveis pressóricos, o que, por si só, já seria um fator modificador do mau prognóstico dos hipertensos (*Brandão et al., 2003*).

De acordo com Plavnik & Tavares (2003), a avaliação inicial do hipertenso deve ter por base três pontos principais: 1º) a confirmação do diagnóstico, feita com base nos valores da pressão arterial; 2º) o registro da história clínica, através da anamnese e do exame físico; 3º) a avaliação laboratorial mínima, que deve ser solicitada na primeira consulta. Esses procedimentos iniciais poderiam contemplar os principais fatores de risco e as complicações para a hipertensão, uma vez que é sobre esses parâmetros que devem ser traçadas as melhores estratégias, senão definitivas pelo menos iniciais para o tratamento anti-hipertensivo.

Do ponto de vista fisiopatológico, a hipertensão é um fenótipo final extremamente complexo, influenciado pelo meio ambiente e por múltiplos sistemas regulatórios redundantes, que participam do controle do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. Esse fato sugere haver diferentes mecanismos responsáveis pelo seu espectro sindrômico, estipulando

que pessoas com o mesmo nível de pressão não necessariamente apresentem as mesmas alterações.

Mais recentemente, com a perspectiva da medicina molecular, gradativamente se desenvolve uma compreensão mais aprofundada do hipertenso sob a ótica da complexa relação gene e meio ambiente e os diversos mecanismos fisiopatológicos atuantes, o que poderia contribuir para a *sonhada medicina individualizada* [grifo meu] (Barreto-Filho & Krieger, 2003).

Atualmente a pressão arterial de 120x80mmHg já está sendo considerada como uma faixa de risco para pessoas acima de 18 anos, e qualquer alteração nesses valores, para cima, passa a ser considerada hipertensão. Outras prescrições médicas também sofreram maiores restrições, tais como: a idade para o início de controle da pressão (passou de 40 para 20 anos); os limites de colesterol no sangue (de 240 para 200); a atividade física (de 30 minutos/3vezes semanal para 30 minutos todos os dias) (Revista Veja, 2003).

Outras considerações médicas reforçam e explicitam o grau de responsabilidade atribuído aos doentes: “Os médicos estão alarmados com a explosão de distúrbios cardiovasculares nos últimos anos, sendo essa a principal causa de mortes no mundo (17 milhões de óbitos ou o equivalente a uma em cada três mortes). No Brasil, somam 300.000 mortes por ano. *O que se espera com essas mudanças é que elas resultem em mais cuidado [leia-se controle] por parte das pessoas*” [grifos meus] (Revista Veja, 2003: 116).

As estimativas de prevalência da hipertensão no mundo devem ser comparadas com cautela devido às diferenças nos pontos de corte, às qualidades das medidas da pressão, às pesquisas a esse respeito, à idade, aos grupos étnicos estudados e às condições sócio-econômicas. Porém, apesar das diferenças em qualidade de estudos epidemiológicos realizados mundialmente, vários fatores parecem ser consistentes a respeito da hipertensão: antes da idade de 40 anos, os homens têm prevalência maior, porém, nos idosos, as mulheres invertem essa posição; menos homens estão cientes da condição de serem hipertensos, sendo menos tratados e controlados; a população urbana tem prevalência maior do que a população rural; em alguns países, diferentes grupos étnicos têm prevalências diferentes (Chaves Jr., 2001).

E, apesar da alta prevalência da hipertensão arterial em todos os países, apenas um pequeno contingente populacional sabe dessa sua condição e, mesmo sabendo, não se trata adequadamente. Essa situação coloca as pessoas à mercê de graves conseqüências da doença, com elevados índices de morbi-mortalidade e inevitáveis custos sociais (Landini, 1997).

A hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus* constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho respiratório. A hipertensão está relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico e a 60% dos casos de doença isquêmica do coração. E, entre as complicações mais freqüentes, advindas do diabetes, encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

No Brasil, de 1930 a 1980, verificou-se um aumento da mortalidade cardiovascular. A partir daí ocorreu uma pequena queda, apesar dos modestos investimentos em saúde pública. Embora não se tenham estudos representativos para todo o país, a prevalência da hipertensão é de aproximadamente 35%, considerada extremamente alta. Portanto, a hipertensão se torna uma “grande produtora de doenças” e, como conseqüência, uma grande consumidora de leitos hospitalares (Magalhães, 2002).

O aumento da idade representa, por si só, maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A coexistência da hipertensão e de outros comprometimentos metabólicos, exponencialmente eleva a probabilidade de eventos cardiovasculares. Tratar a hipertensão, especialmente em idades avançadas, deve ter por objetivo reduzir as complicações cardiovasculares e não apenas reduzir os sintomas, uma vez que, na grande maioria dos hipertensos, essa doença é assintomática (Serro Azul, 2002).

O excesso de peso parece contribuir para o aumento da pressão arterial em grande proporção de hipertensos e pode, também, ser o responsável por muito do aumento da pressão arterial que ocorre com o envelhecimento nos países industrializados. Estudos populacionais demonstram que a prevalência da hipertensão dobra em adultos jovens, de 20 a 39 anos, sendo pelo menos 50% maior em adultos mais velhos, de 40 a 64 anos com excesso de peso, quando comparados com pessoas de peso normal. Os estudos de *Framingham* revelaram que um excesso de apenas 20% acima do peso ideal aumenta em até oito vezes a incidência de hipertensão arterial. Essa relação entre o peso corporal e a pressão arterial é verdadeira também em crianças (Suplicy, 2000).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que pessoas com níveis elevados da pressão arterial no consultório médico, mas normais em outros momentos, sejam definidas como portadoras de “hipertensão do avental branco” ou “hipertensão isolada de consultório”. E, apesar de sua significância clínica não ter sido totalmente estabelecida, existem crescentes evidências demonstrando que esse não é um fenômeno inteiramente benigno e que essa

elevação da pressão arterial leva a alterações funcionais substanciais da função cardiovascular (Atie, 1998).

O *diabetes mellitus* é o fator de risco mais importante para doença cardiovascular, que hoje é a primeira causa de mortalidade na população brasileira. As causas do aumento de sua prevalência são as seguintes: urbanização e industrialização, maior sedentarismo, aumento da frequência de excesso de peso, aumento da esperança de vida da população, maior sobrevivência dos indivíduos diabéticos. A sua importância socioeconômica no Brasil apresenta a seguinte distribuição: sexta causa de internação hospitalar; contribuição para outras enfermidades tais como a hipertensão e a insuficiência cardíaca; responsável por 30% das internações em UTI, de indivíduos com dor precordial; principal causa de cegueira adquirida; cerca de 26% de indivíduos sob diálise são diabéticos (Oliveira, 2002: 4-8).

Os fatores e circunstâncias que fazem parte da manutenção da saúde e da instauração de doenças são tão amplos, complexos e interligados que realmente formam um grande desafio para os profissionais de saúde. O que se conhece são aspectos de suas partes, de onde se procura inferir o entendimento para a sua totalidade.

Dessa forma, o presente estudo procura abordar as narrativas de hipertensos e diabéticos que participam de grupos de aconselhamento como forma de apreensão de seus significados sobre a hipertensão e o diabetes. A articulação dos sentidos produzidos por essas narrativas poderá fornecer conhecimentos e alternativas para o redimensionamento do saber e do fazer acerca dessas enfermidades.

Os grupos de aconselhamento sobre hipertensão arterial e *diabetes mellitus*

A cidade de Carangola fica localizada na meso-região da Zona da Mata Mineira, com 399 metros de altitude e a 360 km da capital, Belo Horizonte. Segundo dados do censo demográfico 2000 do IBGE, a população residente em Carangola, por situação de domicílio e sexo, apresentou a seguinte distribuição: total de 31.921 pessoas, sendo 15.651 homens e 16.270 mulheres. Desse total, 24.740 residem na área urbana (11.784 homens e 12.956 mulheres) e 7.181 na área rural (3.867 homens e 3.314 mulheres) (IBGE, 2003).

A cidade de Carangola é uma referência na área da saúde para os diversos municípios da região, contando com dois grandes hospitais, a Casa de Caridade de Carangola e o Hospital Evangélico. O maior e melhor equipado é o Hospital Casa de Caridade, fundado em 1907, sendo um pólo de atendimento para a Zona da Mata Mineira. No ano de 2002, passou por uma

grande reforma estrutural e profissional, contando atualmente com 47 médicos em seu corpo clínico, distribuídos em 22 especialidades. Dispõe de 142 leitos e um moderno Centro de Tratamento Intensivo, atualmente com sete leitos.

Atualmente, a população da cidade de Carangola/MG é predominantemente urbana. Porém, a sua origem foi baseada em atividades de faiscagem (coletas de metais preciosos do solo) e, posteriormente, sua base econômica estruturou-se em torno da agricultura (cana de açúcar e café) e da pecuária (indústria de laticínios). Na camada mais profunda do solo social estiveram os índios (os *puris* em sua maioria), generalizando o processo da mestiçagem com a chegada dos brancos portugueses e dos negros.

Também marcante foi o choque cultural entre o modelo do coronelismo, bastante difundido em toda a região, e o da academia, pois através do casamento o jovem doutor (médico ou advogado) que chegava à cidade, unia-se com a filha do coronel e impunha drásticas modificações na estrutura social de toda a região, oxigenando as relações de poder e possibilitando a reorganização das práticas políticas, sociais e comerciais, principalmente através de influências intelectuais de duas importantes capitais relativamente próximas de Carangola, Belo Horizonte e Rio de Janeiro (*Mercadante, 1990*).

Carangola passou à condição de Município no ano de 1882 e, após sucessivas emancipações territoriais, hoje conta com doze distritos. Em função da proximidade com as cidades de Belo Horizonte/MG, Juiz de Fora/MG, Rio de Janeiro/RJ e Vitória/ES, Carangola foi sofrendo fortes influências e transformações em todos os setores de sua organização sócio-econômica e cultural, culminando com uma forte presença de moradores na área urbana que adotavam modos de vida semelhantes aos dessas cidades.

Os jovens, em idade universitária, freqüentemente migravam para esses centros maiores, permanecendo na cidade as crianças e os idosos. Esse processo migratório foi relativamente minimizado após 1972 com a criação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Carangola, atualmente agregada à Universidade do Estado de Minas Gerais, o que possibilitou a permanência de muitos jovens e o retorno de profissionais qualificados para a cidade (*Carelli, 2002*).

Segundo informações constantes do Anuário Estatístico do Brasil 2000, no ano de 1999 foram registradas 1.100.752 internações hospitalares em todo o Brasil relacionadas com doenças do aparelho circulatório, ao custo de R\$ 762.955.020,00. A média de permanência hospitalar foi 6,6 e o coeficiente de letalidade foi de 7.10, perdendo apenas para as doenças do sistema nervoso, que foi de 7.53 (*IBGE, 2002*).

Os custos com hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2000, relacionados com problemas cardiovasculares, foram superiores a R\$ 39 milhões, em função da elevada taxa de permanência hospitalar e pela severidade das complicações que demandam procedimentos de alta complexidade (MS, 2001).

Já em Minas Gerais, no ano de 1998, foram registradas 197.992 internações por doenças do aparelho circulatório, ao custo de R\$ 62.741.877,00. A média de permanência hospitalar foi de 6,5 dias/doente e o coeficiente de letalidade foi de 7,07. O registro dos óbitos, no Brasil, por faixa etária, sexo e em decorrência de doenças do aparelho circulatório no ano de 1998, apresentou a seguinte distribuição (IBGE, 2000):

- até 49 anos =	33.583 (19.873 h, 13.673 m, 37 i)
- de 50 a 59 anos =	34.265 (21.147 h, 13.083 m, 35 i)
- de 60 a 69 anos =	54.534 (31.799 h, 22.682 m, 53 i)
- de 70 a 79 anos =	67.886 (35.652 h, 32.163 m, 71 i)
- 80 anos e acima =	64.872 (26.207 h, 38.616 m, 49 i)
- idade ignorada =	1.193 (710 h, 463 m, 20 i)

(h = homem; m = mulher; i = ignorado)

De acordo com o Setor de Estatística e Controle de Internações do Hospital Casa de Caridade de Carangola, no ano de 2002, registraram-se 208 internações diretamente decorrentes da hipertensão, sendo 58 homens (28%) e 150 mulheres (72%). A permanência total do tempo de internação correspondeu a 689 dias, sendo que a média de permanência de pessoas internadas foi de 3 dias/doente. As internações, por faixa etária, obtiveram a seguinte distribuição (CCC, 2003):

- até 49 anos =	41 (20%)
- de 50 a 59 anos =	37 (17%)
- de 60 a 69 anos =	56 (27%)
- de 70 a 79 anos =	46 (22%)
- 80 anos e acima =	28 (14%)

Ainda de acordo com o Setor de Estatística e Controle de Internações, do Hospital Casa de Caridade de Carangola, no ano de 2002, registraram-se 80 internações em decorrência do *diabetes mellitus*, sendo 31 homens (39%) e 49 mulheres (61%). A permanência total do

tempo de internação correspondeu a 578 dias, e a média de permanência de 7 dias/doente. As internações, por faixa etária, obtiveram a seguinte distribuição (CCC, 2003):

- até 49 anos =	24 (30%)
- de 50 a 59 anos =	16 (20%)
- de 60 a 69 anos =	15 (19%)
- de 70 a 79 anos =	23 (29%)
- 80 anos e acima =	02 (2%)

Desde o ano de 1992 vem sendo utilizada, em Carangola, a estratégia de organizar grupos de aconselhamento para a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, com o objetivo de minimizar os impactos dessas doenças para a vida das pessoas e para o sistema público de saúde. A população atendida nesses grupos de aconselhamento em sua grande maioria é formada por idosos e que apresentam concomitância de enfermidades. Também recebem alguma forma de benefício do INSS em função de complicações relacionadas à hipertensão e ao diabetes, não podendo arcar com os custos de planos de saúde da medicina privada.

Os hipertensos e diabéticos que participam desses grupos, já convivem com essa doença há um tempo bastante longo, estando já “acostumadas” a falar sobre ela para amigos e para os diversos profissionais de saúde que lhes prestam atendimentos. As falas e comportamentos por elas produzidos remetem às narrativas sobre o adoecer e sobre a convivência com a doença, integradas no cotidiano de suas vidas, possibilitando a sua compreensão a partir da apreensão das percepções e dos significados por elas enunciados.

A convivência e a participação em atividades em grupos é uma importante estratégia para a incorporação de orientações e condutas relacionadas com o enfrentamento de doenças crônicas, tendo como pressuposto básico a constatação de que é possível desenvolver uma vida saudável, apesar da doença. Essa integração, proporcionada pela convivência nessas atividades de grupo, constitui-se em um instrumento bastante eficaz para o desenvolvimento das potencialidades humanas que, muitas vezes, se encontram bloqueadas em função de condições sócio-econômicas, de doenças graves e de terapêuticas despersonalizantes para o seu tratamento.

Por diversos motivos, os participantes desses grupos freqüentemente apresentam dificuldades para realizar corretamente o tratamento prescrito. Acontecem situações em que dizem que se “esquecem” de tomar o medicamento nos dias de reunião do seu grupo, “para

ver como está sua pressão sem o remédio”, bem como também explicitam a intenção de não usarem regularmente esses medicamentos, em função dos seus efeitos adversos.

Muitos também informam que, intencionalmente, não tomam a medicação anti-hipertensiva no dia marcado para sua perícia médica, para que a pressão fique alta, com o intuito de conseguir a renovação de licença ou benefícios do INSS, praticamente sua única fonte de renda, uma vez não estarem mais em condições de trabalhar.

Com esses procedimentos, ficam bastante expostas a situações reais para a ocorrência de eventos graves, suscitando indagações sobre tais comportamentos, aparentemente incoerentes por saberem das conseqüências da elevação da pressão arterial, mas que dependem do ínfimo benefício pecuniário recebido ao final do mês para a sua sobrevivência.

O ambiente específico onde ocorrem as reuniões dos grupos constitui-se em um importante elemento para a compreensão das dinâmicas e significados atribuídos para a doença. A Policlínica Municipal de Saúde é um *locus* privilegiado de observação, onde doentes e profissionais de saúde interagem cotidianamente na busca de tratamento e entendimento para os significados das doenças. Essa interação possibilita apreender valorizar o sofrimento atribuído pelos diversos atores que compõem os processos de saúde e de doença, através do entendimento de seus discursos e comportamentos, através das relações entre as próprias pessoas e destas com a equipe de saúde.

Para poderem funcionar, esses grupos necessitam de uma organização bastante flexível na sua maneira de compartilhar as informações e orientações propostas pelos profissionais de saúde, visando favorecer a integração com as contribuições advindas dos próprios participantes. Também, a dinâmica do seu funcionamento deve ser bastante maleável, porque são necessárias constantes adaptações às condições e aos locais onde as reuniões ocorrem.

Principalmente nos postos dos bairros da cidade e nos postos da área rural, que não possuem espaço e acomodações adequadas para este tipo de atividade em grupo, as reuniões ocorrem em “espaços anexos” aos postos de saúde, tais como salas de aula das escolas, salões de reuniões de igrejas e salas de reuniões de associações comunitárias.

Nas reuniões dos grupos, é possível observar as convergências e divergências presentes nas falas e nos comportamentos dos participantes. As discussões coletivas possibilitam o compartilhamento das informações, o que somente é possível quando é permitido que pessoas tão diversas tragam suas contribuições para as reuniões. Em relações desse tipo o que interessa não é apenas a origem do conhecimento que é socializado e, sim, a paridade nas relações, uma vez que as orientações fornecidas não necessariamente possibilitam uma aprendizagem

reflexiva, pois são realizadas prescrições técnicas que apenas operam no nível superficial das concepções, sem questionar suas crenças e preferências.

Qualquer fenômeno social pode ser visto à luz das regularidades, pois existem prescrições e regras que orientam as práticas cotidianas, com tendência a manter e reproduzir discursos. No entanto, o discurso não pode desconsiderar a diversidade e a não-regularidade presentes em seu uso diário. No campo das doenças, o entendimento recai sobre a polissemia das práticas discursivas, sendo necessário entender que focos diferentes produzem objetos distintos, muitas vezes, irredutíveis um ao outro. Nesses grupos, à medida que os participantes são estimuladas a expor os seus pontos de vista, observa-se uma grande diversidade nas formas de interpretar e conviver com a doença. Percebe-se claramente que essas pessoas têm muito o que contar, e também têm muita vontade de expressar e compartilhar as suas percepções e os seus entendimentos sobre a realidade.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Policlínica Municipal de Saúde de Carangola, houve a necessidade de contratação de profissionais de diversas especialidades médicas e de outras relacionadas à área da saúde – tais como assistentes sociais, bioquímicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais – visando atender a perspectiva de medicina comunitária e social preconizada pelo novo modelo descentralizado de saúde.

No início das atividades, em 1992, os grupos de aconselhamento para hipertensos e diabéticos eram formados a partir de encaminhamentos realizados pelos médicos dos postos de saúde dos bairros, onde eles já se encontravam cadastradas. Os critérios adotados para essa indicação relacionavam-se com a gravidade da doença, com a situação presente e com as comorbidades apresentadas. Essa formação aleatória dos grupos possibilitava uma maior diversidade para análise de pensamentos e comportamentos a respeito da doença, favorecendo a diversificação de informações obtidas através do entendimento das suas manifestações.

As reuniões dos grupos foram inicialmente realizadas na sala de reuniões da Sociedade Médica de Carangola, um anexo ao Hospital Casa de Caridade, sempre às terças-feiras no horário das 07:00 às 09:00 horas. Posteriormente, a partir de 1993, as reuniões foram transferidas para a sala de reuniões da Policlínica Municipal de Saúde. As reuniões eram coordenadas por uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde, composta por um médico cardiologista, um psicólogo, uma enfermeira, uma nutricionista, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem.

Durante o período de acompanhamento e registro dos grupos para o presente estudo, a equipe esteve formada por uma médica, que foi substituída por outra ao longo do processo de observação, um psicólogo, uma nutricionista e uma auxiliar de enfermagem, sendo que esta última tinha a função de agendar as datas das reuniões, distribuir os medicamentos, confeccionar as atas das reuniões e recolher a assinatura dos presentes.

Da equipe originalmente constituída em 1992, para essas atividades dos grupos, somente o psicólogo e a auxiliar de enfermagem permaneceram os mesmos durante todos estes anos de atividades. Os demais profissionais foram sendo substituídos, pelos mais diversos motivos, o que, por diversas vezes, ocasionou sérios transtornos para os procedimentos terapêuticos e para a sua continuidade.

Grande parte desses problemas de substituição dos profissionais esteve relacionada com filiações político-partidárias dos mesmos, necessitando de muito “tato” e “jogo de cintura” para serem superados ou, na maioria das vezes, contornados, em função da ênfase na importância da permanência e do funcionamento dos grupos.

Em todos os grupos existem participantes com graus diferentes de assimilação intelectual, de determinação pessoal e de condições sócio-econômicas para implementar medidas efetivas para o tratamento da hipertensão e do diabetes. Tal situação caracteriza a diversidade e a complexidade das percepções expressas em suas narrativas, tanto relacionadas com a hipertensão e o diabetes quanto aos seus modos de viver e interpretar a realidade.

Ocorrem casos em que os participantes comparecem com algum familiar ou acompanhante que diariamente lhes prestam cuidados no tratamento da doença e na sua vida pessoal, sendo esses também convidados a participar das reuniões. Em função dos resultados positivos desse procedimento, a partir de 2004 encontra-se previsto o funcionamento de grupos de orientações para familiares de hipertensos e diabéticos.

Na primeira reunião é preenchida a Ficha de Acompanhamento de Pessoa Hipertensa, onde constam os dados pessoais, o registro da medida da pressão arterial das quatro reuniões, a presença de outras enfermidades, a descrição e o resultado de exames realizados e/ou solicitados e a descrição dos medicamentos utilizados.

Nessa primeira, e nas demais reuniões, além das respectivas palestras informativas e da medida da pressão arterial de cada participante, são realizadas entrevistas individuais com a médica da equipe, para análise de exames, avaliação e/ou adequação da prescrição medicamentosa e acompanhamento da evolução do seu estado clínico.

Ao término da primeira reunião os participantes são individualmente agendados para conversar com a nutricionista, visando adequação da dieta alimentar de acordo com a natureza e a especificidade dos problemas de cada uma delas. Quando necessário, são também realizados encaminhamentos para atendimentos especializados, tais como cardiologia, nefrologia, neurologia e psicologia.

Em todas as reuniões é confeccionada a Ata de Reunião dos Grupos de Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus*, com a finalidade de registrar a presença e as ocorrências de cada reunião. Essas atas são redigidas nos dias das reuniões e assinadas por todos os presentes naquele dia, cujo objetivo é utilizá-las como documento comprobatório de realização das reuniões e de recebimento das medicações específicas junto às instâncias de fiscalização da Secretaria Estadual de Saúde/MG.

Na atual estrutura de trabalho com esses grupos de aconselhamento, cada pessoa participa de quatro reuniões informativas. De forma mais detalhada, a estrutura e a distribuição dos conteúdos desenvolvidos nas reuniões são as seguintes:

1ª reunião: informações gerais sobre o que é a hipertensão arterial e o diabetes mellitus; importância do entendimento, adesão, participação e cuidados pessoais no processo de tratamento da doença; complicações da hipertensão e do diabetes e sua evolução para a doença hipertensiva, com comprometimentos cardiovasculares e de órgãos nobres do corpo humano; informações sobre infarto, derrame cerebral e hemodiálise; principais “fatores de risco” para a hipertensão e o diabetes e suas possíveis medidas de prevenção; diferenças individuais no processo de instalação e evolução da hipertensão e do diabetes; comentários sobre algumas “estratégias de enfrentamento” utilizadas por hipertensos e diabéticos que obtiveram resultados satisfatórios.

2ª reunião: ênfase nos cuidados e tratamento da doença, com abordagem dos aspectos não-medicamentosos; modificações de hábitos considerados inadequados para o tratamento anti-hipertensivo, a dieta alimentar e o sedentarismo; implicações da obesidade com a hipertensão e o diabetes; vantagens na eliminação do tabagismo e do alcoolismo; vantagens com a implementação de atividades físicas, com ênfase na prática de caminhadas; organização e administração das tarefas pessoais, domésticas e profissionais; aspectos emocionais envolvidos na elevação da pressão arterial; orientação e estímulo para atividades sociais e de grupo; relações entre o tratamento da hipertensão e do diabetes e suas repercussões na qualidade de vida.

3ª reunião: orientações sobre a forma correta do tratamento medicamentoso, com explicações sobre as diferenças entre os vários tipos de medicamentos anti-hipertensivos e suas finalidades no controle da pressão; importância em seguir corretamente as orientações médicas, relacionadas a horários e dosagens; estratégias para lembrar de tomar corretamente a medicação e evitar a auto-medicação; informações sobre reações adversas mais frequentes dos medicamentos, e procedimentos para minimizá-los; cuidados com as associações de medicamentos anti-hipertensivos com outros tipos de medicamentos; procedimentos para lembrarem de “não deixar acabar os medicamentos”; orientações sobre o perigo em fornecer o seu medicamento para parentes e amigos, assim como sobre a sua aquisição quando “sugeridos” por funcionários de farmácia.

4ª reunião: atividades de dinâmica de grupo entre os presentes, estimulando a participação e a avaliação sobre as reuniões do grupo; valorização do fortalecimento de vínculos inter-pessoais dos participantes que foram construídos durante as reuniões dos grupos; revisão e ênfase nos pontos que ainda estejam suscitando dificuldades de entendimento; sugestões sobre aspectos das reuniões que deveriam ser mais bem explicados, ampliados ou modificados; informações sobre os seus direitos para os cuidados com a sua saúde e os procedimentos para obtenção desses direitos junto ao sistema de saúde.

Concluídas as atividades dos grupos de aconselhamento, os participantes das reuniões são orientados a prosseguir com o tratamento da hipertensão e do diabetes através de consultas periódicas com o médico do posto de saúde dos bairros onde residem.

Aqueles que não alcançam êxito no controle da sua pressão com o acompanhamento no posto ou que apresentam alterações posteriores ao término das reuniões do seu grupo, são orientados a ingressarem em grupos de reforço para novas orientações e esclarecimentos sobre a hipertensão e o diabetes.

CAPÍTULO II

A arte da narrativa. Narrar para quem?

A hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* são doenças que impõem drásticas modificações e limitações à vida dos seus portadores. Muitas vezes o impacto ocasionado quando do diagnóstico médico e da prescrição terapêutica “para toda a vida” desencadeia sentimentos que necessitam ser verbalizados e compartilhados. Nessas situações, a narrativa desempenha uma importante função dentro da organização psíquica, social e terapêutica na vida daquelas pessoas.

Dentro dessa perspectiva, as narrativas produzidas por hipertensos e diabéticos se apresentam repletas de significados, uma vez que elas espelham as diversas possibilidades de referenciar sobre os fatos acontecidos em todas as dimensões de suas vidas. Elas também não podem prescindir do diálogo compartilhado entre os atores que participam da sua construção, já que todos eles se tornam responsáveis pelas transformações que necessariamente irão ocorrer nas percepções e concepções das práticas cotidianas dos participantes da situação narrativa.

O discurso narrativo ultrapassa as fronteiras da doença, possibilitando alcançar o entendimento das lógicas e valores que são utilizados para estruturar os seus conhecimentos sobre a realidade. Ginzburg (1999), apropriadamente destaca a importância da narrativa para alcançar a complexidade da realidade onde o conhecimento foi produzido:

“A experiência constitui o patrimônio, parte unitária e parte diversificada das pessoas. Através dos indícios, pistas e sinais torna-se possível alcançar a flexibilidade e a complexidade da realidade onde um determinado saber foi produzido, sendo que, de outra forma, seria inatingível pelo narrador e ininteligível pelos ouvintes” (p. 152).

O saber nascido da concretude da experiência é extremamente rico em detalhes e profundidade, não podendo ser aprendido nos livros, mas pessoalmente, através de gestos e olhares, estruturando-se em sutilezas não-formalizáveis e não-reproduzíveis. Portanto, narrar uma história é sempre ir além da suposta individualidade do narrador ou de seus ouvintes,

pressupondo o conhecimento das formas de produção de sentido, específicos a cada cultura e momento, e incorporados pelos grupos sociais.

As trajetórias de vida são marcadas por dinâmicas complexas. Quando a doença se instala, buscam-se explicações sobre a sua causalidade baseando-se em crenças e práticas que se encontram vinculadas ao ambiente sócio-cultural. As narrativas se fundamentam na possibilidade de estruturar um ordenamento coerente dentro desta vasta rede de possibilidades de compreensão sobre a vida.

E, uma vez que as narrativas de hipertensos e diabéticos que participam de grupos de aconselhamento serão as fontes primárias para atingir o entendimento de suas percepções sobre a doença, faz-se necessário apresentar as perspectivas dos autores que serão utilizados para a sua análise. O objetivo será o de alcançar a singularidade da cada experiência do adoecer, expressa através das narrativas colhidas, tendo como princípio a noção de que as narrativas são também utilizadas para a troca de experiências entre as pessoas e para o ordenamento social.

De acordo com Benjamin (1994), a narrativa é utilizada para a troca de experiências, tanto do mundo externo quanto do mundo moral, experiências essas que passam de pessoa para pessoa, no interior dos grupos sociais. Na narrativa, o extraordinário e o miraculoso são apresentados com a maior exatidão, mas o contexto psicológico da ação não é imposto ao ouvinte, sendo este livre para interpretar a história como quiser e, dessa forma, o episódio narrado atinge uma amplitude inexistente na informação pura e simples.

A narrativa não se exaure, pois conserva coesa a sua força e sendo capaz de desdobramentos mesmo depois de passado muito tempo da ocorrência do fato que lhe originou, permitindo uma *“lenta superposição de camadas finas e transparentes”*, através das quais a narrativa perfeita emerge da estratificação de múltiplas re-narrações (Benjamin, 1994: 206).

As narrativas designam uma atividade exploratória e descritiva do real sem ter que, necessariamente, explicá-lo. A sua função seria a coleta de informações, de separação e de exposição dos elementos. As informações assim organizadas não seriam previamente submetidas aos imperativos de um encadeamento lógico exterior, mas sim apresentadas na sua unicidade e na sua excentricidade, como as variedades dos mosaicos ou as figuras fantásticas de um caleidoscópio. Assim, acabam tendo um efeito concreto, não apenas de organizar, mas também de modelar a vida, através da compreensão do passado, das condições do presente e das possibilidades do futuro. A estruturação de uma narrativa se apóia em um processo

seletivo que exclui incontáveis aspectos das experiências pessoais que, por não se encaixarem nos relatos naquele determinado momento, não são expressos.

Ao narrar o que já passou se elege um número delimitado de imagens e eventos-chave que não estavam necessariamente encadeados. A narrativa utiliza a memória coletiva, através da percepção pessoal e essa memória encontra-se sempre relacionada com múltiplas interpretações da realidade e escolhas seletivas dos acontecimentos da vida para construir narrativas coerentes que permitam o sentimento de *pertença* ao grupo social.

As narrativas também fornecem conhecimentos acerca de práticas cotidianas, possibilitando continuidades e rupturas entre configurações sucessivas do saber de grupos sociais e de sua cultura. As diversas formas narrativas expressam símbolos, valores, capacidades cognitivas, imagens e emoções que constroem a vida social, sendo que a sua compreensão permite articular critérios seletivos de processos sociais (Novaes, 2001).

Como uma forma de conhecimento que é passada através de gerações, a narrativa é um trabalho interminável, que nunca acaba, compondo espaços, redefinido tempos, verificando, confrontando e deslocando as suas fronteiras. Ampliando essa perspectiva Certeau (2000) diz:

“A narrativa realiza uma descrição, como um ato criador, com poder distributivo e força performativa, realizando aquilo a que se propõe. Os relatos são animados por uma contradição que neles representa a relação entre a fronteira e a ponte, algo que delimita e demarca, mas que também pode ser modificado a cada narrativa, incorporando atributos ou predicados em uma complexa rede combinatória de possibilidades. A junção e a disjunção são indissociáveis, produzindo deslocamentos sucessivos a cada nova experiência adquirida, articulando e fornecendo novos significados à narrativa, à história de vida das pessoas e às suas culturas” (p. 143).

Para Ricoeur (1995), a narração contém a capacidade de restituir seu objeto por meio de estratégias narrativas que geram totalidades singulares capazes de produzir um “prazer próprio”, graças a um jogo de inferências, de expectativas e de respostas emocionais por parte dos ouvintes, sempre possíveis de serem recuperados futuramente.

Posteriormente, esse autor aprofunda ainda mais a singularidade da construção identitária do narrador proporcionada pelo discurso narrativo, ao afirmar que:

“Uma pessoa reconhece a si mesma como pessoa a partir das histórias que conta a si sobre si mesma. Essa identidade narrativa é constituída nas retificações sem

fim das narrativas anteriores. Sempre é possível compor novas tramas sobre os mesmos incidentes, de modo que a identidade narrativa se defina na sua instabilidade, por um constante fazer-se e refazer-se, uma incompletude sempre passível de reformulações. Identidade e continuidade referem-se à coerência das histórias sobre as pessoas, atribuindo uma organização por meio das narrativas, pois, de outra forma, poderia parecer caótico e sem sentido” (Ricoeur, 1997: 81).

As narrativas permitem aglutinar variados encadeamentos lógicos, como um movimento de recriação ao redor de determinadas tramas temáticas. Assim, fornecem condições para a interpretação das experiências pessoais. De acordo com esse ponto de vista, o trabalho de Grandesso (2000) apresenta a seguinte proposição:

“As narrativas falam de vicissitudes das experiências humanas, estruturando na linguagem versões historiadas das pessoas e delas mesmas, apoiadas em suas memórias e intenções. A narrativa é a organização por meio do discurso, por meio de termos, símbolos ou metáforas, de um fluxo de experiências vividas, em uma seqüência temporal e significativa. A narrativa constrói na linguagem o ainda não-dito, o inédito, em um novo arranjo congruente que integra, em uma história, diferentes e dispersos eventos, cujo significado decorre da narrativa como um todo. A cada re-narração se retifica a narrativa anterior sobre a própria pessoa, construindo-se em histórias que decorrem de histórias” (p. 200).

As narrativas somente podem ser legitimadas por quem vivenciou ou presenciou o acontecimento. Mesmo que elas sejam renovadas a cada relato, elas pressupõem um conhecimento para preencher as suas lacunas e as suas porosidades. As re-narrações, embora transformadas e transformadoras, não ocasionam a perda de identidade do fato, pois ele se encontra ancorado na cultura que possibilitou a sua existência. Ao narrar, o tempo é presentificado pelo narrador, pois ele exige a presença de um interlocutor, que é o representante do presente, para que o acontecimento passado possa confirmar a sua existência.

As narrativas são formas de representação da realidade, reconstruída através da linguagem narrativa e preservada para as gerações futuras através de suas re-narrações. A importância das narrativas será definida de acordo com a percepção que o narrador tiver dos seus interlocutores. Fatores relacionados à cultura, valores e crenças poderão favorecer, dificultar e até impedir a sua valorização e o seu entendimento. Quanto mais próximos

culturalmente o narrador e os interlocutores, mais interessantes, ricas e originais serão as narrativas.

A disposição em narrar expressa uma intencionalidade de permanência das experiências. A ênfase na maneira de falar e naquilo que é narrado carregam muito mais do que simples informações sobre a doença. O novo, o inusitado e o estranho são componentes determinantes de uma boa narrativa, pois irão produzir envolvimento e emoção. A descrição dos fatos, os seus pormenores e o cenário de sua ocorrência são pressupostos necessários para inspirar uma narrativa atraente.

Essa afirmação coincide com a posição de Bruner (1997), quando enfatiza que:

“A narrativa é uma maneira típica de esquematização ou organização da experiência e a memória que se tem dela, sendo uma forma e um meio para construir uma história, caracterizar seu fluxo e segmentar eventos dentro deste contexto, além de forjar ligações entre o excepcional e o comum” (p. 48).

Procedimentos metodológicos

Como delineamento metodológico para o presente estudo, e diante da amplitude e complexidade do tema, optou-se por buscar formas de apreensão, interpretação e análise das percepções de pessoas hipertensas e diabéticas sobre a sua doença. Para tanto, foi utilizada a observação participante com hipertensos e diabéticos que freqüentam os grupos de aconselhamento e orientação para o tratamento da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*.

Os registros de campo procuraram priorizar as narrativas de suas experiências cotidianas sobre a doença, no sentido maior de relacionar episódios, diálogos e ações uns com os outros e também com a finalidade principal de produzir narrativas unificadoras que fornecessem sentido e entendimento para as suas narrativas. Através de contatos prolongados com as pessoas observadas, intentou-se dar conta da interpretação de suas formas de organização, representação, construção de identidades e experiências culturais.

Assim, o presente estudo pretende alcançar entendimentos sobre a maneira dessas pessoas organizarem as suas vidas cotidianas, a partir da perspectiva de serem portadoras de doenças graves e estarem inseridas em uma sociedade específica, com todos os componentes que definem a sua realidade e a sua cultura.

A observação participante foi selecionada como forma de também solucionar a questão ética da pesquisa, pelo fato de o pesquisador ser integrante da equipe de saúde que coordena as

reuniões dos grupos e parte ativa do cenário analisado, influenciando e sendo influenciado pelo grupo, através das interações com todos os presentes nas reuniões.

A observação participante propiciou ao pesquisador inserir-se no cenário social e conhecer as pessoas nele envolvidas, desenvolvendo relações rotineiras com elas, observando suas falas, seus questionamentos e seus comportamentos, possibilitando anotar de forma regular e sistemática os seus comentários e as suas narrativas, acumulando registros escritos delas e das experiências sobre elas. De forma geral, a observação participante permite ao pesquisador observar um pequeno grupo durante um tempo definido e alcançar os significados do seu universo através das interpretações delas apreendidas dentro do seu próprio ambiente cultural (*Helman, 1994*).

Realizar uma observação participante significa estar no local de vivência de outras pessoas, procurando estabelecer relações intersubjetivas com elas, tendo como metas obter a compreensão sobre suas percepções e crenças e alcançar o significado de suas experiências na realidade de suas vidas cotidianas, tornando possível também participar e interagir com esses eventos e circunstâncias que os definiram e originaram (*Emerson et al., 1995*).

Quando os participantes dos grupos de aconselhamento narram sobre a doença, sobre suas vidas, sobre seus medos e expectativas futuras, estão construindo relações que lhes asseguram condições de continuar suas trajetórias de vida. Ou seja, o tempo pode apagar as imagens, mas não destrói a memória, uma vez que o antigo encontra-se presente no novo, de uma forma transformada e complementar.

A rememoração, ou a re-narração, fornece consistência na estruturação da história de vida, tanto para as pessoas como para o seu grupo social. Os seus caminhos vão sendo construídos e reformulados à medida em que vivem experiências e estabelecem novas áreas de relações. Essa mobilidade é definida pela cultura ou pela capacidade em transcendê-la, através dos espaços de convivência em que conseguem transitar (*Bosi, 1999*).

A memória, embora seja uma percepção pessoal, também o é coletiva, pois transporta não apenas as experiências da própria pessoa, mas outras vivências, presenciadas pelo narrador ou a ele narradas. A memória auxilia na recuperação de episódios significativos da história pessoal, do seu grupo social e da sua cultura (*Toledo, 2003*).

Tal constatação possibilitou duas conclusões fundamentais para a delimitação do presente estudo: por um lado, a maneira de “escuta” dos profissionais de saúde, em especial a do médico, dificultava o entendimento das múltiplas e complexas “queixas” de doentes, o que comprometia a prescrição e o seguimento terapêutico; por outro, demandava a necessidade de

alcançar os sentidos por elas atribuídos ao fato de estarem doentes, utilizando-se da análise de narrativas como estratégia de apreensão das suas singularidades e de suas formas de percepção e interpretação da realidade na qual se inserem.

Com o objetivo bem definido de aprofundar conhecimentos sobre a hipertensão e o diabetes para o presente estudo, foram realizadas entrevistas temáticas individuais, assim distribuídas: com dezessete hipertensos que participaram dos grupos de aconselhamento; com dois representantes de hipertensos e diabéticos, que freqüentaram as reuniões em função daqueles apresentarem impossibilidade permanente de locomoção; com as duas médicas que participaram da equipe que coordenava os grupos; com a nutricionista da equipe; com a auxiliar de enfermagem da equipe; com a enfermeira-chefe e uma auxiliar de enfermagem de um dos postos de saúde dos bairros da cidade.

Também foram realizadas entrevistas temáticas com outros profissionais de saúde que não faziam parte da equipe. Tal procedimento explica-se pelo fato de esses profissionais atenderem diversos participantes dos grupos de aconselhamento, quando da necessidade de acompanhamento, exames ou procedimentos especializados diante de morbidades relacionadas à hipertensão e o diabetes.

Foram os seguintes os profissionais entrevistados sobre a hipertensão e o diabetes: dois médicos cardiologistas (um deles integrou a equipe por quase dois anos, porém em período anterior ao presente estudo); com dois médicos oftalmologistas; com um médico angiologista e cirurgião vascular; com um médico neurologista e neurocirurgião; com um médico nefrologista; e, com uma farmacêutica e bioquímica.

Para as entrevistas temáticas, as pessoas foram selecionadas em função de sua capacidade para melhor informar sobre o tema, de ter algo significativo a dizer ou possibilitar o aprofundamento de conhecimentos sobre a hipertensão e o diabetes. Observou-se o cuidado de serem bastante flexíveis para permitir discorrerem espontaneamente sobre aspectos de suas vidas relacionados à doença. Com a necessária autorização, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador para o caderno de campo. Para a realização das mesmas, o pesquisador se ajustou às disponibilidades de horários dos entrevistados, procurando ocasionar o mínimo possível de transtorno na rotina de suas vidas.

Foi utilizada uma das salas de atendimento médico do ambulatório da Policlínica Municipal de Saúde para a realização das entrevistas individuais com os participantes dos grupos de hipertensos e diabéticos e com os profissionais da equipe de saúde. As entrevistas

realizadas com profissionais que não faziam parte da equipe foram realizadas nos seus respectivos consultórios particulares ou nos postos de saúde em que prestavam atendimento.

Durante as entrevistas, as pessoas demonstraram uma grande disposição para falar sobre os problemas relacionados com a hipertensão e o diabetes. Sempre foi observado o cuidado de agendar as entrevistas de acordo com as suas disponibilidades, mas elas freqüentemente continuavam os seus comentários mesmo após a entrevista ser dada como encerrada e o gravador haver sido desligado. Também se colocavam à disposição para novas entrevistas, caso essas fossem necessárias.

Em encontros casuais com quatro profissionais que haviam sido entrevistados, eles retomaram o tema da entrevista e questionaram se não haveria a necessidade de mais informações e três deles enviaram artigos e revistas relacionados à hipertensão e ao diabetes. Tal fato pode estar evidenciando a necessidade de as pessoas narrarem, de forma mais ampla e profunda, sobre suas experiências com os variados e complexos processos de adoecimento.

Apesar do modelo biomédico caracterizar-se pelo distanciamento na relação médico-paciente, os depoimentos registrados caracterizaram uma certa convergência para a necessidade das pessoas expressarem o interesse e a preocupação com a hipertensão e o diabetes. Para os profissionais, por saberem ser muito mais difícil e desgastante cuidar dos agravos conseqüentes da ausência de cuidados com a hipertensão e o diabetes. Para os doentes, expressando a necessidade de compartilhar os seus sofrimentos e buscar alguma forma de reduzir as conseqüências da doença para as suas vidas.

No presente estudo, procurou-se retratar o ponto de vista de todos os participantes dos grupos de aconselhamento, mesmo daqueles que aparentemente não detinham poder nem privilégio sobre os outros. Buscou-se valorizar as diferentes formas de avaliação sobre a doença e suas vidas, assim como se pretendeu alcançar os variados significados atribuídos às suas experiências e vivências com os diversos aspectos de sua realidade.

Com a utilização do enfoque etnográfico, foram registrados os comentários, as narrativas, os questionamentos e os comportamentos produzidos durante as reuniões dos grupos e durante as entrevistas temáticas. Essas observações foram anotadas em um caderno de campo, juntamente com os comentários do pesquisador.

Como fontes de dados para a composição final da tese foram utilizadas as anotações constantes das fichas de acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas e as informações constantes das atas relativas às reuniões dos grupos. Também foram utilizados os registros obtidos através dos relatos constantes das entrevistas temáticas individuais com

alguns participantes dos grupos, com alguns de seus representantes, com os profissionais da equipe que coordenam as reuniões dos grupos e com outros profissionais de saúde.

De acordo com Grimberg (2001), esses procedimentos favorecem a reconstrução das percepções e trajetórias de vida das pessoas e do contexto global das suas práticas sociais, assim como permitem o entendimento dos sentidos que emprestam às condições de suas vidas e às estratégias que cotidianamente empregam nas suas convivências sociais.

A convivência semanal com essas pessoas possibilitou um processo dinâmico e recíproco de aprendizagem, desenvolvendo um compromisso e um interesse real na solução dos problemas, o que permitiu captar uma realidade aberta, inacabada e relativizada por inúmeros fatores e marcada pela forma de leitura e interpretação que fazem dela. Essas observações permitiram investigar percepções, ações e relações que faziam parte do cotidiano de suas vidas, o que favoreceu a reconstrução de suas categorias de pensamento e das lógicas de seus significados no momento de sistematizar as anotações do caderno de campo e de redigir o texto final.

Para estruturar e compor o produto do trabalho de campo foi necessário utilizar alguma forma de inferência para selecionar, organizar e dar sentido à própria narrativa a respeito das narrativas das pessoas observadas que versavam sobre os seus hábitos, suas formas de linguagem, suas atividades pessoais e profissionais, suas relações inter-pessoais e suas atividades de lazer. Emergir desse universo polissêmico de significados exigiu um forte exercício de disciplina e organização, mantendo sempre a preocupação com a totalidade das observações, com o entorno e com a inserção dos acontecimentos cotidianos presentes na complexidade das práticas cotidianas.

O trabalho final não se ateve apenas a descrever os acontecimentos de forma linear, mas procurou contemplar uma forma de ordená-los no tempo e no lugar que lhes cabe na importância e sucessão histórica definida pelas pessoas que os produziram.

Enquanto observador participante das reuniões dos grupos de aconselhamento, e utilizando os recursos da abordagem etnográfica, o papel do pesquisador abrangeu basicamente dois momentos:

- o primeiro momento foi o de participar do cenário das reuniões, convivendo, interagindo e desenvolvendo relações e observando o desenrolar dos acontecimentos;
- o segundo momento foi o de observar, de forma regular e sistemática, os participantes dos grupos, acumulando registros escritos sobre os acontecimentos ocorridos, sobre comentários

gerais e diversificados, sobre as experiências pessoais descritas e sobre as narrativas enunciadas.

Com a finalidade de facilitar os procedimentos a serem desenvolvidos no trabalho de campo, o presente estudo foi organizado e composto por seis etapas, utilizando-se da proposta metodológica organizada por Cardoso (2000a) e descritas a seguir:

- 1ª etapa: realizaram-se a observação e o registro, em caderno de campo, dos comportamentos, discursos e questionamentos produzidos durante as reuniões dos grupos de aconselhamento. Essas anotações foram também relacionadas com as informações relatadas pela equipe de saúde e pelos acompanhantes das pessoas acerca da doença e de outros aspectos de suas vidas;
- 2ª etapa: observaram-se e registraram-se as inter-relações ocorridas entre os participantes dos grupos e destas para com a equipe de saúde;
- 3ª etapa: procedeu-se ao registro de comentários do pesquisador acerca das observações realizadas que favorecessem o entendimento, a interpretação e a análise do contexto do onde, do como e do quando ocorreram os fatos narrados;
- 4ª etapa: utilizaram-se os registros das informações constantes das fichas de acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas, onde ficam anotadas as informações pessoais dos participantes dos grupos, as informações referentes à evolução clínica da doença, os medicamentos prescritos e os resultados de exames realizados;
- 5ª etapa: utilizaram-se os registros das informações constantes das atas das reuniões dos grupos, onde constam os procedimentos realizados e as assinaturas dos integrantes da equipe de saúde, dos hipertensos e diabéticos e de seus acompanhantes;
- 6ª etapa: procedeu-se ao registro de informações coletadas a partir da realização de algumas entrevistas temáticas individuais com os hipertensos e diabéticos, com seus acompanhantes, com profissionais da equipe e com outros profissionais da área da saúde, com o objetivo bem definido de buscar esclarecimentos, ampliar e aprofundar entendimentos sobre a hipertensão e o diabetes.

A análise das informações coletadas e dos registros realizados foi posteriormente processada em três fases, utilizando uma abordagem ao mesmo tempo interpretativa e reflexiva, tomando por base o processo de transformar as observações narrativas em texto escrito. Para o processamento dessas informações foi utilizada a proposta de Cardoso (2000a):

- 1ª fase: procedeu-se à leitura de todas as notas de campo, das observações do pesquisador, das informações constantes das fichas de acompanhamento de pessoas hipertensas e

diabéticas, das informações constantes das atas das reuniões e das informações obtidas através das entrevistas temáticas individuais. Esse material foi organizado e estruturado em um *corpus*, considerando todo os registros da experiência de campo tal como ela se desenvolveu ao longo do período de observação;

- 2ª fase: realizou-se a combinação da leitura em profundidade com os procedimentos de codificação qualitativa analítica dos registros de campo. Tal codificação ocorreu em duas fases: a) a codificação aberta, que foi processada pela leitura de todas as anotações realizadas, com o objetivo de construir e organizar as idéias, os temas, as categorias e as possibilidades de interpretação que elas sugeriram; b) codificação enfocada, que teve por base tópicos e objetivos já previamente identificados e definidos como de particular interesse e relevância para a pesquisa realizada;

- 3ª fase: utilizou-se da análise da narrativa para a interpretação dos registros, uma vez que todo enunciado, verbal ou não, é dotado de significação e funções integradoras, sendo considerado um texto. Os elementos que foram levados em conta para efetuar a análise da narrativa, em função da operacionalização do objeto de pesquisa proposto, foram os seguintes: coerência textual; competência textual e intertextual; ordenação das estruturas superficiais e profundas do texto; e, contextualização do espaço e do tempo das narrativas.

CAPÍTULO III

Resultados do trabalho de campo

Após a realização de um trabalho de campo fica a sensação de um amontoado de fragmentos do universo observado, guardados e acumulados nas anotações escritas, em fitas, em fotografias e, principalmente, na memória, ainda de maneira grotesca e desconexa. É bastante penoso e ao mesmo tempo gratificante o exercício de reconstrução da experiência de campo, buscando atualizar o tempo passado, procurando resgatar as observações, as percepções, os acontecimentos, assim como fornecer coerência e sentido aos seus elementos.

A observação participante e o registro etnográfico exigem muito do pesquisador, principalmente na etapa de compor as descrições narrativas, de selecionar as informações e de organizar um mosaico complexo, representativo, plural e com sentido, através de uma descrição detalhada do universo das pessoas observadas.

O registro de informações em cadernos de campo não é simplesmente o produto de uma sensibilidade inata, mas também envolve aprendizagem, habilidade e atenção. Os pesquisadores que utilizam a etnografia necessitam apurar as suas habilidades. E a qualidade da pesquisa desenvolverá a sua atenção sobre a melhor maneira de realizar o registro e a organização dos dados observados. Os exercícios de observação, de registro e de posterior descrição de comportamentos, bem como a reconstrução de acontecimentos cotidianos e especiais, não podem prescindir da capacidade de reflexão sobre as formas de representação, reconstrução e re-interpretação do passado e sua atualização no presente.

Para tanto, há necessidade de que a observação, o registro e o tratamento das informações façam parte de um processo global e integrador, exigindo um certo envolvimento com as pessoas observadas, com as tramas sociais, morais e afetivas nas quais encontram-se inseridas, permitindo ao pesquisador experiências com as suas realidades. Dessa forma, torna-se possível reconstruir as interpretações da vida cotidiana e recontá-las para os outros, uma vez que essa descrição, enquanto ancoragem da realidade, permite o resgate de traços retrospectivos e de reconstituição histórica do mundo, real ou imaginário, tanto do pesquisador quanto daqueles que participam dos acontecimentos narrados.

A descrição direta e a possibilidade de descrição detalhada do mundo das pessoas observadas permitem ao pesquisador alcançar o processo de representação, reconstrução e interpretação seletiva do passado, através da hierarquização das informações registradas, conjugando acontecimentos do passado com situações do presente e garantindo a construção do cotidiano, com possibilidades de recuperação no futuro. Esse modelo especial de produzir o conhecimento no cotidiano e do cotidiano tem o poder de relacionar o que deve ser lembrado e esquecido através de uma narrativa que acentua a presença tanto do excepcional quanto do extraordinário, ambos princípios primordiais da narração (*Girardi Jr., 2000*).

A partir desse ponto, procurar-se-á caracterizar o universo observado no trabalho de campo, no que diz respeito à composição dos grupos de aconselhamento para, logo em seguida, analisar as narrativas dos hipertensos e diabéticos que participaram do presente estudo.

Os grupos de aconselhamento acompanhados foram formados a partir de cadastramento por procura espontânea na Policlínica Municipal de Saúde, através da auxiliar de enfermagem da equipe e, também, foram utilizados os registros dos postos de saúde dos bairros e da área rural para integrar os moradores dessas comunidades.

A facilidade em fazer exames e receber medicamentos, inicialmente, constituiu-se em um grande estímulo para ingressar nesses grupos de aconselhamento. No entanto, ao término de algumas primeiras reuniões, diversos participantes expressavam a compreensão da importância desse trabalho em grupo, o qual lhes tinha sido bastante útil como estratégia de conhecimento acerca da doença, de seus sintomas e de suas terapêuticas.

Com relação à composição dos grupos de aconselhamento observados, as características que interessam ao estudo serão apresentadas a seguir.

No período de fevereiro de 2001 a abril de 2003 foram realizados o seguimento, a observação e o registro em caderno de campo de 21 (vinte e um) grupos de pessoas hipertensas e/ou diabéticas, com reuniões ocorridas na Policlínica Municipal de Saúde da cidade de Carangola/MG, nos postos de saúde dos bairros da cidade e nos postos dos distritos da área rural.

Desse total, 15 grupos pertencem à área urbana – os grupos de nº 01 a 10, acompanhados durante o ano de 2001; os grupos de nº 11 a 15, acompanhados durante o 1º semestre de 2002 – e, 6 grupos pertencem à área rural – grupos de nº 16 a 20, acompanhados

durante o 2º semestre de 2002; e, grupo nº 21, acompanhado durante os meses de novembro de 2002 a abril de 2003.

Os seis grupos da área rural foram compostos por moradores dos seguintes distritos: grupo 16, Barroso e São Bento; grupo 17, Conceição; grupo 18, Ponte Alta; grupo 19, Lacerdina e Varginha; grupo 20, Alvorada; e, grupo 21, São Manoel do Boi.

O número total de pessoas acompanhadas durante o período de estudo foi de 848, sendo 253 homens (30%), e 595 mulheres (70%). Desse total, 178 pessoas (21%) apresentavam co-morbidade com o *diabetes*, sendo 44 homens e 134 mulheres, e o número de pessoas que abandonaram o tratamento durante o seguimento foi de 208 (24%), sendo 68 homens e 140 mulheres.

Constatou-se que o número de participantes dos grupos da área rural, no presente caso os grupos de número 16 a 21, é muito superior aos grupos da área urbana. Em função das dificuldades para os moradores da área rural participarem das reuniões quando essas ocorriam na Policlínica, principalmente em períodos de “panha de café”, houve a necessidade de organizar grupos nos postos rurais e de conciliar os dias marcados para a entrega de medicamentos com as reuniões do grupo, o que ocasionava uma grande concentração de pessoas em um mesmo dia.

Devido ao elevado número de presentes nos dias das reuniões dos grupos da área rural, optou-se por organizá-las em sub-grupos de até 30 participantes, tendo como critério a ordem de chegada ao posto de saúde. Esses pequenos sub-grupos eram individualmente avaliados pela equipe de saúde e, para cada um deles, era organizada uma reunião de aconselhamento e orientação sobre a hipertensão e o diabetes.

A faixa etária dos participantes do presente estudo apresentou a seguinte distribuição: 275 pessoas (32%) com idade até 50 anos, sendo 70 homens e 205 mulheres; 255 pessoas (30%) entre 51 e 60 anos, sendo 75 homens e 180 mulheres; 223 pessoas (27%) entre 61 e 70 anos, sendo 65 homens e 158 mulheres; 69 pessoas (8%) entre 71 e 80 anos, sendo 32 homens e 37 mulheres; e, 26 pessoas (3%) com idade acima de 81 anos, sendo 11 homens e 15 mulheres.

Observa-se que, com o avançar da idade, se reduz consideravelmente o número de idosos, o que pode estar relacionado com a mortalidade por complicações da hipertensão e do diabetes e sua associação com outras morbidades, situação bastante freqüente para aqueles com idade acima de 70 anos.

Verificou-se, também, a presença de muitos doentes ainda jovens, com idades até 60 anos, já apresentando problemas de pressão alta e outras enfermidades concomitantes, totalizando 530 pessoas (62%) da população observada. Essas pessoas terão um longo percurso de tratamento e convivência com a doença, enfrentando graves limitações, conseqüências e restrições em relação às expectativas na qualidade de vida em idades mais avançadas nos níveis pessoal, emocional, social, profissional e econômico. Essa situação representa um grave indicador de adversidades para a saúde populacional, o que também contribui para sobrecarregar o sistema público de saúde, devido a freqüentes re-internações e em função da necessidade de tratamentos onerosos e de alta tecnologia em hospitais e clínicas especializadas longe de seus domicílios.

A situação da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, no início das atividades dos grupos, ficou assim distribuída: 645 pessoas (76%) com hipertensão, sendo 199 homens e 446 mulheres; 25 pessoas (3%) com diabetes, sendo 10 homens e 15 mulheres; e 178 pessoas (21%) com hipertensão e diabetes, sendo 44 homens e 134 mulheres.

A presença de participantes que apresentavam apenas o diabetes se deu em função do encaminhamento a partir da campanha de detecção do *diabetes mellitus* realizada no mês de março de 2001, ocasião em que se constatou elevação da pressão arterial. Essas pessoas foram encaminhadas para os grupos de aconselhamento na Policlínica. Após as avaliações clínica e laboratorial de rotina, o diagnóstico de hipertensão não foi confirmado, mas elas solicitaram a participação nas reuniões dos grupos, alegando que lhes seria útil em função da presença dessa doença em familiares que não poderiam freqüentar as reuniões.

A concomitância entre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* na população estudada é proporcionalmente superior para aqueles que residem na área urbana, sendo 68% na área urbana e 32% na área rural. A concomitância da hipertensão com o diabetes demonstra a presença de importante interação dos assim denominados “fatores de risco” cumulativos para a ocorrência de doenças cardiovasculares, o que ocasiona uma expressiva elevação de problemas para a vida dessas pessoas e para o sistema público de saúde.

O mesmo fato pode ser observado em relação à presença da obesidade (61% na área urbana e 39% na área rural) o que, embora não tenha sido objeto do presente estudo, sugere uma relação entre o excesso de peso corporal com a presença da hipertensão e/ou do diabetes.

Os dados acima referenciados refletem a realidade do cotidiano dos ambulatórios e postos de saúde do Sistema Único de Saúde. Em diversas reportagens na mídia escrita e falada, em seminários, congressos e debates sobre saúde pública, e em publicações científicas

sobre esse tema, é possível observar a recorrência e a equivalência com os obtidos no presente estudo. Tal constatação, através de diferentes áreas do conhecimento e de fontes diversas, confirma a necessidade de implementação de imediatas, amplas e profundas medidas para modificar esse gravíssimo quadro de doenças crônicas em que se encontra a população brasileira.

Em função desse fato, surge a imperiosa necessidade de acompanhamento sistemático e periódico desses doentes pelos profissionais de saúde, especialmente nos postos de saúde dos bairros, onde se conhece individualmente cada morador e a realidade da sua vida, o que poderá favorecer a implementação de medidas mais adequadas para o acompanhamento e a terapêutica dessas doenças.

Através de comentários sobre essa situação com diversos médicos que trabalham na Policlínica, algumas hipóteses foram levantadas para a diferença de conhecimentos entre a hipertensão e o diabetes: maior campanha na mídia para a hipertensão, maior *lobby* da indústria farmacêutica, maior investimento das sociedades de cardiologia, maiores pesquisas em medicamentos anti-hipertensivos, maior número de periódicos e publicações sobre a hipertensão. Por parte das pessoas, é possível relacionar que o tratamento da hipertensão é relativamente mais fácil, de graça e não requer nenhum conhecimento especializado, ao passo que o controle do diabetes exige exames freqüentes, ações invasivas e com um custo significativo para grande parte da população brasileira.

Comparativamente, é muito maior a presença da retinopatia diabética do que a hipertensiva, o que deve provocar maiores investimentos e campanhas para o esclarecimento e controle do diabetes na população. O comentário de um médico sinaliza nessa direção:

“A população brasileira sofre muito com os problemas da hipertensão e do diabetes. A retinopatia diabética é uma das principais causas de cegueira. O controle desse tipo de doença exige um entrosamento muito bom do médico com os pacientes, porque eles têm muita dificuldade para entender e controlar a glicemia. As classes economicamente melhores obtêm um bom controle porque conseguem se alimentar melhor e consultar com os melhores especialistas. Entretanto, muitas vezes, não se cuidam direito e você acaba tendo a mesma doença em todas as classes sociais, mas por motivos diferentes. A classe alta descompensa porque não está acostumada e não aceita bem os controles impostos pelo médico. A classe baixa porque não entende as orientações e não tem condições para mudar as suas condições de vida” (médico, oftalmologista).

Após a conclusão das quatro reuniões dos grupos, situação da pressão dos participantes foi a seguinte: 234 pessoas (27%) apresentaram elevação da pressão, sendo 66 homens e 168 mulheres; 280 pessoas (33%) apresentaram redução da pressão, sendo 82 homens e 198 mulheres; 126 pessoas (15%) apresentaram manutenção da pressão, sendo 37 homens e 89 mulheres; e, 208 pessoas (25%) abandonaram o tratamento, sendo 68 homens e 140 mulheres.

Observando-se as informações acima, também se verifica que 406 pessoas (48%), sendo 119 homens e 287 mulheres, conseguiram reduzir os riscos de complicações da doença, através da manutenção ou redução da pressão arterial, o que pode caracterizar as atividades em grupo com doenças crônicas como uma importante estratégia no tratamento e controle desse problema de saúde pública.

Durante as reuniões dos grupos, alguns participantes apresentavam dificuldade em expressar suas idéias. Às vezes eles tinham idéias importantes, mas não as socializavam para o grupo por receio da exposição, perdendo assim a oportunidade de se ajudar e de ajudar outras pessoas. Essa ajuda não significa necessariamente tutela nem violência de idéias, mas uma contribuição. O fato de se levar algo para o grupo não significa a impossibilidade de o grupo buscar por si, mas sim, as condições que o grupo tem de conhecer e incorporar algo de novo em suas vidas e percepções.

A lógica dos grupos de aconselhamento pretende a emancipação das pessoas e muitas atitudes que possivelmente seriam positivas para elas acabam sendo percebidas como impossibilidade para o desenvolvimento pessoal. Não somente nos grupos de aconselhamento, mas também na própria vida, é salutar a busca de compreensão do outro, o que ajuda bastante no processo de socialização e aquisição de suporte social.

Essas estratégias de superação, quando estimuladas e valorizadas, constituem-se em importantes recursos pessoais e coletivos para o enfrentamento de adversidades, não apenas para a dimensão da saúde, mas para a totalidade da vida (Tomasi, 1996).

A integração proporcionada pela convivência nessas atividades de grupo se constitui em um instrumento bastante eficaz para o desenvolvimento das potencialidades humanas, que muitas vezes se encontram reduzidas em função de adoecimentos graves e de terapêuticas inadequadas para o seu tratamento. O relato seguinte expressa esse ponto de vista:

“Eu aprendi a viver depois das reuniões. Agora eu deixo tudo pra depois, e só não falto nos compromissos da igreja. Também vou na ginástica e nos forró da Maior Idade. Meus filhos reclamam que não paro em casa, mas eu sei que é só pra fazer

as coisas pra eles. Até depois que meu marido morreu eu fiz pra eles. Agora vou fazer pra mim” (mulher, 71 anos, hipertensa, viúva).

Os registros no caderno de campo foram realizados a partir de transcrições de notas de observações realizadas nos dias das reuniões dos grupos. O mesmo procedimento foi utilizado para registrar as ocorrências das reuniões técnicas da equipe de saúde. As entrevistas temáticas individuais, com os hipertensos e diabéticos e com os profissionais de saúde, foram gravadas e tiveram a sua transcrição feita na íntegra pelo pesquisador. Também foi criada a rubrica “observação” para anotações informativas relacionadas com as atividades da pesquisa, totalizando vinte e dois desses registros.

Durante o período de observação, a equipe realizou oito reuniões técnicas para discutir e resolver assuntos administrativos, ou “problemas de bastidores”, que viabilizassem a continuidade dos grupos de aconselhamento. Esses comentários críticos auxiliaram na implementação de modificações necessárias para o melhor funcionamento dos grupos e para a adoção de medidas efetivas no tratamento da hipertensão e do diabetes pelos participantes dos grupos.

No caderno de campo foram anotados todos os acontecimentos das quatro reuniões de todos os vinte e um grupos de aconselhamento, tais como: registros da pressão arterial dos participantes; comentários dos profissionais da equipe de saúde; comentários dos participantes das reuniões entre si e com os profissionais da equipe; comentários dos participantes por ocasião da entrevista individual com a médica; características físicas da Policlínica Municipal de Saúde, dos postos de saúde dos bairros e da área rural.

No primeiro ano de observação (2001), foi muito difícil separar os papéis de pesquisador e integrante da equipe de saúde, em razão de problemas administrativos que demandaram intervenções junto à Secretaria de Saúde. Também contribuiu para essa situação, a indefinição de um médico para compor a equipe, sobrecarregando as funções do pesquisador. A falta de pessoal treinado para proceder ao preenchimento das fichas de inscrição e à verificação da pressão arterial – os auxiliares de enfermagem –, também demandou ajustes para a realização das reuniões, levando à participação do pesquisador em algumas dessas atividades.

A partir de 2002 foi possível organizar uma estrutura pessoal e material maior e melhor, o que permitiu ao pesquisador concentrar-se quase que exclusivamente nas suas

atividades de observação das narrativas, comentários e comportamentos dos participantes das reuniões.

Como avaliação positiva das atividades com os grupos de aconselhamento, destacou-se o significativo controle ou redução da pressão arterial e da glicemia dos seus participantes. Observou-se um maior interesse e uma maior participação nas reuniões, através de perguntas e debates entre elas e com os componentes da equipe. Constatou-se um melhor entendimento sobre a utilização correta dos medicamentos, sobre a realização da dieta hipocalórica e sobre terapêuticas não-medicamentosas. Diversos participantes manifestaram positivamente sobre modificações de hábitos considerados como danosos para a saúde – redução ou eliminação do tabagismo, do alcoolismo, de ingesta de sal e de gordura na alimentação – e a implementação de atividades físicas recomendadas pelos médicos como, por exemplo, a caminhada diária.

A implantação de grupos de aconselhamento nos postos dos bairros da cidade e da área rural foi o grande diferencial positivo nas atividades para hipertensos e diabéticos. Pelas dificuldades pessoais, profissionais e econômicas muitas dessas pessoas não conseguiam deslocar-se até a Policlínica para participar das reuniões. Tal situação ocasionava um significativo desconhecimento sobre essas doenças e sobre as suas terapêuticas.

Os moradores da área rural convivem em comunidades relativamente fechadas, com relações parentais muito próximas e com forte dependência entre si. Se por um lado essa ampliação da rede familiar e parental proporciona ajuda e suporte, por outro lado ocasiona grandes cobranças e redução na privacidade individual e na possibilidade de escolhas diferentes daquelas preconizadas pelo grupo.

Esse modelo de grupo social define determinados padrões de conduta e até uma certa uniformidade no pensamento, delimitando um olhar de mundo organizado pelos valores e idéias predominantes naquele contexto específico. Muitos dos observados relataram o seu desconforto diante de tal situação, dizendo necessitar ter cuidado em selecionar o que será falado em público para não sofrer comentários das “comadres” presentes nas reuniões. Porém, apesar dessas circunstâncias, a possibilidade de narrar sobre a hipertensão e o diabetes e sobre suas vidas, durante as reuniões dos grupos, resultou em um importante espaço de convivência para essas pessoas, muitas delas com um modo de vida solitário e sem muitos relacionamentos inter-pessoais.

Os moradores da área rural se mostraram muito interessados e envolvidos nas orientações dos profissionais da equipe, assim como se mostraram bastante mobilizados para seguir as sugestões apresentadas e conseguir resgatar o bem-estar. Na área rural, apesar do

pouco tempo de trabalho com grupos de aconselhamento diretamente nas suas localidades, algumas conquistas podem ser destacadas, tais como: funcionamento diário e em horário integral do posto de saúde; treinamento e lotação nos postos de auxiliares de enfermagem da própria comunidade; presença diária de médico generalista e atendimento semanal de especialistas (ginecologia e cardiologia); e, distribuição direta de medicamentos para as duas doenças atendidas pelo programa desses grupos.

A doença crônica requer constante atenção médica e freqüentes ajustes terapêuticos, tornando os seus portadores em usuários permanentes de bens e serviços de saúde. A presença, a continuidade dos profissionais de saúde nos postos rurais e o seguimento pelo mesmo profissional, em muito favoreceram o comparecimento às consultas dos moradores dessas comunidades, o que possibilitou ações preventivas e tratamentos mais eficazes, reduzindo as inter-corrências da hipertensão e do diabetes.

Outro fator de significativa importância a ser registrado na dinâmica dos grupos da área rural surge como consequência direta do desemprego, do empobrecimento e da violência nos grandes centros urbanos do país. Muitos participantes, já aposentados, ou não, mas que já se tratavam da hipertensão e do diabetes nas cidades onde moravam, migraram para a área rural, por opção ou por falta dela, trazendo consigo as características de lutas reivindicatórias que necessitavam adotar para serem atendidas nos hospitais e policlínicas de saúde. Ao chegarem na área rural, conseguiram se destacar e liderar mobilizações dos moradores locais no sentido de se organizarem para conquistar direitos e melhorias no atendimento para a saúde.

Exemplificando essa situação, durante o período de estudo, existiam dois fortes movimentos reivindicatórios em duas comunidades rurais (Serra da Batata e Serra da Galdina), coordenados por dois moradores recém-chegados do Rio de Janeiro, no sentido de construção e funcionamento de postos de saúde, considerados prioritários para o atendimento dos seus moradores. O comentário de um desses líderes ilustra bem essa mobilização:

“A nossa comunidade fica no meio de outras duas comunidades rurais e a gente acaba não recebendo quase nada de atenção. Por isso, temos que ter o nosso próprio posto de saúde para atender às nossas necessidades” (homem, 63 anos, hipertenso e diabético, casado).

Com a instalação dos postos de saúde nos bairros da cidade e na área rural, reduziu-se a peregrinação à Policlínica e a longa espera na fila para receber atendimentos e serviços,

especialmente para marcar exames e apanhar os medicamentos anti-hipertensivos. A presença desses postos de saúde e a permanência diária dos profissionais nos mesmos possibilitaram o estabelecimento de vínculos e a construção de relações de confiança, além de proporcionar novas expectativas de resolutividade de problemas relacionados à saúde.

Também favoreceu o entendimento mais amplo do local e condições onde vivem e das circunstâncias envolvidas no processo de instalação e manutenção da doença. Esse conhecimento se transforma em possibilidades reais de criação de vínculos e intercâmbios entre o saber médico e as interpretações dessas pessoas, relacionadas com ao seu grupo social. A fala de uma senhora de um bairro expressa essa situação:

“Tenho um ditado comigo, que eu tô veia, mas tô na moda. E com a consulta aqui no bairro eu vou ficar melhor ainda” (mulher, 75 anos, hipertensa, viúva).

Como conseqüência direta dessa situação de passar a noite na fila para pegar ficha para médico ou marcar exames, algumas pessoas disseram que *“sentiam-se mal”* quando estavam esperando sua vez para serem atendidas e ficavam pensando, preocupadas, com o que estavam deixando de fazer em suas vidas para estarem ali paradas. Sentiam-se imobilizadas e divididas diante desse impasse e muitas delas optavam, quando podiam, por não retornar a essa situação.

Alguns participantes disseram que *“nem consultavam direito”*, ou que *“nem conseguiam falar para o médico tudo que estavam sentindo”*, ou então que *“nem ouviam o que o médico falava, pois estavam preocupados com as coisas da sua casa”*, e que *“nem marcavam o exame pedido pelo médico, pois iriam demorar ainda mais. Aí, tinham receio de voltar para outra consulta, sem o resultado do exame, e levar bronca do médico”*. Outros disseram que saíram tão apressados que perderam o pedido de exames e o papel do dia de retornar para a consulta.

Essa dificuldade de organizar a vida se tornava ainda maior quando a pessoa era solteira ou morava sozinha, o que era mais comum para os homens, ou quando cuidava de alguém da família, mais comum para as mulheres. Muitas faltas às consultas e em exames previamente agendados estiveram relacionadas com a dificuldade em conseguir alguém para cuidar dos filhos, dar conta dos afazeres domésticos ou faltar ao trabalho para comparecer à Policlínica. Diversos participantes dos grupos apontaram essas dificuldades como motivo para faltar ou abandonar o tratamento.

Fica muito claro que a expectativa ao participarem das reuniões dos grupos, procurarem serviços médicos, ingerirem medicamentos e seguirem orientações para o

tratamento é a de que consigam reduzir ao máximo os sofrimentos de suas vidas, uma vez que precisam aceitar que a doença crônica não terá remissão completa. Essa afirmação, embora ambígua, pode parecer ingênua, mas em diversas ocasiões, nas reuniões dos grupos ou fora delas, vários participantes expressaram o seu descontentamento com o fato de não ser possível se curar da hipertensão e do diabetes. Essa reação pode também ser interpretada como muito positiva, pois sinaliza para a presença de uma boa dose de disposição para lutar e superar adversidades.

Mesmo que a hipertensão e o diabetes não possam ser erradicados em definitivo de suas vidas, essa determinação poderá ser direcionada para a superação de outros problemas possíveis de serem solucionados. Isto é realmente importante: a partir de suas perspectivas, percepções e possibilidades, auxiliar essas pessoas a definirem opções que possam ser factíveis, o que viria a contribuir para a reorganização de sentido para suas vidas e reduzir os seus impactos para a saúde.

A participação de uma nutricionista e de uma técnica agrícola na equipe, a partir de agosto de 2002, através de parceria com a EMATER/Carangola para as atividades com os grupos da área rural, se mostrou bastante adequada por proporcionar orientações direcionadas aos hábitos alimentares e práticas do homem do campo. O interesse em participar das reuniões ocasionou uma maior atenção sobre as orientações relacionadas com as práticas diárias e com as técnicas de manuseio e de utilização de alimentos.

Outra ação positiva, inicialmente implantada na área rural, foi a criação de um cartão de registro e controle de medicamentos para os participantes dos grupos, que depois foi aprimorado e ampliado para os outros grupos de aconselhamento e, posteriormente, para todos os usuários do sistema municipal de saúde. Nesse cartão são anotados os nomes dos medicamentos utilizados, a sua posologia e a data em que os mesmos são entregues.

Em sentido inverso, comprometeu a participação no tratamento, no início do estudo, a grande rotatividade dos médicos dos postos de saúde dos bairros e da área rural, o que somente foi contornado com a ativação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a permanência diária dos profissionais de saúde nos postos.

A falta de medicamentos para os hipertensos e diabéticos, ou a substituição de alguns que já estavam relativamente adaptados ao organismo – no caso, a substituição do metildopa pelo captopril –, também foi responsável por grandes e graves transtornos no tratamento, ocasionando o descontrole da pressão arterial e a exposição ao agravamento da doença. Essa situação não foi completamente solucionada durante o período de seguimento dos grupos.

Outra situação inadequada a ser destacada, porém, contornada pela grande disposição e boa vontade de todos os participantes, foi a falta de infra-estrutura dos locais para as reuniões dos grupos nos postos dos bairros e nos da área rural. Em função do elevado número de presentes às reuniões e da falta de um espaço específico para essa finalidade, houve necessidade de dividi-las em pequenos grupos para tornar possível a realização das palestras, a medição da pressão arterial, a entrega de medicamentos, a entrevista com a médica e o agendamento para as reuniões seguintes.

Como decorrência da criação de novos grupos, principalmente, depois da implementação das atividades na área rural, em diversas ocasiões também houve a necessidade de agendar duas reuniões para o mesmo dia, marcadas para 07:00 e 14:00h em diferentes bairros ou postos da área rural, ocasionando muita correria por parte da equipe, em função do deslocamento e para dar conta do elevado número de atendimentos nesses postos.

Por motivo de compromissos pessoais ou profissionais, nem os integrantes da equipe nem os participantes dos grupos dispuseram de outro dia para a realização das reuniões. Somente em alguns casos, excepcionais e esporádicos, foram alteradas as datas de realização das reuniões, previamente definidas em cronogramas que eram distribuídos para os postos desde o início das atividades dos grupos.

Diante desse complexo quadro, o PSF se apresentou como uma importante estratégia para viabilizar um maior entendimento e o adequado tratamento para essas enfermidades. Nesse contexto, a família extensa, marcadamente presente nos bairros e nas comunidades rurais, integra uma rede de apoio vital para a implementação do tratamento prescrito, pela medicina oficial ou não, garantindo certa sustentação para o grupo e a comunidade, bem como a integralidade dos doentes.

Percepções e significados sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*

As pessoas buscam uma posição diferente no início da convivência com a doença. Elas utilizam inúmeros recursos para serem excluídas daquele quadro nosológico estabelecido pela medicina tradicional. No entanto, com o passar do tempo e com o aparecimento de sintomas e de situações mais graves, não conseguem mais negar o que já é um fato e têm que se enquadrar no diagnóstico.

Inicialmente, não aceitam a presença da doença porque nunca haviam sentido nada relacionado com a hipertensão e o diabetes. Estavam aparentemente saudáveis e a elevação da

pressão se manifestou de forma inesperada e violenta em suas vidas. Um problema na vida, um “fator traumático desencadeante”, muitas vezes, se torna a gota d’água para desmoronar todas as defesas que mantinham aquele problema sob relativo controle.

Aí não tem mais escapatória, nem como negar a sua presença, uma vez que se confirma o diagnóstico e a doença se instala definitivamente no pensamento, no corpo e na vida. Em muitos casos, somente em estágios mais avançados da doença, ou mesmo após a ocorrência de complicações e agravos, é que as pessoas finalmente confirmam a sua instalação. Diante dessa situação, começam a analisar melhor as informações sobre a hipertensão e o diabetes e a comparar as suas manifestações e sinais com os de outros doentes conhecidos e com diversas descrições médicas para aquele problema. Elas passam a prestar mais atenção sobre todas as informações relativas à doença e a relacioná-las às suas vidas.

De início, o coração é o grande depositário dos temores da hipertensão. Quando recebem o diagnóstico de “coração grande” ou “coração crescido” parece que vai por água abaixo toda a esperança de que aquele problema não evoluísse para uma complicação maior. Posteriormente, esses temores são ampliados para os eventos relacionados com o derrame e o infarto, em função de suas conseqüências e limitações. Os rins e os olhos já aparecem como maiores preocupações quando apresentam a concomitância com o diabetes.

A convivência com a doença freqüentemente impõe alterações significativas no modo de vida, juntamente com reordenações psicológicas e emocionais. O conjunto dessas reestruturações visa resgatar a dimensão identitária que sofreu rupturas com a presença da doença a qual ocasionou alterações na sua auto-imagem e no seu auto-conceito (*Adam & Herzlich, 2001*).

Ao narrarem sobre as suas doenças, as pessoas procuram reorganizar os seus conhecimentos e experiências sobre a maneira de enfrentarem as vicissitudes do cotidiano e fornecerem sentido ao mundo. Dessa forma, incorporam não apenas discursos médicos, mas também os de outros doentes com problemas semelhantes, tendo como objetivo se familiarizarem com as situações e as explicações que são importantes, embora ainda estranhas ou novas para elas.

De uma forma bastante clara fica evidente que as narrativas, embora individualizadas, fazem parte de relações inter-grupais maiores que se encontram presentes em suas histórias de vida. As maneiras de elas expressarem os seus comentários, buscando aceitação ou cumplicidade com outras pessoas, através de gestos e olhares no momento que narram sobre a

hipertensão e o diabetes, denotam a necessidade de que as suas falas sejam também analisadas a partir da perspectiva plural e compartilhada pelo grupo social.

É realmente muito difícil aceitar o fato de estar doente, por que esse reconhecimento implica em também admitir o tratamento e a privação de muitos aspectos da vida. Ou seja, assumir a doença aglutina outros problemas na vida, muito além da própria “doença”, com conseqüências tão importantes e restritivas quanto ela própria. A presença da doença também obriga as pessoas a redefinirem seus objetivos de vida e suas percepções da realidade, pontos fundamentais para o entendimento dos significados que atribuem à doença, porém muito pouco valorizados pela “ciência médica”.

E, porque a hipertensão não necessariamente apresenta sintomas bem definidos, ela recebe o codinome de “assassina silenciosa”, o que poderia ser relacionado como uma espécie de “silêncio da doença”, uma estratégia adaptativa para se “apossar dos corpos” e não ser muito combatida ou exterminada. Os comentários de dois médicos confirmam tal condição:

“É muito difícil convencer os doentes com hipertensão a tomarem o remédio, porque na maior parte do tempo eles não sentem nada. É difícil para eles entenderem que se não tratar, ou tratar de forma inadequada, com certeza as complicações da doença virão. O custo dos medicamentos é outro fator que pesa demais na adesão ao tratamento. O efeito colateral dá pra ir adaptando, mas também pesa para o doente parar de tomar os remédios. Os doentes acham que nunca vai acontecer nada de grave com eles, mas a vida não é assim, porque as coisas acontecem com todo mundo” (médico, cardiologista);

“A hipertensão só passa a ser uma preocupação verdadeira na vida das pessoas depois que têm uma complicação grave. A preocupação é basicamente com as lesões e as seqüelas que o problema vai causar, diretamente ligadas com as limitações na vida do paciente. Mesmo depois da lesão, as pessoas e os familiares voltam a atenção mais para o tratamento da seqüela e nem tanto para a hipertensão e com isso continuam correndo os mesmos risco, ou até maiores, de terem outras complicações mais graves” (médico, neurologista).

A construção, desconstrução e reconstrução do saber e do fazer da saúde exigem permanente reavaliação e reformulação crítica nas informações e formação dos profissionais e instituições de saúde. Exigem investigações sobre o conhecimento das percepções dos

portadores de enfermidades, o que poderá viabilizar alternativas mais adequadas na prevenção de doenças e na promoção e manutenção da saúde.

Quando se permite que as pessoas falem livremente, sem a obrigação de se enquadrarem ao instrumento metodológico do pesquisador, a riqueza de detalhes e a explicitação de conteúdos novos e inesperados são frequentemente produzidos.

Como não houve a preocupação específica de aplicar questionários ou realizar perguntas previamente construídas para as reuniões, foi possível observar, espontaneamente, as diversas dimensões que se encontram associadas à hipertensão e ao diabetes, desde sintomas físicos, classicamente “padronizados” pelo discurso sobre a doença, até “sensações” subjetivas, difíceis de serem relatadas diretamente.

Esses conhecimentos são substancialmente significativos, pois são evocados de acordo com as necessidades e os pontos de vista de quem os produz. Essas informações se revestem de uma maior significação para o diagnóstico da doença e para propostas mais personalizadas de terapêuticas. Teoria e prática de saúde necessitam caminhar juntas. A desconstrução e a reconceitualização de uma delas, obrigatoriamente, deverão implicar o mesmo processo de mudança na outra, visando atualizar, explicitar e sistematizar os novos conhecimentos essencialmente voltados para a aplicabilidade social.

As pessoas, em determinado momento da vida, adoecem. Estar doente, ou com algum problema de saúde, é estar preso a algo que, além de limitar, também causa sofrimento, fragilidade, angústia, medo, desamparo, impotência. Ao procurar o médico e o seu conhecimento profissional, buscam alívio para os seus sofrimentos. Por sua vez, os médicos nem sempre se encontram devidamente interessados, preparados ou dispõem de tempo para cuidar dessas pessoas, mas apenas para avaliar e tratar racional e tecnicamente daquela enfermidade.

Por ser impossível para esses profissionais atenderem a todas as pessoas da mesma maneira, e com a mesma qualidade de relacionamento, essa interação dependerá muito das características pessoais e motivacionais, tanto dos doentes quanto dos médicos. Essa característica torna único e singular o vínculo do profissional de saúde com cada doente, uma vez que a dimensão humana é essencial na evolução e acompanhamento de cada doença (Delitti & Silva, 1996).

Falar de pessoas e de suas doenças poderia requisitar uma linguagem bastante densa para dar conta de tão complexas, amplas e profundas situações. No presente estudo se buscou alcançar uma perspectiva o mais simples, clara e objetiva possível, sem descaracterizar a

linguagem acadêmica. Como forma de rompimento com a exclusiva terminologia biomédica, procurou-se apresentar diversas expressões das próprias pessoas observadas, assim como alguns ditados populares por elas empregados, algumas vezes com sentido metafórico, mas muitas vezes com um objetivo bem literal de fornecer a ênfase necessária para configurar a amplitude da doença em suas vidas.

Essa perspectiva se mostrou apropriada, uma vez que para interpretar os sintomas orgânicos, elas apóiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referência, incorporados de acordo com os grupos culturais e sociais aos quais pertencem. As elaborações por elas realizadas estruturam-se em recursos coletivos empregados e regulados diferentemente em função das experiências pessoais e dos contextos onde se efetuam essas atividades interpretativas (*Adam & Herzlich, 2001*).

De idêntica maneira, é importante ressaltar o enfoque de Morris (1998), para quem a doença é fundamentalmente biocultural, podendo ser interpretada como uma ruptura e como uma forte ameaça à saúde e à vida, sendo vivenciada diariamente e lembrada a cada consulta, exame, tomada de remédios e limitações alimentares, transformando-se em uma permanente experiência de padecimento. A doença é um acontecimento na vida e não um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico, apenas. É um processo referente à conduta e à forma de olhar, havendo uma complexidade nos processos de saúde e de doença que ultrapassa o puramente orgânico.

Na doença, há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se deve tratar apenas o sintoma sendo, isso sim, imprescindível cuidar da pessoa. A doença deve ser repensada como processo, como fato cultural e como caminho. É necessário aprender com a doença. O restabelecimento da saúde se torna a ação de produzir subjetividade e sociabilidade, repercutindo em transformações na história pessoal e na doença (*Torre & Amarante, 2001*).

Para modificar e ampliar as possibilidades de entendimento sobre doenças, tornam-se necessárias modificações na ótica e no enfoque que se apresenta como absoluto e definitivo, sendo preciso definir-se o que, ou quem, causa o que, onde está “a ponta do fio da meada”, quando então será possível desconstruir as explicações hegemônicas e aumentar a visibilidade sobre as implicações desse modelo determinista para a construção e explicação de doenças. O comentário de um participante dos grupos explicita e confirma essa relação:

“Se a pressão vai bem, a vida também vai bem. Mas quando ela fica mal, é sinal que as coisas não estão nada bem” (homem, 72 anos, hipertenso, casado).

Os participantes dos grupos de aconselhamento, em uma grande parte já idosos, parecem estar vinculados a um sentimento de identidade de grupo, principalmente, por serem vítimas de uma dupla opressão: pela sua dependência social, definida por suas condições de vida e pela situação de velhice, muitas vezes, adiantada e comprometida pelas imposições da doença.

Por esse prisma, as narrativas também possibilitam uma variabilidade de sentidos, frutos de um processo de construção social, assim como contextualizam a existência de um processo dinâmico de re-significação que viabiliza a produção de sentidos singulares. Através de narrativas, torna-se possível entender os sistemas de relações envolvidos na construção e na expressão dos processos de doença (*Menegon, 2000*).

Atualmente, a narrativa sobre doenças vem ocupando um lugar predominante para o entendimento das relações envolvidas na sua instalação e presença, por permitir captar aspectos nucleares da vivência da doença em seus contextos socioculturais específicos. O seu fio condutor dirige-se para a análise das experiências do sofrimento das pessoas, para o estudo da realidade da doença, à parte das concepções e definições do discurso biomédico e o entendimento de que múltiplos e complexos fatores influenciam nas narrativas.

Ao efetuarem narrativas sobre doenças, elas pretendem organizar suas vidas e projetar possibilidades para o futuro. Mesmo que o ouvinte nada fale, mas simplesmente demonstre interesse ao ouvir, o narrador parece encontrar saídas para aquele impasse que, se tivesse guardado sozinho, sem ouvir a sua própria fala e questionamento, não teria chegado a alcançar alternativas viáveis para aquele problema.

Esse tipo de linguagem recebe o nome de “fala egocêntrica” para Vygotskii (1999) e tem uma função dela própria se ouvir e servir de espelho para dar sentido, como um eco e criar as condições necessárias para a solução dos impasses colocados pela vida.

Continuamente, novas narrativas são produzidas pela mesma pessoa em função de novas experiências de vida, tempo e condição sociocultural. Através de uma abordagem teórica e metodológica dos estudos sobre a doença, é possível definir essas narrativas como produtos sociais e culturais, como uma transformação e expressão do sofrimento dos corpos e, sobretudo, como a tentativa de quem sofre construir um novo contexto para suas vidas (*Hydén, 1997*).

As narrativas sobre doenças e histórias de vida, também revelam aspectos culturais que organizam, institucionalizam e controlam não apenas os cuidados com a saúde, mas explicitam conceitos sobre as doenças. As orientações culturais da coletividade, dentro da qual as pessoas

vivem, organizam o senso comum sobre as suas maneiras de entenderem e cuidarem das enfermidades. Mas, ao re-escreverem a doença, a refazem através das “lentes” teóricas e das formas particulares de suas práticas cotidianas (Kleinman, 1988).

Ao descrever narrativas também se descreve percepções, sentimentos, experiências e pontos de vista e para acompanhar a narrativa e até mesmo para realizar anotações informais sobre as suas experiências cotidianas, é necessário que se saiba antes como as pessoas vivem. Dessa forma é possível alcançar o entendimento das pessoas através de investigações que as examinem em seu *habitat natural*, que é o universo cotidiano em que os seres humanos vivem, olham, nomeiam, executam e fazem e o seu significado surge em função do seu uso pelas pessoas que integram aquela sociedade (Geertz, 2001).

Embora se refiram à mesma doença, existem diferenças entre as narrativas do médico e as dos doentes. A história que as pessoas narram é o relato originário e motivado que elas fazem de suas experiências de doença, dizendo respeito aos efeitos da enfermidade em suas vidas. A história do médico é aquela construída a partir de recortes das narrativas que lhes foram apresentados, destacando as partes da história pessoal e familiar da doença que lhes interessam e a partir dos sinais, os sintomas das enfermidades nos corpos (Cardoso, Camargo Jr. & Llerena Jr., 2002).

A narrativa tem uma importância vital para a perpetuação do grupo social que vivenciou ou produziu o fato narrado. Quando alguém fala da sua vida e da sua doença, estará expressando a interpretação do seu grupo através das suas palavras. Tanto ele, como os outros componentes do grupo seriam “mensageiros” de um “segredo” que necessita ser narrado infinitamente, através de gerações, para que se possa alcançar aqueles que tenham condições de proporcionar a solução, a “resolução”, para os sofrimentos do grupo – o médico, o religioso, o político.

Esses conhecimentos grupais tidos como “irrelevantes” ou “menores” pela ciência oficial, foram os que proporcionaram a sobrevivência daquelas pessoas em tempos passados, ajudando-as a superar as adversidades e os agravos à saúde. Ao se perderem essas informações, estarão sendo retiradas estratégias de sucesso para a sobrevivência do grupo e para o enfrentamento de doenças, o que tornará as pessoas ainda mais vulneráveis diante do agravamento dos problemas atuais aos quais se encontram, na maior parte das vezes, forçosamente expostas e sem muitas opções para serem superados.

Através de narrativas, são expressas dificuldades e impossibilidades para administrar a vida e o tratamento prescrito pelo médico. Em especial nas camadas populares, o aumento na

população de idosos é acompanhado de outro fenômeno concomitante que é a necessidade de ajuda para gerir as suas vidas, em função de algum tipo de incapacidade física, psicológica ou econômica. E, o sistema de saúde não se mostra capacitado, ou interessado, nesses processos de resolutividade relacionados com os processos de saúde e adoecimento.

A narrativa fala sozinha, fala por si mesma sobre os problemas que não têm voz nem falam sozinhos. Ela é o seu representante como se possuísse vida própria e pudesse falar sobre coisas alegres e tristes. As pessoas narram primeiramente para si mesmas, para preencherem lacunas intermináveis que ficaram e ficam ao longo da trajetória de suas vidas. Ao narrarem o sintoma de sua doença, ou os de outrem, também estão retirando delas o sintoma e a doença, meio que “*exorcizando o mal*” de dentro de si, buscando a sua purificação através do “*curador*” que se apresenta na figura do médico.

À medida que as narrativas são porosas, lacunares e fragmentadas, somente organizando e classificando os seus conteúdos e complementando-os com outras narrativas é possível construir e descrever uma certa ordem para os seus significados relacionados com a doença. Esses espaços vão sendo preenchidos à proporção que se narra e de acordo com as necessidades pessoais de cada momento da vida. Essa percepção assusta, traz instabilidade e inquietude, mas também proporciona arranjos novos da organização mental, gerando novas percepções e entendimentos.

As narrativas de sofrimentos e doenças se prestam muito bem a esse propósito de convergir recursos para a solução de problemas. A mobilização social e de recursos, bens e serviços de saúde, somente ocorre depois de muito sofrimento dos grupos economicamente excluídos. Epidemias e catástrofes são narradas através dos corpos mutilados, de casas destruídas, de famílias dizimadas. Nessas situações, verifica-se uma comoção social e sentimentos de compaixão, que nem sempre são apenas de solidariedade. Ou seja, parece haver a necessidade do “sacrifício” de alguns integrantes do grupo, para que aquela comunidade venha a receber atenção e cuidados, mesmo que de forma momentânea ou paliativa, devido a pressões sociais e interesses políticos.

Ao ser contada e compartilhada a vida retoma seu sentido, podendo ser vista como unidade e passível de ser englobada em um horizonte onde a pessoa se torna personagem e a sua história ganha perspectiva de resolução. Narrar uma história de doença, fornecer sentido e coerência e reunir sob uma mesma denominação diagnóstica um conjunto de sensações de mal-estar físico e psíquico são atos interpretativos, necessários para inseri-la no seu mundo pessoal e na relação com os outros (Souza, 2001).

Enquanto sofredoras, as pessoas podem ser cuidadas, mas como narradoras de sofrimento podem ajudar outras a se curarem, pois através de suas histórias o sofrimento estabelece vínculos de empatia entre o narrador e os seus ouvintes. Esses vínculos se expandem através das narrativas, construindo um imenso círculo de experiências compartilhadas, porque as narrativas que possibilitam a elaboração de processos de cura para o corpo não podem ser separadas, embora sejam diferentes aspectos de uma mesma figura.

Portanto, e de acordo com o enfoque apresentado por Frank (1995), em situações de enfermidade os corpos precisam de vozes e delas se utilizam para se expressarem, produzindo inúmeras narrativas que mudam constantemente, assim como também são possíveis de transformar as relações do corpo doente com a própria doença. Também se espera que os doentes consigam contornar as situações e as condições que determinaram a presença da doença, o que é bastante difícil, pois as suas dimensões são variadas e, na maior parte das vezes, escapam ao alcance e decisão pessoal ou de forma individualizada.

Segundo o modelo desenvolvido por Hawkins (1993), a “*patografia*” seria uma forma de mostrar as interpretações de experiências no convívio com doenças graves, tratamentos traumáticos e até mesmo a morte. Essa forma de narrativa expressa uma estrutura sob a forma literária e escritural, diferentemente do relato médico do caso clínico, como forma de relatos sobre experiências de adoecimentos que serviriam como modelo. Também explicitariam uma forma de reação ao modelo médico contemporâneo dominado unicamente pelo entendimento biofísico da doença em detrimento de outros aspectos e dimensões pessoais e sociais. São empregadas elaborações míticas, retóricas e imagéticas na representação, descrição e explicação dessas situações, visando interpretar conteúdos e construir significados para a história, a subjetividade, a identidade, a cultura e os sentidos da existência.

Quando o corpo sofre uma ruptura, uma desorganização em função da doença, ele necessita de reconstruir novas histórias, simultaneamente pessoal e social, para fornecer sentido e entendimento ao que está sofrendo com o objetivo de obter outro nível de atenção, organização e percepção de suas relações com seu grupo social e sua cultura. A narrativa teria o papel de ser um mediador entre o fato ocorrido e a realidade vivenciada, atuando na forma de aproximações sucessivas, pois é pouco provável que se consiga alcançar informações significativas através de apenas uma narração.

Esse é um dos grandes impedimentos da relação médico-paciente na racionalidade biomédica, pois através de apenas uma consulta já se pretende definir o diagnóstico e prescrever a terapêutica acertada. Na prática médica, a relação de conhecimento entre a

narrativa da doença e a escuta do médico, fator essencial para o bom entendimento do processo de doença, muitas vezes, é substituída pelos exames laboratoriais e tecnológicos. Desse modo, priorizam-se o sintoma e a doença, e o tratamento passa a ser conduzido por essa matriz diagnóstica.

As narrativas sobre a doença se organizam através de um enredamento de componentes, mutuamente constituídos e relacionais, transformando-se em um mosaico de possibilidades que aludem a elas, lhes fornecem sentido e lhe dão forma. O processo de reconstrução da experiência individual do sofrimento, através de narrativas, permite à pessoa estruturar sua identidade para definir responsabilidades e requisitar tratamento complementar (Silveira, 2000).

A premência de tempo diante da figura de autoridade, reforçada continuamente pelas consultas ambulatoriais, já está adequadamente incorporada. Contudo, como em qualquer outra situação inter-relacional, as pessoas desejam serem bem tratadas, ainda mais quando se encontram expostas e vulneráveis diante de situações graves e comprometedoras para a sua saúde e sua vida. Esta é uma das principais queixas do Sistema Público de Saúde, onde, freqüentemente, não podem ou não conseguem escolher os profissionais que irão “cuidar delas”, o que acarreta uma descontinuidade indesejável no tratamento, culminando, em muitos casos, em seu abandono, pela desistência do doente ou do médico.

O médico as condiciona assim, pois ele está sempre sem tempo, perambulando entre diversos “*empregos de saúde*”, expressão essa definida por uma participante dos grupos de aconselhamento (mulher, 64 anos, hipertensa e diabética, casada queixando-se da pressa do médico nos atendimentos que recebia quando morava no Rio de Janeiro). Entretanto, é necessário destacar que não existe neutralidade nem ingenuidade na narrativa dessas pessoas, pois elas estão falando de uma determinada posição, que define interesses específicos e interpretação particular, mesmo que esteja se referindo a uma situação bastante generalizada na prática médica.

Porém, é evidente a importância do interlocutor para a seleção narrativa do narrador, no caso específico do médico e do doente que irá narrar o seu sofrimento. O uso de diminutivos nas falas de alguns participantes confirmam essa situação de assimetria na relação médico-paciente:

“Doutora, deixa eu falar rapidinho...”; “Posso interromper só um momentozinho...”; “É só rapidinho...”; “É só um instantezinho...”.

Categorias sobre percepções acerca da hipertensão arterial e *diabetes mellitus*

A seguir serão apresentados os resultados de narrativas das pessoas observadas, no sentido de trazer à tona as experiências vivenciadas ao longo do trabalho de campo, procurando explicitar as percepções e os sentidos por elas fornecidos para a convivência e o tratamento da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*.

As percepções sobre a hipertensão e o diabetes foram agrupadas em oito categorias, em função de sua recorrência nas narrativas. Essa classificação emerge da organização das informações coletadas e organizadas de acordo com a abordagem interpretativa e reflexiva especificada na metodologia do presente estudo.

Há de ressaltar que não se pretende alcançar os “tipos puros” ou “categorias puras”, até por que as narrativas são circulares e recorrentes, o que ocasiona uma pluralidade de elementos presentes nas falas das pessoas com o objetivo de fornecer sentido para o que está sendo comunicado sobre a sua doença e sobre a sua vida.

As categorias foram construídas tendo como base um referencial interno, a partir das descrições das próprias pessoas observadas nos grupos de aconselhamento. Foram estruturadas de acordo com a teoria tagmêmica, tanto pela função (referencial êmico) como pela descrição (referencial ético) que ocuparam dentro da estruturação narrativa dos grupos (*Houaiss, 2001*).

1. Fatores Desencadeantes e Condições de Vida

A descoberta da hipertensão e do diabetes, confirmada pelo diagnóstico médico e exames laboratoriais, freqüentemente se encontra relacionada a situações consideradas insatisfatórias na vida. Essas condições pessoais, sociais e profissionais aparecem associadas a desregramentos inerentes aos seus modos de vida e, que, freqüentemente remetem a uma certa parcela de culpa pelo descaso aos cuidados com a saúde.

Muitas vezes, a presença da hipertensão e o diabetes é percebida como uma fragilidade pessoal que foi sendo instaurada ao longo da vida, por causas diversas, tais como: alimentação inadequada, comportamentos de “risco”, atividades profissionais insalubres, herança familiar. Ou seja, guardam uma relação com descuidos ou fatalidades.

Condições sabidamente adversas para a saúde relacionadas com as ocupações profissionais representam um perigo potencial e que não podem ser controladas apenas pelas pessoas que se encontram cotidianamente e recorrentemente expostas a esses agravos. Diversos

participantes dos grupos relataram “já terem ouvido falar” que o seu tipo de trabalho – sol, chuva, friagem – fazia a “pressão descontrolar”, mas não podiam parar de trabalhar.

A imperiosa necessidade de obter o mínimo para o sustento da família obriga muitas pessoas a uma perigosa exposição frente a situações sabidamente comprometedoras para a sua saúde. O relato de um participante emocionou os profissionais da equipe quando narrou sobre seu sentimento de culpa pela morte da esposa:

“Eu sabia que fazia mal e tinha que botar a mulher e os meninos pra trabalhar na friagem. Minha mulher morreu do coração e um dos meninos é fraco do coração por causa disso” (homem, 56 anos, hipertenso, viúvo).

Embora a presença de sintomas físicos seja freqüentemente relacionada à hipertensão, a sua descoberta, muitas vezes, ocorre sem a presença de um sintoma específico, como pode ser observado nos seguintes relatos:

“Eu não sabia que tinha pressão alta. Um dia fui levar a minha filha no pronto-socorro e o médico olhou minha pressão porque eu tava muito nervosa. Aí mandou chamar meu marido pra levar minha filha pra casa e me deixou internada” (mulher, 59 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu morava na roça e tinha vergonha de ir no médico. Eu tava grávida da segunda vez e levei um susto quando fui ter o parto em casa e era duas meninas. Fiquei com medo de morrer e deixar as meninas no mundo, sem mãe pra cuidar delas. Só depois é que fui no médico pra consultar e ele falou que era pressão alta” (mulher, 62 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu era normal. Aí um dia eu levantei cedo e fui tirar leite. Aí senti tonteira, parecia que tava andando em cima de tora de árvore, como se ficasse voando no ar e trocasse as pernas. Eu acho que caí. Eu só fui voltar no outro dia lá no hospital. Eu não fiquei com tino de nada” (homem, 53 anos, hipertenso, casado).

As pessoas enfrentam drásticas modificações em suas vida como decorrência da instalação da doença, estabelecendo-se a necessidade de estruturar novas condutas e rotinas para administrar a vida, seguir a terapêutica prescrita e se adaptar aos efeitos dos medicamentos. A doença crônica demanda constantes exames e consultas e estabelece dificuldades para conciliar suas atividades profissionais e obrigações domésticas.

Também buscam relacionar e interpretar situações e condições específicas que auxiliam na explicação da instalação de doenças, relacionando-as com características pessoais, situacionais ou profissionais. Algumas delas transferem para os outros a responsabilidade pela instalação da doença. A atribuição de causalidade encontra-se marcada pelo esforço de negociarem essa responsabilidade e, ao narrarem sobre ela, fazem mais do que apontar para fatos consumados, uma vez que reorganizam as dimensões de uma determinada realidade da qual outras pessoas fazem parte (Rabelo, 1999).

Nessa mesma linha de entendimento, o trabalho de Rodrigues & Caroso (2001) aponta para o fato de que o discurso sobre a causalidade da doença centraliza o sofrimento na instância pessoal de quem sofre, ao mesmo tempo em que a cura representa os aspectos que podem ser compartilhados e apropriados por outras pessoas:

“A cura representa a compensação pelo sofrimento, funcionando como elemento sistematizador da experiência/trajetória, e constitui o parâmetro que demarca o reconhecimento legitimador do sofrimento” (p. 143).

No caso específico da hipertensão e do diabetes, que não possuem remissão completa, seguir corretamente a terapêutica e evitar os seus possíveis agravos teriam os mesmos significados para os seus portadores, como forma de reconhecimento social por estarem fazendo a parte que lhes cabe no enfrentamento e tratamento dessas enfermidades.

Por diversas vezes, a percepção de muitas pessoas observadas é de que a instalação da doença ocorreu em função de alguma causa externa a elas, tais como problemas emocionais, perdas afetivas, situações pessoais ou profissionais. Portanto, de idêntica forma a cura também deveria vir de fora. Esse fato pode explicar, em parte, a preferência por terapêuticas medicamentosas e que pouco exigem de modificação de hábitos em suas vidas.

Situações traumáticas da vida cotidiana ou hábitos considerados inadequados para a saúde se somam aos problemas pessoais e da doença, dificultando ainda mais o seu tratamento. Variações do tempo e modos de vida também estão relacionados com a presença da hipertensão e do diabetes, como nos relatos seguintes:

“Estou muito abalada com o acidente que matou três amigas minhas anteontem. Me dá uma bambeza e uma tremedeira nas pernas. Sempre fui assim. É o meu jeito. Mas isso faz mal pra minha pressão” (mulher, 37 anos, hipertensa, solteira);
“Eu já bebi e fumei muito, aí deu problema de pressão e eu comecei a faltar no serviço. O médico da firma falou que se eu não parasse ia me demitir. Aí eu parei

na marra. Mas o mal já tava feito. Até hoje eu não recuperei” (homem, 60 anos, hipertenso, casado);

“Eu fumei durante muito tempo e agora pago as conseqüências. Tem nove anos que parei, mas meu organismo ficou todo atrapalhado. Eu sinto muita dor no peito, no corpo e nas veias, que os médicos falam que é da pressão” (homem, 71 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Quando esfria, eu fico pior. No inverno eu sofro muito, eu sinto dor nas juntas. Eu acho que adoeci por causa de friagem quando morava na roça. Naquele tempo eu sofri muito. Por isso é que quando esfria a minha pressão não controla” (mulher, 55 anos, hipertensa e diabética, casada).

A instalação da hipertensão e do diabetes é também percebida como sendo conseqüência de sofrimentos e privações vivenciadas ao longo da vida, situações que não tiveram como evitar. As atividades profissionais, além de proporcionarem o sustento familiar, também estão associadas à valorização social de capacidade física e mental. Ao serem declaradas incapacitadas para as funções laborativas, as pessoas também se sentem reduzidas em outras dimensões de suas vidas.

Relatos que associam a instalação da hipertensão e do diabetes às atividades profissionais foram bastante freqüentes, principalmente, quando essas atividades são consideradas “pesadas” ou insalubres. De fato, elas sabiam que essas atividades poderiam causar-lhes danos à saúde, mas não tinham como se abdicar delas.

“Tem oito anos que passei mal na obra que eu trabalhava. Me levaram no pronto-socorro e a pressão tava muito alta. Tive que encostar pelo INPS, porque já não conseguia pegar peso nem ficar no alto. Pro meu tipo de trabalho eu fiquei inútil” (homem, 58 anos, hipertenso, casado);

“Eu era muito forte e pegava muito peso, mas não sentia nada. Um dia eu fui pegar uns caixotes e senti zonzeira. O encarregado me levou no pronto-socorro. A pressão tava muito alta eu não sentia nada, só uma zoeirinha do lado do ouvido direito. O médico já me internou na hora. Aposentei pelo INPS, emagreci e hoje sou um homem fraco” (homem, 69 anos, hipertenso, casado);

“Eu trabalhei no pesado 31 anos e nunca precisei de médico. Só fui descobrir que tinha pressão alta e o coração tava crescendo quando fui operar de hérnia. Demorei

muito pra controlar a pressão e fazer o coração parar de crescer. Mas a minha vida ficou muito mudada” (homem, 66 anos, hipertenso, casado);

“A minha pressão ficou assim por causa do meu trabalho noturno. Tinha um regulamento rigorosíssimo que deixava todo mundo muito nervoso. Eu ia pra casa nervoso e não conseguia dormir. Qualquer barulho eu brigava lá em casa. Eu sei que prejudiquei muito a minha família, mas a gente precisava do dinheiro pra pagar as contas. Por isso que dá muita raiva saber que tem muita gente roubando de quem precisa no país afora” (homem, 77 anos, hipertenso, casado).

Muitas pessoas observadas têm plena consciência de que suas condições de vida contribuíram para a instalação e ainda contribuem para a manutenção da doença e para limitar a sua recuperação, estabelecendo uma espécie de “determinismo social da doença”. O fatalismo em suas vidas desenvolveu um sentimento de “aceitação” que, embora não possa ser definido como comodismo, determina uma incapacidade de superação, pois não depende apenas delas a modificação dessas situações limitantes. Nesses casos, elas fazem questão de desconsiderar as relações causais, como pode ser notado no comentário seguinte:

“Eu vou morrer de qualquer jeito, com pressão ou sem pressão” (homem 52 anos, hipertenso, casado).

As duas médicas que participaram da equipe que coordena os grupos, por diversas vezes destacaram a falta de condições pessoais e financeiras para a implementação de modificações nos modos de vida dos participantes, desde hábitos alimentares a comportamentos considerados de risco. O comentário de uma delas expressa esse fato:

“O problema social desses pacientes é muito grande e atrapalha fazer corretamente o tratamento. A falta de medicamentos no SUS é outra coisa que complica muito a vida pra eles. Simplesmente eles não têm dinheiro pra comprar na farmácia e nem mandar manipular. Eles ficam abandonados pelo Sistema de Saúde. Tudo é precário na vida deles, até falar dos seus problemas é difícil, porque não estão acostumados a reclamar. Essas pessoas já acostumaram com os sintomas. Parece que o doente crônico vai adaptando o sintoma ao seu organismo e à sua vida e acabam passando mal quando não conseguem controlar os sintomas. Eles adaptam a zonzeira, a pressão, o tremor, o mal-estar, pois parece que o médico vai repreender, vai zangar com eles por causa disso. Alguns médicos

fazem isso mesmo, mas é injusto uma coisa dessas. Eles falam que é só assim que os pacientes entendem. Eu não acho isso não. Se a gente repreender e zangar só vai piorar o problema. Mas tem pessoas que realmente não adianta falar, orientar ou encaminhar para o pronto-socorro, porque simplesmente não vão. Eles não aceitam o fato da doença crônica, de ter que fazer exames diretos, de furar o braço e a perna todo dia” (médica da equipe).

Relacionar problemas de saúde a outras dimensões da vida pessoal é um procedimento bastante freqüente. A doença se torna mais um componente para intensificar o impacto das limitações sociais.

O entorno social é um problema freqüente nos relatos relacionados à hipertensão. Problemas familiares e com vizinhos aparecem como componentes que dificultam o controle da pressão ou concorrem para a sua elevação. Em alguns deles, é possível observar claramente como os dramas pessoais são tornados públicos, ocasionando tensões e conflitos que não conseguem adiamento. As ruas dos bairros onde residem se transformam em espaço de convivência e sociabilidade entre seus moradores, mas são também percebidas como perigosas e consideradas com bastante reserva, especialmente pelos mais idosos.

“Eu moro perto de certos vizinhos que fazem uma bagunça danada e eu não durmo. Eu não tenho dinheiro pra mudar de lá. Isso me dá nervoso e a pressão sobe. Eu falei com um rapaz que mudou pra lá pra fazer menos bagunça. Ele riu de mim e falou que eu vou ter que agüentar. Eles são tudo maconheiro” (mulher, 60 anos, hipertensa, divorciada);

“Eu estou muito nervosa. É por causa dos meninos lá da minha rua. Eles brigam muito porque eu zango com eles. Eles ficam chutando bola na minha porta. Isso é um absurdo. A minha pressão sobe e eu ponho sangue pelo nariz. Ai eu tenho que ir no pronto-socorro” (mulher, 50 anos, hipertensa e diabética, casada).

Alguns problemas para dormir foram também relacionados à presença da hipertensão e do diabetes. Freqüentemente as pessoas mais idosas desenvolvem hábitos sedentários e, muitas vezes, necessitam de medicamentos para dormir. Elas “forçam” os médicos a receitarem e, quando não têm o medicamento, apresentam dificuldades com o sono.

“A pressão me dá certa bambeza, aí eu procuro controlar comendo menos. Mas eu acordo de noite com fome. Só durmo de novo se bater um prato de comida. Aí eu durmo o resto da noite” (homem, 77 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu tô meio esquecida. Ando sentindo umas fisgadas na cabeça. Já cai muitas vezes na rua e machuquei. Eu tomo dezesseis comprimidos por dia e ainda tenho uma dor no peito que não me larga. Eu acho que isso não é só pressão. Eu não durmo de noite. Isso me prejudica. Se eu não sarar disso eu não sarar do resto” (mulher, 56 anos, hipertensa, casada);

“A pressão me acorda de noite. Não sei de onde vem. Quando eu acordo eu sinto diferente. Já sei que a pressão ficou alta” (mulher, 68 anos, hipertensa, casada).

É importante destacar que essas pessoas demonstram fortes sentimentos de revolta com a desigualdade social à qual estão submetidas, pois essas condições são percebidas e relacionadas com muitos dos seus sofrimentos. Essas situações impostas pela vida envolvem muito mais que lamentos. São preocupações que denotam a amplitude da desigualdade social, diretamente relacionada ao sofrimento e ao adoecimento impostos às classes populares.

“Eu sempre fui pobre mas já ajudei muita gente a ficar rica. Eu tenho pressão alta por causa do meu serviço pesado, mas também porque tenho muita raiva da exploração que me fizeram. Eu ficava mais de mês sem ir em casa porque o patrão queria que a obra ficasse pronta depressa e a gente tinha que trabalhar direto, sem folga” (homem, 72 anos, hipertenso, casado);

“Eu trabalhei muitos anos na roça. Eu fazia trabalho de homem mesmo e tinha que dar conta da casa. Eu via o patrão fazer cada festança pros amigos dele e eu lá trabalhando igual burro. Depois ele me mandou embora ‘com uma mão na frente e outra atrás’. Eu passei até fome. Só depois é que eu pus advogado pra ele me pagar os direito e assinar pra mim aposentar. O problema que eu tenho da pressão vem disso, porque ninguém na minha família tem. Eu sei que a minha pressão não tem cura, porque como é que tem jeito de curar todo o meu sofrimento?” (mulher, 68 anos, hipertensa, viúva);

“Se não fosse Deus pra me ajudar eu já tinha morrido. Eu tenho tanto problema na minha vida que pode virar o dia aqui que não dá tempo pra contar. Tudo do que eu sofro vem da minha vida. Tem remédio pra isso? Se eu pudesse mudar eu mudava tudo na minha vida” (mulher, 59 anos, hipertensa, separada).

Diante dessa estrutura social, o que move essas pessoas? Quais as possibilidades de romperem com os limites e controles sobre seus corpos e suas vidas? A percepção dessa imposição social é também referenciada por alguns médicos, como pode ser observado no seguinte relato:

“O tratamento da hipertensão encontra-se relacionado com as condições de vida dos doentes, dependente do grau de entendimento, uma questão cultural e de consciência de cada um e do seu poder sócio-econômico. Muitos doentes abandonam o tratamento mesmo depois de um evento grave, um AVC por exemplo, porque dizem que não estavam sentindo mais nada ou porque não tinham dinheiro para comprar uma determinada medicação mais cara. As duas coisas são verdades, mas vão trazer problemas para a saúde deles” (médico, neurologista e neurocirurgião).

As condições de vida da população brasileira estão diretamente relacionadas ao acelerado avanço das doenças crônico-degenerativas. As precárias condições sócio-econômicas que a grande maioria das pessoas vivencia impedem a implementação de medidas que funcionariam como anteparos frente às imposições do modelo capitalista.

Essas condições têm uma expressiva importância na vida dos doentes e no tratamento da hipertensão e do diabetes e são claramente percebidas e expressas em alguns relatos. A impotência para modificar essas condições se reflete nas maneiras como lutam e enfrentam as adversidades presentes em suas vidas.

“Eu não estou tomando remédio que é bom pra abaixar o colesterol porque é muito caro. A mãe de uma amiga da minha filha que mora em São Paulo toma um natural e mandou pra mim experimentar. Se a minha filha não me ajudar eu não posso tratar direito” (mulher, 68 anos, hipertensa, viúva);

“Não dá pra seguir a receita que a nutricionista mandou. Do jeito que ela manda não tem condição. Só gente rica pode fazer dieta. Gente como eu tem é que parar de comer. É costurar a boca. Eu vou perder peso, mas vai ser muito difícil pra mim” (mulher, 65 anos, hipertensa, casada);

“A vida tá muito difícil sem doença. Com a doença, fica pior. Não dá pra fazer tudo que os médicos mandam. Pode até zangar comigo. Não é falta de vontade. A gente tem outras coisas pra fazer na vida” (homem, 57 anos, hipertenso, casado);

“O problema da minha pressão é a falta de condição pra comprar os remédios e as frutas que a nutricionista passou. Os remédios do SUS me dão sono e secura na boca. E eu preciso trabalhar pra ajudar lá em casa. Como é que eu faço? Nem as minhas obrigação de casa eu consigo fazer direito. E ainda tem o meu marido pra cuidar que é mais doente que eu” (mulher, 60 anos, hipertensa, casada).

Problemas econômicos para comprar os medicamentos, falta de orientação do médico, falta de entendimento são alguns dos principais motivos alegados para não realizar o tratamento ou para não conseguir controlar a pressão. Alguns comentários manifestam essas dificuldades:

“Eu só sei riscar o meu nome. O médico me explicou do jeito dele como eu tenho que fazer pra tomar o remédio, mas eu não entendo. Eu só tomo na hora que sinto mal” (mulher, 56 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Eu fiz todos os exames que o médico mandou. Deu que sou ‘cardiopata’. Ele passou um monte de remédio, mas não posso comprar. Eu não posso andar direito. É muito sacrifício descer e subir o morro onde eu moro” (homem, 71 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu não sei como tomar esse tanto de remédio. Aí tomo tudo junto” (homem, 52 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu já estou mais ou menos acostumado com essa pressão maluca. Eu sinto mais ou menos quando tomo o remédio. O médico do posto passou uma receita pra mim. Eu fui no SUS e não tinha nenhum deles. Aí eu fui na farmácia e resolvi comprar o mais barato” (homem, 49 anos, hipertenso, casado).

Essas situações são frequentemente mencionadas nas reuniões dos grupos e têm uma relação bastante grave em sua trajetória. As ocasiões em que essas pessoas passam por internações hospitalares poderiam ser utilizadas para ampliar o entendimento sobre as terapêuticas da hipertensão e do diabetes. Porém, não é isso que se verifica na prática hospitalar, como pode ser constatado nos relatos seguintes:

“Eu fiquei internada cinco dias no hospital. O doutor só passava remédio e nem ia lá me ver. Me deu alta, mas eu passei mal de novo e voltei. Aí não tinha vaga e eu fiquei no soro. Eu não tenho condições pra comprar os remédios da receita dele” (mulher, 63 anos, hipertensa, viúva);

“Tem um problema sério no hospital. Os pacientes saem de alta na segunda-feira e já retornam pra internar na quinta-feira. Parece que o tratamento foi perdido. A pressão sobe tudo de novo. São pessoas muito humildes, simples e pobres. O que falta mesmo é orientação pra elas entenderem o que precisam fazer. Elas também têm que escolher entre comer e tomar o remédio que o médico passa. E os médicos não querem nem saber, só receitam e pronto” (auxiliar de enfermagem).

O enfrentamento da doença impõe novas ordenações e define prioridades possíveis dentro do contexto e das condições de vida. O conhecimento sobre a percepção das outras pessoas e a convivência com tudo o que é novo, causa forte estranhamento e determina novos arranjos subjetivos. Somente prestando atenção nas dimensões subjetivas e culturais, é possível compreender as práticas adotadas diante de situações extremas de carência de recursos e de limite de perspectivas.

Os cuidados proporcionados e recebidos, especialmente através do ambiente familiar, freqüentemente ampliados por casamentos, participação em atividades religiosas e grupos de apoio são fundamentais, até mesmo vitais, para resgatar afetividades e aumentar a resolutividade, parcial mas fundamental, para a continuidade da vida. O sentimento de “pertença”, de se saber aceito e integrante de um grupo, uma espécie de suporte social, poderá auxiliar na capacidade para suportar e diluir os outros sofrimentos da vida.

Os momentos de crise podem servir para reavaliar, redimensionar e redirecionar ações e investimentos em suas vidas. Observa-se que muitas pessoas relatam experiências de sofrimentos e perdas pessoais, tendo ocorrido enfrentamento e luta. Entretanto, quando as fatalidades são freqüentes e as condições de vida desfavoráveis, vai ocorrendo um significativo “afrouxamento” dessa determinação.

A luta diária se torna extremamente penosa, exigindo um esforço hercúleo para persistir nela. Através da fala de uma senhora é possível confirmar a presença dessa batalha diária pela sobrevivência. Com a palavra a senhora:

“O sacrifício que a gente faz para viver e ficar sem doença é muito grande, por que do jeito que a gente vive, não tem jeito. A gente não vive, a gente só luta. É igual bicho, e eu não sou bicho não” (mulher, 79 anos, hipertensa, viúva);

“Eu sou doente desde menina. Eu vejo os problemas na televisão e sei o que é. Eu sei até mais do que aquilo lá, muito mais. Quem está de fora não tem a noção do que é” (mulher, 80 anos, hipertensa, viúva).

À proporção que a doença progride em seu quadro degenerativo e novos eventos ocorrem, tais como limitações e comprometimentos, o que contribui para a elevação do temor diante da possibilidade de ocorrência de eventos mais graves, é possível observar como a doença crônica vai minando a resistência e a capacidade de enfrentamento de problemas cotidianos, não apenas relacionados com a sua presença.

Como essa situação repercute no seu psiquismo, quadros de ansiedade e insegurança vão sendo simultaneamente instalados, muitas vezes, surgindo a necessidade de prescrição de medicamentos específicos para essas queixas, uma vez que não é possível extinguir as suas causas. E essa condição gera uma recorrência muito difícil de ser rompida, pois a elevação da pressão ocasiona alterações em todas as dimensões da vida e o medo de algo mais grave acontecer contribui para a elevação da pressão. Nessas situações se desenvolve uma trama de influências, sendo difícil definir e tratar, o que é causa e o que é consequência.

Portanto, a terapêutica, especialmente para o caso de doenças crônicas, necessita ser constantemente revista e adaptada às condições de vida, o que torna imprescindível a sua participação ativa no tratamento para que sejam respeitadas a sua singularidade e as suas prioridades (Moura et al., 2002). Tal procedimento torna possível resgatar a identidade das pessoas, fragmentada e reduzida pela doença e pelas limitações impostas pelo tratamento médico tradicional.

A convivência com uma doença crônica envolve escolhas, nem sempre possíveis de serem definidas pela própria pessoa para orientar o empenho no seu enfrentamento. Essas possibilidades e mecanismos utilizados para a solução de problemas não são, a priori, boas ou ruins, podendo servir para o bem estar psicológico naquele determinado momento, mesmo que não sejam adaptativamente as melhores a longo prazo. Podem também funcionar para manter um certo controle e elevar o auto-conceito, algumas vezes com o objetivo de fugir do problema de forma imediata, desconsiderando as informações e suas consequências futuras (Herey, 1990).

Quando ocorre a convergência de ações e cuidados no tratamento, os resultados freqüentemente são favoráveis. Alguns casais que participaram dos grupos apresentavam hipertensão e diabetes, o que demanda uma relação de troca, dependência e cuidados entre os parceiros. Muitas vezes, a imperiosa necessidade de cuidados mútuos favorece a aproximação do casal, como pode ser notado nos seguintes relatos:

“Eu tô com problema nas vistas. O médico falou que vou ter que operar. Também sinto dor nos dedos do pé e de noite meu coração dispara. Se não fosse a minha

mulher eu já tinha ido. É muito problema em uma pessoa só” (homem, 70 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu tenho pressão alta desde muito tempo e tomava os remédios que o médico do posto passava. A minha mulher cuidava de mim, mas não sabia que tinha pressão alta. Tem onze anos que ela teve derrame e ficou entrevada numa cadeira de rodas e nem consegue falar” (homem, 65 anos, hipertenso; esposa, 62 anos, hipertensa);

“O meu coração está muito alterado. Se subir um morrinho eu sinto pressão no coração. Meu marido não pode ficar na fila pra pegar ficha pro cardiologista porque ele trabalha de noite. Eu não consigo ficar sem dormir por que a pressão descontrola. É muita dificuldade na vida da gente” (mulher, 53 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Viver com a pressão alta atrapalha muito a minha vida. Não é só questão de comida, mas é tudo. Ainda bem que o meu marido é muito bom e me ajuda porque se não o coração não agüenta. Tudo tem que ser regrado. Eu gosto de trabalhar e de fazer as coisas, quitandas pros netos, mas não posso mais, eu não agüento mais o trabalho” (mulher, 66 anos, hipertensa, casada).

Eventos desencadeantes externos, muitas vezes, aparecem relacionados à presença de fatores internos como explicação para a presença da hipertensão e do diabetes. Em decorrência de informações médicas que incorporaram ao longo do tratamento, algumas pessoas produzem narrativas que se encontram permeadas por explicações que se pretendem técnicas e lógicas para justificar a ocorrência da doença.

Às vezes, elas nem percebiam problemas de hipertensão e de diabetes na família, mas depois que descobriram a doença em si próprias, passaram a relacionar a sua situação à ocorrência de morbidades e morte de pais e familiares. Parece que esses componentes familiares amenizam o impacto da culpa pela presença da doença, que não se fez nada de errado para a sua instalação.

Em diversas ocasiões em que narravam sobre a perda de familiares ou de amigos com quem mantinham fortes laços afetivos, as pessoas explicitavam uma grande necessidade de atenção e apoio, pois reviviam essas situações o que, por diversas vezes, contagiava outros participantes do grupo e os profissionais da equipe de saúde.

“Eu acho que minha pressão descontrolou depois da morte do meu pai. Isso trancou a minha vida. É o sangue italiano que faz isso. Eu me senti sozinha depois

disso. A gente era muito ligado. Italiano é assim” (mulher, 65 anos, hipertensa, casada);

“Quando pai e mãe têm problema de pressão é mais difícil não ter e mais difícil batalhar pra controlar. E o pior é que eu devo ter passado isso pros meus filhos. Mas eu acho que não tinha jeito não porque tava dentro de mim. Eu falo pra minha mulher rezar pra não ter esse problema, porque é pior que tudo” (homem, 56 anos, hipertenso, casado);

“O meu problema da pressão e da diabete é de família. O meu pai morreu disso e todos os meus irmãos têm. A minha mãe também morreu com problemas, mas naquela época a gente da roça não sabia dessas coisas, ninguém consultava com médico. Eu só descobri porque cai da bicicleta e no pronto-socorro viram que a minha pressão tava muito alta” (homem, 52 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Meus pais morreram com pressão alta e minha irmã morreu de derrame cerebral com 23 anos. Lá em casa, a minha mulher tem pressão alta e diabete e a minha filha tem problema de ‘retardamento no cérebro’. No dia que todo mundo complica, lá em casa, fica difícil agüentar. Lá em casa, é a doença que manda na vida da gente, é ela que leva a gente” (homem, 54 anos, hipertenso, casado);

“Eu sei que esse meu problema é de família. Eu estou doente, mas é um problema que eu herdei. Eu tenho que aprender a conviver com essa realidade” (mulher, 40 anos, hipertensa, casada);

“Hoje eu entendo que meu pai, minha mãe, dois tios e uma tia morreram de pressão alta. Era tudo muito de repente e a gente não conseguia entender os motivos. Eu acho que se eu não estivesse com tratamento eu já tinha morrido” (homem, 68 anos, hipertenso, casado).

2. Sintomas Físicos

A instalação da hipertensão e do diabetes se reveste de explicações que, muitas vezes, estão permeadas por associações que remetem aos modos de vida adotados, ao acaso, a alguma forma de determinismo social, ao destino ou a algum desígnio divino.

Embora a hipertensão receba o nome de “assassina silenciosa”, em estágios mais avançados alguns sinais já conseguem romper esse silêncio e buscam manejar esses sintomas como forma de controlar a pressão e sofrer o mínimo de suas conseqüências. Parece ser uma

condição bastante freqüente a busca que desenvolvem para conviver e adaptar o seu corpo e as suas vidas à situação inexorável da doença. Para essas explicações, as pessoas lançam mão de associações, comparações, metáforas e jogos simbólicos como forma de melhor explicitá-los e representá-los para si mesmos, para os outros e, especialmente, para os médicos.

As inúmeras formas descritivas dos sintomas também são rapidamente assimiladas e incorporadas pelos profissionais de saúde, o que favorece o processo comunicacional durante as consultas. O universo cultural dos doentes fornecerá as bases para as relações entre os sintomas e as maneiras de explicá-los.

A doença crônica não permite alívio nem descanso ao seu portador, pois está sempre à espreita de um descuido, um relaxamento para se manifestar. Sintomas tais como bambeza e tonteira parecem expressar que essas pessoas se sentem “na corda bamba”, se desfazendo através da doença. Os efeitos adversos dos medicamentos, comprometendo todas as áreas da vida, são também utilizados como expressão desse sentimento de fragilidade diante da doença.

No caso de jovens ou com pouco tempo de instalação da doença, observa-se uma curiosidade e atenção muito grandes a respeito de seus sintomas e tratamentos. Com a mesma intensidade, a aflição e o temor também estão presentes em suas narrativas. Porém, o fato de algumas pessoas já terem sofrido complicações em decorrência da hipertensão, ou já terem realizado algum exame invasivo, faz com que elas expressem um temor muito maior de sua repetição e agravamento. Nesses casos, a doença é percebida como um “sinal do fim da estrada” ou um “túnel sem saída”.

“Eu fui operada do coração. Depois disso eu fiquei vagarosa pra fazer as coisas e se forçar eu sinto dor no peito. Eu sei que estou por um fio” (mulher, 59 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu fiz cateterismo e tem dois meses que estou esperando para operar. Deu uma veia atravessada e eu não posso andar muito nem pegar peso que dá uma canseira danada. Eu sei que a situação não é boa” (homem, 77 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu já fiz cateterismo no braço direito. Eu passei muito medo porque eu sentia muita dor. Agora tenho que emagrecer de qualquer jeito” (mulher, 57 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Teve uma vez que senti muita dor no peito que parecia que ia me matar. Eu senti muito medo de morrer. Agora carrego uma bolsa que é pra colocar os remédios. Aí eu não esqueço de tomar de jeito nenhum” (mulher, 52 anos, hipertensa, viúva).

Inúmeras foram as referências aos sintomas físicos para confirmar a elevação da pressão arterial. Os sintomas mais freqüentes estão relacionados a “sensações” em diversas partes do corpo, tais como: dor, bambeza, tonteira e dormência. Dentre inúmeros comentários, alguns serão apresentados a seguir:

“Se esquecer de tomar o remédio a pressão me avisa. Eu sinto que ela ta alta porque dá tonteira” (mulher, 46 anos, hipertensa, casada);

“Se andar depressa a pressão sobe. Eu sinto isso. Se pegar peso também. No dia que eu faço faxina geral lá em casa eu sinto que ela sobe” (mulher, 58 anos, hipertensa, casada);

“Depois que a pressão descontrolou eu sinto tonteira, bambeza nas pernas e tremura nos braços. Até o médico do posto não ta sabendo o que fazer pra melhorar isso” (mulher, 76 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Quando a minha pressão ta alta eu sinto a cabeça meio pesada e dormência nas mãos. A minha mulher sente isso igual. Teve uma vez que estourou duas veias na minha cabeça. Eu dei sorte porque o sangue saiu pelo nariz” (homem, 48 anos, hipertenso, casado);

“Eu sei quando a pressão sobe, é quando dá uma dor lá dentro do olho que sobe pra cabeça e desce na nuca. É uma dor muito forte que as pernas ficam sem jogo e não consigo andar. O mundo inteiro fica rodando na minha cabeça, é uma coisa horrível (mulher, 56 anos, hipertensa, solteira);

“Quando a pressão sobe dói o lado esquerdo do pescoço e ele fica inchado. Eu fico vermelha e começa a faltar ar” (mulher, 57 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu não preciso nem de aparelho. Me dá dor na cabeça e eu fico estranho. Não dá outra. Posso olhar na farmácia que ta alta” (homem, 59 anos, hipertenso, casado);

“Quando a pressão sobe, eu sei. Me dá uma dor no peito e o braço esquerdo dá uma queimação. Tem dia que ele fica pesado e precisa de alguém me ajudar a vestir a roupa e ir na rua” (mulher, 54 anos, hipertensa, separada).

As pessoas elegem um medo específico, ou um conjunto deles para assumir o tratamento. Principalmente, a partir de uma certa idade, em torno de 50 anos, elas passam a ver amigos terem complicações e morrer. Nessa idade, é freqüente o surgimento de outros problemas de saúde, específicos da idade, mas comumente correlacionam esses problemas à presença da hipertensão e do diabetes.

Relacionado a essa percepção e incluindo a idéia do corpo como uma máquina, o coração se torna um local privilegiado de apreensões e temores, recebendo múltiplos significados por parte dos hipertensos.

Diante da possibilidade de ocorrência de sintomas, as pessoas sentem e vivem cotidianamente como se estivessem em permanente estado de alerta, presentindo que algo ruim, “uma catástrofe”, estivesse prestes a acontecer. Os principais eventos que as aterrorizam se relacionam com o derrame, o infarto ou o “coração crescer e arrebentar”.

“Coração grande”, “coração crescido”, “coração que arrebenta”. Rotineiramente, quando esses termos são referenciados também surgem indagações sobre “o que fazer para o coração parar de crescer”, “se controlar a pressão ele diminui de novo”. Esperança e decepção caminham juntas no imaginário dessas pessoas, alternando-se continuamente.

A diversidade e a complexidade das doenças e agravos para a saúde colocam em jogo o controlável e o imprevisível, modificando continuamente as percepções e as certezas sobre formas de administrar e conviver com as imposições provocadas pelos seus agravos e pelas alternativas possíveis para resgatar a condição da saúde.

A gravidade de certas doenças, como a hipertensão e o diabetes, em estágios avançados de morbidades, impõe condições de dependência absoluta e a necessidade de cuidados gerais por terceiros, não necessariamente com graus diretos de parentesco.

Em diversas narrativas, muitas pessoas reproduzem a visão que alguns profissionais de saúde têm sobre a concepção do corpo como sendo uma máquina, não valorizando outras dimensões pessoais e sociais, presentes na instalação da doença. Utilizando-se de comparações, algumas delas constroem um enredo em que relacionam a doença do seu corpo à disfunção de uma engenhoca mecânica.

“O derrame é muito triste e não tem conserto. Eu tive derrame porque a máquina não funcionou direito” (homem, 53 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Minha pressão é toda desregulada. Ela é teimosa e não abaixa. Acho que quanto mais velha, a gente fica pior. A minha glicose também não tem jeito, é toda sem regulação, igual a pressão” (mulher, 53 anos, hipertensa e diabética, solteira);

“A minha pressão ainda ta alta. Eu não tô comendo nada. Eu não sei o que ta errado, aí eu não sei como consertar” (homem, 70 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu sinto muito calor nos braços que sobe pro coração e parece que o corpo já vai acabar. Eu tenho parente que já morreu dormindo e esse problema é muito sério”

na família. A minha vida tem uma história, que se eu for contar... Mas é só de tristeza e morte. Eu acho que uma hora alguma coisa vai estourar dentro de mim” (mulher, 58 anos, hipertensa, casada).

3. Problemas com Controles, Limitações e Modificação de Hábitos de Vida

As percepções das pessoas também são construídas baseadas na relação com os serviços de saúde, na convivência com outras doenças e através da relação com o sofrimento de outras pessoas próximas a elas. Nesse sentido, os serviços e os profissionais de saúde, especialmente, o médico, são avaliados e valorizados em função de sua capacidade de controlar ou eliminar um conjunto de doenças ou sofrimentos, muito mais que a forma como as concebem ou tratam (Martínez, Herrera & Curiel, 2000).

Esse controle pode ser extrapolado e generalizado para as outras áreas sociais, em função das diversas práticas de dominação, onde a autoridade impõe regras e comportamentos que transformam as pessoas em coisas, em objetos. A não aceitação desse modelo imposto gera conflitos, desobediências, responsabilizações e culpas.

A presença da doença é apenas mais um problema, escamoteado reiteradamente diante da imediatez cotidiana da luta pela sobrevivência. A sua cultura se encontra baseada na prática da vida e no aqui e agora, necessitando que os profissionais de saúde tenham uma visão integrada dos seus problemas e consigam a sua mobilização em torno de interesses objetivos comuns e concretos (Dias, 1998).

Dependentes das condições sociais e de experiências prévias, os cuidados com a saúde receberão diferentes avaliações e interpretações, o que será decisivo nas estratégias a serem adotadas para a sua manutenção. O mundo de fora entra na vida e nos corpos, tanto para tratar e controlar quanto para curar. É mais fácil submeter-se a esses controles do que realizar modificações em seus modos de vida.

As narrativas dos participantes dos grupos possibilitam questionar sobre uma certa hierarquia no poder de cura: em primeiro lugar, seria Deus, que é imaterial; depois, aparece o médico, que é real; e, em terceiro, viria o remédio, que é material. No entanto, todos são externos e eles não se sentem totalmente obrigadas a fazer a sua parte.

“Eu tenho que ficar calma para a pressão controlar. Se ficar nervosa é muito pior. Eu sei que primeiro é Deus, depois o doutor e depois o remédio. Meus parentes

estão morrendo por causa da pressão e da diabete, mas eu não quero entrar na fila” (mulher, 68 anos, hipertensa e diabética, casada);

Contudo, disciplina e controle geram resistência e muitas pessoas não seguem o tratamento por não suportarem as pressões e as limitações impostas não apenas pela doença, mas também por profissionais de saúde, por familiares e por conhecidos. A vigilância e o controle sobre a vida dos doentes não é exclusividade dos médicos e dos seus familiares, uma vez que outras pessoas também executam essa tarefa.

“Eu vi a minha vizinha fumando e tomando cerveja lá no bar perto de casa. Ela não toma jeito não. Ela nem veio à reunião hoje. Assim não tem jeito. Alguém tem que dar uma bronca nela” (mulher, 62 anos, hipertensa, viúva).

Com o passar do tempo, a convivência com a hipertensão e com o diabetes vai sendo incorporada à vida, principalmente quando ainda não ocorreram eventos ou impedimentos graves. As pessoas vão adequando as suas vidas aos sintomas mais leves, ao uso dos medicamentos e a algumas “extravagâncias” que elas mesmas se permitem. Elas organizam os seus hábitos diários com a presença da hipertensão e do diabetes e conseguem estruturar uma certa “normalidade” para o seu cotidiano, como pode ser observado a seguir:

“Eu faço o que o médico manda. Não faço tudo porque se não eu não vivo. Eu só não abuso, mas de vez em quando eu como um churrasco, bebo uma cervejinha. Mas tudo regrado e não é tudo de uma vez. Eu só não fumo, isso eu parei mesmo” (homem, 46 anos, hipertenso, casado);

“Eu trabalho fora e tem sempre um probleminha no emprego que faz a gente passar raiva. Mas no final de semana eu procuro descontrair. Eu gosto de dançar forró. Lá eu tomo um copinho ou dois de cerveja, só pra descontrair. Isso me faz bem, isso é vida pra mim” (mulher, 52 anos, hipertensa, separada);

“Eu já tive derrame e recuperei mais ou menos. Agora sigo direito o que o médico manda pra não repetir de novo. Acho que aí não tem jeito” (mulher, 82 anos, hipertensa, viúva);

“Eu já fui muito preocupada com meu marido e os filhos. Aí meu médico mandou deixar eles de lado e cuidar da minha vida. Agora eu melhorei. Isso parece pouco, mas melhora muito” (mulher, 52 anos, hipertensa, casada).

Muitas pessoas, no entanto, não conseguem realizar essas adaptações à doença, até mesmo por não conseguirem conviver com as possibilidades e os limites impostos por ela e pela sua terapêutica. Essa postura mais “rebelde” freqüentemente ocasiona complicações que restringem ainda mais o seu modo de vida. Nesses casos, vão se limitando por imposições da doença e não por conscientização própria.

Ao deixar de tomar remédio, ao não aderir ao tratamento, ao ingerir sal ou praticar condutas inadequadas, as pessoas demonstram uma forma de enfrentar a autoridade médica e, por conseguinte, se rebelar contra as autoridades de forma geral. Também é uma forma de “vingança” contra o fato de estarem doentes, uma rebeldia por sentirem-se controladas, limitadas e vigiadas o tempo todo.

A resistência e o temor em realizarem exames ou intervenções invasivas, em seguir tratamentos especializados ou internar-se em hospitais parecem estar relacionados e dependentes de experiências prévias e de registros subjetivos. No entanto, torna-se impossível esquivarem-se desses procedimentos quando a doença assume proporções graves as quais fogem ao entendimento e controle dos seus familiares.

As divergentes visões da doença, de suas interpretações e tratamentos podem ocasionar tensões e rupturas do doente com o seu grupo social e com os profissionais de saúde. Nessas condições, esgotam-se as práticas cotidianas e o doente é lançado sob novo impacto diagnóstico o que, muitas vezes, acarreta a ampliação de controles e limitações e, conseqüentemente, a redução de sua autonomia pessoal.

“O meu marido sempre foi machão, daqueles homens bravos. Quando ele era novo gostava de brigar e enfrentar todo mundo. Por isso, é que ele não fez o tratamento direito da pressão e teve derrame. Agora ele tá lá, igual menino em cima da cama. Ele continua bravo, só que não manda mais. Eu tenho pressão alta e diabete, mas não quero ficar igual a ele, por isso eu faço o tratamento direito” (mulher, 61 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu abusei muito da pressão e não fazia o tratamento direito. A culpa é minha, eu sei disso. Eu achava que não ia passar daquilo. Mas aí deu o derrame e agora tô assim. Ainda tá bom que eu tô andando de bengala. Só que não adianta mais ficar reclamando do passado” (mulher, 53 anos, hipertensa, casada);

“Eu tive muitos problemas na vida e passei por muitos aborrecimentos. A pressão gosta de pessoas que tem problemas, é mais fácil pra ela pegar. Eu agora uso o remédio certinho, mas é como se não adiantasse. Eu acredito desacreditando no

tratamento. Eu tenho muito expediente pra ajudar os outros, mas quando a pressão bate forte eu não consigo fazer é nada. É como se tudo desligasse em mim, fico parada e sem ação pra nada” (mulher, 59 anos, hipertensa, casada).

Álcool, medicamentos, drogas ilegais, hipertensão e diabetes se tornam uma “mistura explosiva”, sendo que muitas negam essas associações para o médico ou escondem de amigos ou do ambiente profissional. Alguns comentários foram descritos a seguir:

“Meu marido atual sofreu um derrame. Mas ele não toma juízo. Ele toma remédio até sexta-feira e engata na cerveja no final de semana. Ele está internado outra vez” (mulher, 56 anos, hipertensa, viúva);

“O meu marido não larga mão de tomar uma latinha de cerveja todo dia. Diz que é bom pra urinar. O médico já avisou pra ele mas não adianta” (mulher, 57 anos, hipertensa, casada);

“O problema da hipertensão se agrava com o uso de drogas. Não é só a bebida convencional. Muitas vezes a pessoa usa droga e nega, sendo a família que vem te falar sobre esse fato. Esse é um sério fator limitante do tratamento, porque é muito difícil para o médico saber. Muitas vezes, o tratamento não melhora e só depois você vai saber que ele bebia escondido ou usava algum tipo de droga. Isso está comum atualmente no meio da população mais jovem” (médico, cardiologista).

Em algumas reuniões dos grupos também aconteciam situações de descontração entre os participantes, como maneira de brincar com a doença, de escamotear, de suavizar ou mesmo de negar a sua gravidade. Algumas dessas brincadeiras tinham uma intenção explícita de “cutucar” o outro sobre alguma característica ou atributo pessoal, além de também servirem para apontar o poder da doença sobre a força e o vigor físico, que seriam sinais de normalidade, orgulho, saúde e competência sexual.

O importante a ser destacado é a perspectiva para a análise desses relatos que, por parte das pessoas, funcionariam como um desabafo, uma possibilidade legítima de expressar o seu descontentamento ou frustração. Muitas dessas demonstrações de irritação e descontentamento são também formas de reação diante da impotência em superar os problemas impostos pela doença.

“A minha pressão está alta, sempre foi alta. E está alta a sua pressão? Quem diria, o homem mais forte da Conceição está com pressão alta” (homem, 41 anos,

hipertenso e diabético, casado), referindo-se a outro participante (homem, 55 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Ta tudo muito certo o que foi falado. Eu dou a maior força pra todo mundo fazer. Mas pra mim, eu acho melhor ir pro cemitério” (homem, 57 anos, hipertenso, casado);

“Eu não tenho medo de morrer. Se não morri no dia em que nasci, de velha eu não passo, eu vou mesmo. Mas tomo o remédio direitinho, que nem antibiótico, ali na hora certa. Eu acho que tenho que ajudar no tratamento” (mulher, 63 anos, hipertensa, casada);

“O cara que segue a dieta direito é burro, porque vai fazer a dieta e na verdade não vai adiantar nada. Nada adianta pra pressão porque tudo que a gente faz é só pra controlar um pouco os seus problemas” (homem, 63 anos, hipertenso, casado);

“Eu tive onze filhos e dois abortos e já tô velha e na hora de morrer. Eu não faço regime é nada. Eu quero morrer comendo de tudo. Só não como doce porque não gosto. Também não tomo os remédio direito. Eu ponho eles na prateleira da cozinha e fico olhando pra eles” (mulher, 78 anos, hipertensa e diabética, viúva).

Raiva, revolta, não-aceitação, rebeldia. Esses são adjetivos, estados ou sentimentos presentes nas narrativas de muitas pessoas observadas. As narrativas no momento da entrevista individual com a médica são impressionantes, densas e extensas. Do ponto de vista do presente estudo, esses momentos foram sempre os que proporcionaram mais registros e comentários para o caderno de campo.

Alguns comentários expressam essa indignação para com as restrições impostas pela doença e pela terapêutica prescrita:

“É uma violência ter que tomar remédio, ter que aplicar insulina diariamente, ter que retirar sangue, ter que fazer dieta e se privar das coisas que a gente gosta de comer e fazer. É muito fácil passar modificações na vida dos outros. O descaso no atendimento que a gente recebe é outro grande problema para o tratamento” (mulher, 45 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu estou enjoada de tanto tomar remédio, fazer dieta e comer verdura. Eu não gosto. Minha filha faz pra mim, mas eu não gosto mais, e não tem outra coisa pra gente comer” (mulher, 59 anos, hipertensa e diabética, casada);

“O meu marido está com pedido de teste de esforço físico. Só falta marcar. Mas ele é muito rebelde e irresponsável. Ele fuma muito, ele bebe muito. Ele faz tudo que sabe que faz mal pra pressão. Ele sabe disso, ele fala isso comigo. Eu acho que ele não quer viver” (mulher, 51 anos, hipertensa, casada).

Dois médicos também apontaram para os problemas ocasionados pela situação de dependência e controle presentes na vida de portadores de doenças crônicas.

“O paciente recebe com muita revolta que está ficando cego, porque sabe que não vai voltar a enxergar de novo. Aí também entra o fator psicológico porque a pessoa vai ficando deprimida e piora muito quando tem uma retinopatia ou uma nefropatia hipertensiva e o paciente tem que fazer hemodiálise” (médico, oftalmologista);

“Tratar da hipertensão é muito difícil porque o tratamento é bem complicado e os pacientes são muito rebeldes e não fazem nada que o médico manda. Pra seguir as orientações a gente tem que martelar muito, tem que forçar pra eles mudarem hábitos de vida. Esse tipo de problema normalmente está relacionado com problemas familiares ou com problemas do estado emocional. As pessoas têm medo de ter problemas mais graves, mas não controlam do jeito que o médico manda (médico, angiologista).

Embora a hipertensão e o diabetes não sejam contagiosos, o estigma e o controle sobre os seus portadores não podem ser ignorados. O controle sobre os corpos e sobre os comportamentos é uma forma poderosa e eficaz de cercear e vigiar a liberdade. Essas condições de controle, na maior parte das vezes, causam danos significativos para a vida pessoal, às vezes, superiores aos impedimentos específicos da doença.

Ou seja, o apoio que profissionais, familiares e amigos dispensam a essas pessoas também gera cobranças e controles, e exige o “enquadramento” dentro de regras, normas e condutas estabelecidas tanto pela terapêutica quanto pela sua cultura. E, essa submissão às regras sociais é uma espécie de contrapartida aos “benefícios” recebidos e, tais regras se não forem respeitadas, tal conduta implicará o rompimento do “contrato” firmado entre as partes. Caso ocorra esse fato, a culpa novamente recairá sobre as pessoas. Portanto, é muito difícil para elas romperem com essa situação.

A cirurgia cardíaca, por diversas vezes, revela-se como a melhor, ou a única, alternativa para quem apresenta comprometimentos graves de saúde ou com co-morbidades associadas à hipertensão e ao diabetes. E, quando a cirurgia não é indicada, freqüentemente comentam sobre formas alternativas para buscar o controle da pressão. Algumas vezes esses procedimentos acarretam graves conseqüências para a saúde, como nos comentários seguintes:

“Minha pressão não controlava de jeito nenhum, aí o médico mandou operar, mas não tinha vaga. Eu fiquei esperando mais de dois anos. Tem dois meses que operei e fiz duas ponte safena, e a pressão normalizou. Mas agora estou seguindo tudo que foi mandado pelos médicos” (mulher, 65 anos, hipertensa, casada);

“Minha pressão era de 25. Tem dois anos que operei de duas ponte safena, e estou com a pressão controlada” (homem, 72 anos, hipertensa, casado).

“Eu sei que a pressão ta alta porque vou ficando esquisita e vou virando um ‘mulambo’. Tomava chá de folha de chuchu e maracujá, mas vi no repórter que falou que é bom pra alguma coisa, mas pode prejudicar outras coisas. Aí, agora não tomo mais não” (mulher, 50 anos, hipertensa, casada).

“Tomei chá de urucum pra colesterol e passei muito mal. A pressão subiu para 20. Doe tudo. Fiquei com medo de que ia morrer. Nem gosto de falar nisso. O médico me deu uma bronca daquelas. Meu colesterol é muito alto, por isso tomo chá de mato pra abaixar” (mulher, 46 anos, hipertensa, casada).

A incorporação de hábitos alimentares, assim como qualquer outro hábito de vida, é um processo cuja construção se dá ao longo do tempo e contém um elevado grau de dificuldade para sua modificação. As pessoas têm escolhas seletivas sobre o que irão ou não fazer para o seu tratamento.

As orientações da nutricionista da equipe sobre alimentação e dietas individualizadas são atividades muito importantes, pois elas não teriam tal oportunidade fora dos grupos de aconselhamento. Embora as suas orientações sejam, na maior parte das vezes, bem recebidas, em outros momentos as limitações alimentares indicadas são percebidas como mais uma forma de controle em suas vidas. Nessas ocasiões, a nutricionista se transforma em mais uma figura reforçadora de normas e vigilâncias, funcionando como um agente autorizado de mudanças em suas vidas.

Nos dias de palestras da nutricionista, freqüentemente, ocorriam discussões sobre a dieta para a hipertensão e o diabetes. Comentários de não aceitação sobre restrições

alimentares eram recorrentes, geralmente acompanhados de risos compartilhados pelos presentes. A nutricionista também comenta sobre essa contradição:

“O adoçante é meio amargo e eu não se dei com ele” (mulher, 59 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Eu sinto nojo do leite de vaca e o leite em pó é muito caro. Como é que eu vou fazer?” (mulher, 55 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Falar pra parar de comer sal é fácil, mas fazer é difícil. A gente já acostumou com ele. Eu não gosto dos outros temperos que a nutricionista falou pra usar” (mulher, 44 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Depois que a diabete tiver controlada a gente pode comer goiabada e doce de figo? Eu só gosto disso” (homem, 49 anos, hipertenso e diabético, casado);

“A gente morre pela boca, não é só peixe não. Mas fazer o que, a gente foi acostumada assim” (mulher, 72 anos, hipertensa e diabética, casada);

“O trabalho com as pessoas dos grupos surte um bom efeito porque muitas são interessadas e fazem o que a gente manda. Mas não é todo mundo que segue as orientações. O problema é o hábito alimentar da população que é difícil de ser mudado. Tem dois problemas aí: um é que eles reclamam que sentem fraqueza se comer pouco ou se comer só coisa leve; outro, é a questão financeira que é muito precária pra eles. Os alimentos de dieta são muito caros e as pessoas não podem comprar. É difícil para eles aceitarem essas mudanças por causa da cultura e pela falta de dinheiro pra comprar as coisas que são da dieta” (nutricionista).

Nas orientações não-medicamentosas para o tratamento da hipertensão e do diabetes, a ênfase maior recai sobre a incorporação de atividades físicas e a observação de dietas hipocalóricas. Porém, algumas pessoas falam de suas impossibilidades para seguir as recomendações prescritas.

Diversas delas relacionam a dieta alimentar e a prática de exercícios físicos para o controle da hipertensão e do diabetes, confirmando possuírem o conhecimento sobre as prescrições médicas, o que não necessariamente se traduz em ações e práticas rotineiras desses saberes. Nesses casos, elas precisam negociar, dentro de suas reais condições, para fazerem pelo menos o mínimo necessário.

“Eu tenho hérnia de disco. Já fiz três cirurgias e vou fazer mais uma. Eu sei que a caminhada faz falta, mas eu não posso” (homem, 66 anos, hipertenso, casado);

“Eu ainda não pude andar. Mas eu vou fazer. É muita coisa pra mim resolver lá em casa. Ai não dá pra fazer tudo” (mulher, 57 anos, hipertensa, casada);

“Eu melhorei depois da dieta. Eu sou fácil de aceitar as coisas. O médico mandou eu fazer a dieta, então eu faço. Eu penso assim: se é pro meu bem eu tenho que fazer por onde ajudar” (homem, 60 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu não sabia por que a minha pressão não controlava. O médico do posto já fez de tudo. Agora é que eu aprendi. Eu sou viciada em bicarbonato. Minha mãe também era e eu usava direto” (mulher, 54 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu sei que a pressão alta é grave, mas se eu me cuidar eu controlo ela. Eu já decidi: eu vou parar de fumar a partir de agora. Nada manda ‘ni mim’. Eu sou forte e domino ela” (homem, 42 anos, hipertenso, casado).

Cada grupo de aconselhamento tem as suas características e dinâmica de funcionamento próprias, em parte determinadas pelas particularidades de seus integrantes. Da mesma forma, cada reunião também apresentava um perfil diferente das demais. Dentre as várias possibilidades para essas diferenças, um fator se mostrou bastante freqüente na definição do humor das pessoas durante as reuniões dos grupos: o momento da verificação da pressão arterial.

A quase totalidade dos profissionais de saúde, especialmente, aqueles que tem por função “tirar a pressão”, não alcançam nem valorizam a importância desse momento. A medida da pressão arterial para os hipertensos, assim como o resultado da glicemia para os diabéticos, é um momento de grande significado, merecendo maior importância e atenção pelos profissionais de saúde, comparativamente a resultado de exames considerados de maior gravidade.

Como a verificação da medida da pressão arterial era realizada no início das reuniões, era perfeitamente perceptível a expectativa que as pessoas demonstravam nesse momento, como se fosse um atestado de sobrevivência: decepção ou alegria eram as reações que ocorriam, cada qual com sua explicação para o “fracasso” ou o “sucesso” das suas ações no controle da pressão. E, esse resultado em grande parte era relacionado à responsabilidade pessoal e, somente depois, era creditado à eficácia terapêutica.

Esse significado passa a ter uma maior representatividade quando se faz parte de atividades em grupo, pois o investimento, a exposição e a cobrança, pessoal e dos outros, são mais intensos, o que aumenta a expectativa no controle das “variáveis”, tecnicamente

definidas como parâmetros avaliativos de “normalidade”. O controle sobre as suas vida passa a ser exercido não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos familiares, amigos e colegas de trabalho. A medicina previdenciária e do trabalho estruturou um amplo e rígido programa de controle para intervir na vida daqueles que recebem seus benefícios. Alguns relatos confirmam essa situação:

“Eu passei mal da pressão e fiquei encostado. O médico falou para ficar de repouso. Fiz exame e deu coração crescido. Um domingo eu fui com a mulher e os meninos na casa da sogra e alguém me viu dirigindo, acho que foi o vizinho que trabalha comigo e tem raiva de mim, e contou pro médico da firma. Ele mandou me chamar e quase perdi o emprego. Deu a maior confusão pro meu lado” (homem, 73 anos, hipertensa, casado);

“Eu sempre fiz a comida lá de casa, mas depois da pressão alta todo mundo me vigiava. Até minha filha adolescente, vê se pode, vinha provar da minha comida para ver se não tinha sal. É muito triste a gente perder a alegria de viver e todo mundo mandar na gente” (mulher, 71 anos, hipertensa, casada);

“Uma das minhas noras não me deixa comer nada que eu gosto. Nem no final de semana ela deixa. Só me dá verdura. Eu fico brava com ela mas nem meu filho não me apóia” (mulher, 80 anos, hipertensa, viúva).

Algumas pessoas comentaram que se sentiam curadas, tanto da hipertensão como do diabetes, sendo bastante freqüente a associação que fazem com outras práticas, que não apenas a medicina tradicional, para o tratamento dessas doenças. As preocupações com os sinais e os sintomas da doença se traduzem mediante o controle de algumas de suas características mensuráveis. Quando a biomedicina não consegue debelar essas manifestações, procuram associar alternativas para alcançar esse objetivo.

“Eu sarei da diabete. Agora eu não tomo mais remédio, só faço a receita que a nutricionista passou” (homem, 70 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu tomo o remédio que o médico do meu posto manda. Mas eu tomei um chá de folha de chuchu e de folha de insulina que me sarou. Nunca mais minha diabete subiu (mulher, 67 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu acho que alimentar bem é que faz a gente ficar com saúde. Depois que eu tive com a nutricionista a minha pressão controlou. Aí parei com os remédios. A gente

se está assassinando com esses remédios. Os médicos não sabem muito bem sobre a doença da gente” (mulher, 55 anos, hipertensa e diabética, solteira);

“Tem jornalzinho sobre diabete que é muito bom e é de graça. Ele ensina muito bem sobre o que a gente tem que fazer. Mas só agora que divorciei, graças a Deus, é que estou conseguindo controlar a pressão e a glicose” (mulher, 51 anos, hipertensa e diabética, divorciada).

Outros relatos são também relacionados à busca de solução para a doença, ou pelo menos para minimizar as suas conseqüências, através de alternativas que não são reconhecidas pela medicina tradicional.

“Eu vi na televisão que num país eles vivem até mais de cem anos porque tomam vinho e não têm problema de coração. Será que eu posso tomar?” (mulher, 54 anos, hipertensa, casada);

“Eu fiquei internado 32 dias por causa da pressão. Tem oito anos que eu não tomava remédio pra pressão. Eu tenho um amigo que me mandou usar chá de folha de pata de vaca e colocar cascas de folha de noz moscada enrolada na cueca. O chá eu não tomava direito não, mas a noz eu não esquecia” (homem, 78 anos, hipertenso, separado);

“Eu agora estou fazendo regime rigoroso. Estou sentindo que vale a pena. Me falaram que tomar um copo de vinho na hora do almoço faz bem pra pressão alta” (mulher, 63 anos, hipertensa, viúva);

“Na verdade, até a medicina alternativa não é de graça. O bom mesmo é se a gente pudesse não ficar doente” (homem, 51 anos, hipertenso, casado);

“Quem tem pressão alta pode tomar remédio pra emagrecer? E pode tomar comprimido de berinjela para abaixar o colesterol? A gente tem que atacar de todo lado” (mulher, 44 anos, hipertensa, casada);

“Eu sempre se dei com chá de folha e de mato. Aqui na roça é tudo assim. Agora tem também a medicina alternativa. Como é que a gente faz com os remédios do SUS, pode misturar todos eles?” (mulher, 67 anos, hipertensa, casada).

No que diz respeito a fatores freqüentemente associados à instalação ou à manutenção da hipertensão e do diabetes, a obesidade ocupa uma posição de destaque. No entanto, do ponto de vista psicológico, é possível interpretar que pessoas obesas “pensam” que comem

pouco e por isso não aceitam diminuir ou modificar a sua alimentação. Para elas, a quantidade ingerida de alimentos é percebida como pouca, mas na realidade é muito quando comparada a outras pessoas ou ao pequeno consumo de energia que realizam devido ao seu modo de vida mais sedentário.

A mesma análise pode ser generalizada para outras formas de condutas consideradas inadequadas, ou de risco para a saúde ou para a integridade pessoal.

"Eu estou muito preocupada com uma neta de sete anos. Ela ta pesando 30 quilos e a médica passou um regime severo. A minha irmã, que tem 60 anos, descuidou da diabete e já não enxerga de uma vista. A minha família é problemática pra essas doenças. Por isso é que faço o tratamento direitinho, do jeitinho que os médicos ensinam e falo pras minhas amigas também fazer" (mulher, 64 anos, hipertensa e diabética, casada).

A percepção da gravidade da doença é outro fator decisivo no tratamento da hipertensão e do diabetes. A percepção da ameaça imediata que a doença representa para a vida será determinante para as medidas que serão adotadas para o seu tratamento. As pessoas utilizam de lógicas próprias para explicar, para si mesmas e para os outros, a situação da doença e também para compor suas narrativas sobre ela.

Essas situações também são explicitadas em importantes comentários de alguns médicos, registrados a seguir:

"O doente quando é jovem acha que é poderoso e intocável e não entende que os riscos da hipertensão são verdadeiros. O doente prefere viver um certo tempo sem o tratamento, mas corre riscos gravíssimos por causa disso. É difícil para o médico entender isso. Só a psicologia para explicar esse comportamento de risco" (médico, cardiologista);

"Se tratar da hipertensão leve ou moderada já é difícil, é quase impossível conscientizar o doente grave, por que tem que tomar muito mais remédios. Tem paciente que toma vinte a trinta comprimidos por dia e tem que tomar várias vezes ao dia, e ainda tem que fazer exames quase que diários. É barra pesada viver assim e muitos deles não têm jeito mesmo de se recuperar e têm que entrar na hemodiálise, porque o transplante renal é outro problema difícil de resolver no nosso país" (médico, nefrologista).

As complicações e as mortes de parentes e amigos, principalmente, os mais próximos e que apresentavam um modo de vida semelhante, causa grande impacto no imaginário e aumenta o medo de acontecer com elas. Nesses casos, os cuidados e as orientações passam a ser interpretados de forma mais atenta, após a ocorrência de complicações da doença com a própria pessoa ou com alguém próximo. Parece que aquela onipotência de que “*comigo não acontece*” é rompida diante da fatalidade, diante de algum fato que não mais pode ser escamoteado ou negado. Essa constatação também repercute na busca de atendimento médico, como registrado a seguir:

“Principalmente em cidade pequena, quando morre alguém conhecido ou importante por derrame ou infarto, é a maior mobilização. No outro dia o consultório fica cheio, chega a ter fila para fazer exames ou retomar o tratamento que havia sido abandonado” (médico, cardiologista);

“Por ser uma doença que geralmente apresenta conseqüências a longo prazo, nem sempre os doentes conseguem visualizar que daqui a alguns anos eles poderão apresentar complicações graves. Enquanto são jovens e não sentem muita coisa, tomam mais ou menos os medicamentos e vão levando. O problema fica claro quando eles passam de ‘assintomático sem o remédio’ para ‘sintomático tomando remédio’. É difícil conscientizar por isso: nem todos aceitam você tentar mostrar o que pode acontecer com eles daqui a quinze, vinte ou trinta anos. E isso arrebenta é aqui na hemodiálise, nas mãos da gente” (médico, nefrologista).

Existe uma rede de suporte familiar ampliada na qual as pessoas se apóiam para os cuidados básicos com as doenças e à qual recorrem para dar prosseguimento às suas vidas pessoal e profissional. Frequentemente são as mulheres, nos seus papéis de avó e mãe, que ficam com as crianças pequenas ou que realizam os primeiros cuidados com elas para permitir aos seus filhos trabalharem ou estudarem. Essa estrutura familiar é prioritariamente matrifocal e se constitui em uma poderosa e eficiente rede de apoio para o amortecimento dos impactos da vida cotidiana de pessoas das classes populares, como é o caso das participantes desses grupos de aconselhamento. A esse modelo familiar também se junta o de família extensa, composta por parentes, vizinhos e conhecidos. Essas são alternativas imprescindíveis para a possibilidade de sobrevivência e para os cuidados básicos com a saúde.

Para caracterizar esse quadro de dependência de ajuda no tratamento, é possível relacionar que em um dos grupos composto por moradores de um mesmo bairro verificaram-

se as seguintes situações relacionadas a limitações físicas: um senhor, 58 anos, hipertenso e diabético, imobilizado no leito devido a derrame, sendo representado nas reuniões pela esposa, hipertensa, 56 anos; uma senhora, 63 anos, hipertensa e diabética, completamente cega e seu marido, 66 anos, hipertenso e diabético, também cego, representados por uma senhora que cuida deles; uma senhora, 70 anos, hipertensa e diabética, viúva, completamente cega, que vive em um lar de idosos, sendo representada por uma funcionária daquela instituição.

Essas graves situações proporcionavam comentários sobre a gravidade da hipertensão e do diabetes entre os participantes e tornavam tensas as reuniões desse grupo. Nessas situações, a convivência com hipertensos e diabéticos se torna bastante difícil em função dos limites, restrições e cuidados que precisam ser observados para o tratamento, tanto para os doentes quanto para quem cuida deles, e também pelas restrições decorrentes dos efeitos adversos dos medicamentos.

Principalmente, para essas pessoas que cuidam, diariamente, de portadores de agravos da hipertensão e do diabetes, a compreensão de seus complexos aspectos e diversas dimensões se torna essencial. O entendimento de relações causais e de estratégias para o tratamento da doença e para a convivência com esses doentes, possibilita uma relativa segurança na resolução de problemas e emergências inerentes ao contexto terapêutico. Diante desse fato, é perfeitamente cabível lançar uma pergunta bastante séria e de complexas implicações para o sistema de saúde: E quem cuida do cuidador? Quem se responsabiliza por essas pessoas que se desdobram e, muitas vezes, se anulam para cuidar e fornecer suporte para que portadores de graves limitações sejam tratados e (sobre)vivam?

Nas narrativas dessas pessoas também podem ser encontradas informações relevantes sobre maneiras de perceberem a gravidade da hipertensão e do diabetes nos outros, o que permite ampliar entendimentos sobre a maneira de tratarem e conviverem com essas enfermidades. Como forma de reflexão para essa problemática, serão destacadas algumas narrativas de familiares que convivem diariamente e por longo tempo, com as enormes dificuldades para realizar as inadiáveis ações de cuidado decorrentes da doença e do seu tratamento. Essas narrativas foram reduzidas para se adequarem ao estudo, pois são originalmente extensas e carregadas com fortes momentos emocionais.

“Tem vinte e sete anos que eu convivo com a pressão e a diabete do meu marido. Depois que ele amputou a perna ficou pior. Ele é pirracento e faz tudo pra me agredir. Ele tem o músculo do coração desenvolvido e agora ficou cego de vez. É ele que juntava com a turma de amigos e danava a comer e beber coisas no bar,

tudo que não podia. Hoje nenhum daqueles amigos aparece pra apoiar nem pra visitar ele. Ele já teve derrame e também nunca adaptou com nada pra perna, nem com bengala, nem com muleta, nem com perna mecânica. Eu cuido dele e ele ainda briga comigo. Isso tudo começou quando eu tinha um ano de casada. Eu tive que anular a minha vida, tive que regredir pra ficar no mundo dele, pra adaptar tudo pra ele e ele não se adaptou pra vida. Ele já morreu um monte de vezes. Mas ele não me valoriza pelo que faço” (esposa de hipertenso e diabético, 58 anos);

“Eu cuido de uma senhora. Ela é totalmente dependente porque é cega. O problema maior é a alimentação, porque ela gosta de tudo que não pode. A gente fica preocupada, mas é muito difícil cuidar. Tem hora que a gente fica nervosa com a teimosia dela, mas depois fico com dó. Muitas vezes ela chora e esconde pra gente não ver. Nessas horas dá um aperto no coração da gente ver uma pessoa jogada assim. É muito triste ver isso e não poder fazer nada” (representante de senhora hipertensa e diabética, 70 anos, viúva);

“A minha pressão não controla. Eu tomo conta da minha cunhada que é doente. Uma doente cuidando da outra doente. Uma cambeta cuidando de outra cambeta. Desse jeito as duas vão morrer juntas” (mulher, 48 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu cuido da minha mãe que ta com 81 anos, tem pressão alta e está esclerosada. Fico dia e noite por conta dela. Dá um cansaço danado. Tenho até falta de ar, tem dia. O médico diz que é por causa da pressão alta e nervoso. Mas é mesmo porque cuidar de pessoa assim acaba com a gente” (mulher, 55 anos, hipertensa e diabética, solteira).

As condições de trabalho na Policlínica de Saúde despersonalizam as pessoas e as reduzem a um número de registro de prontuário médico, retirando-lhes a sua identidade. De maneira diferente, nos postos dos bairros e da área rural é possível vê-las e acompanhá-las na sua totalidade e no conjunto com o seu grupo social. Os profissionais da equipe de saúde do posto podem ver e conviver não apenas com o doente, mas também com todos os seus familiares, amigos e vizinhos.

Os profissionais da equipe dos postos também podem trocar informações sobre todas as situações do bairro, o que ajuda a entender melhor os motivos dos problemas que as pessoas relatam, sendo possível agir sobre eles da forma mais direta, local e imediata. Assim, é a

família inteira que se trata, o que terá uma importância crucial na evolução do tratamento daquela população, uma vez que cada bairro tem as suas características próprias e os seus próprios determinantes para os agravos à saúde.

A descentralização das atividades com os grupos de aconselhamento, que foi implementada a partir do primeiro semestre de 2002, foi recebida de forma bastante positiva tanto pelos moradores dos bairros e comunidades quanto pelos profissionais que trabalhavam nesses locais. E, a percepção da melhora no atendimento e nos resultados do trabalho é também relatada por alguns profissionais de saúde que trabalham nesses postos.

“O trabalho com os grupos de hipertensos foi muito bom aqui no posto. É tudo agendado e os agentes avisam na casa de cada um. Só aquele acamado não vem, mas tem sempre alguém da família que comparece para ouvir as palestras. O cadastramento no posto do bairro também evita que falem medicamentos e, se alguém passar mal a gente pode atender logo. Assim, eles conseguem levar uma vida mais normal, porque a gente agiliza tudo pra eles. Eles têm alguém aqui dentro que consegue marcar exames e outras coisas que, sozinhos, seria difícil conseguir. A gente vê bem de perto que a doença causa muitos transtornos para a vida deles, e eles tentam sair desse controle, resistindo o quanto podem para não ficar muito dependentes. Mas, tem os casos muito graves que aí não tem solução a não ser impor muita determinação pra pessoa e pros familiares. É fazer assim ou perder o paciente. Tem que vigiar mesmo: pra tomar o remédio, pra alimentação, pros curativos. A gente procura conscientizar as pessoas mas é difícil mudar os hábitos, o jeito de ser de cada um, de cada família” (enfermeira-chefe de PSF);

“O trabalho com os grupos tem um sentido educativo, de ensinar mesmo pra eles as coisas básicas sobre a pressão e o diabetes. A gente também procura aumentar um pouco da esperança de confiar no tratamento, porque as pessoas já estão desiludidas e com resistências para seguir as orientações dos médicos. Parece que já não confiam mais nos médicos, nas orientações e nos tratamentos. Eles falam que não vão seguir porque não vai ter cura. Como é que você convence uma pessoa assim a fazer um tratamento direito? Os grupos favorecem o trabalho do médico, porque melhora o entendimento e a adesão. Melhora porque confiam mais em você e também porque já se conhecem, são do mesmo bairro, eles falam muito mais porque a gente tem tempo pra eles. Então eles têm mais liberdade pra falar, eles se sentem mais à vontade pra tirar as suas dúvidas, pra aprender mesmo, de

verdade. Ocorre uma cumplicidade e um compartilhamento na vida deles e isso deve ter um peso muito importante na condução do tratamento. Eu acho que quando alguém fala que melhorou fazendo alguma coisa, eu suponho que o outro pensa que também vai melhorar se fizer igual. É uma espécie de suporte social meio informal, meio sem querer, mas que funciona na relação das pessoas e que tem um peso muito grande. Só nos grupos é que a gente pode ver isso e pode trabalhar assim. O trabalho com os grupos, e mais ainda nos bairros, está rendendo muito bem. Tudo fica agendado. Essa é uma grande vantagem do PSF. Tem movimento o dia todo, mas não tem tumulto hora nenhuma. Aqui a gente tem privacidade. E posso mexer nos medicamentos dos doentes porque eles são ‘meus pacientes’. E se o paciente precisar faltar no dia da reunião ele vem em outro dia. Eu acho que o problema da pressão está sempre ligado a um fator emocional, a alguma coisa séria na vida daquelas pessoas e aqui elas podem falar disso, sem sentir medo” (médica, coordenadora de PSF);

“Eu crio empatia e confiança com os pacientes. Eu tenho tempo pra ir conversando com eles e passar aos poucos as coisas importantes. Eles vão aprendendo que não precisa exame pra tudo. Eles vêm no posto não é só pra pegar remédio e pedir exames. Vem pra conversar também. É como se fosse a casa deles. Como é o caminho deles pro trabalho, eles passam aqui. E melhora não é só o vínculo comigo, mas o vínculo do posto com a vida deles fica muito mais intenso porque ajuda a resolver os seus problemas, não apenas os da área de saúde. É disso que eles precisam, é isso que eu acho que funciona no PSF” (médica, coordenadora de PSF);

“O trabalho com os grupos de hipertensos é muito bom, é ótimo mesmo. O resultado a gente vê lá na frente, com um número menor de internações e de problemas graves de saúde. O trabalho de levar os medicamentos nos postos da área rural ajudou muito, porque eles não podiam buscar na Policlínica. Muitos ficavam sem os remédios por causa disso. A equipe trabalha, cuida e conversa muito pra melhorar os atendimentos desses doentes. Esses grupos são muito importantes pra nossa sociedade porque hoje tem muita gente com problemas de pressão e diabete que não teriam atendimento se não fossem os grupos” (auxiliar de enfermagem da equipe);

“É importante que os médicos do PSF estejam realmente comprometidos com os objetivos do programa e que realizem as atividades previstas para as suas funções. Além de cumprir o horário, eles devem organizar as reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos, fazer as visitas domiciliares e providenciar o cadastramento de todos os moradores que recebem atendimento. É importante que eles sejam ‘médicos tudistas’ ao invés de serem ‘médicos ao, ao’ que só sabem encaminhar ao ginecologista, ao cardiologista, ao neurologista” (Administradora da Policlínica de Saúde).

A implantação de postos de saúde nos bairros e em algumas comunidades rurais foi também percebida de maneira bastante positiva por parte dos moradores dessas localidades.

“Foi uma bênção de Deus porque agora eu não preciso pedir atestado para ir consultar na rua. Agora eu posso trabalhar direto, sem problemas” (mulher, 53 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Parece que agora a gente até tem atendimento especial no posto. A gente também não precisa ficar trocando de médico toda vez que vai consultar. Isso é muito bom” (mulher, 68 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Eu também tenho diabete, por isso minha pressão não controla. Eu vim pro grupo pra controlar os dois. Agora minha pressão ta boa. A glicose não ta não, mas agora vai ficar” (homem, 59 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu só relaxo aqui na reunião. Tinha que ter mais vezes. Em casa eu tenho muitos problemas. Aqui eu não sinto nada. Eu já perdi quatro quilos. Eu só como folha. Acho que vou acabar virando coelho. Mas é por causa daqui que eu sigo a dieta direito” (homem, 63 anos, hipertenso e diabético, casado).

A presença do posto de saúde nos bairros, no “seu bairro”, impulsiona um sentimento de segurança no tratamento e de confiança nos profissionais que ali atendem. As pessoas se sentem valorizadas e “personalizadas”, efetuando um importante resgate de sua identidade pessoal e coletiva.

No início das atividades com os grupos de aconselhamento nos postos de saúde da área rural, foi observada uma inconsistência muito grande da prática médica, contribuindo para confundir ou impedir o entendimento sobre a doença. As pessoas que já eram cadastradas nesses postos também se mostravam confusas no momento de falar sobre as suas doenças, em

função da grande rotatividade dos médicos que atenderam lá. Como exemplo desse fato, em um posto da área rural, no período de quatro meses, prestaram atendimento e se desligaram, doze médicos diferentes, sendo oito clínicos gerais, dois cardiologistas e dois ginecologistas.

Em função de situações como essas, foi difícil resgatar a confiança na continuidade das reuniões dos grupos e na permanência de um médico nesses postos. A efetivação de um médico em cada posto foi uma condição negociada pela equipe junto à Secretaria de Saúde, como prioridade para o trabalho minimamente adequado junto aos grupos de aconselhamento, caracterizando-se em um importante conquista para os seus moradores.

Em todos os grupos observados, foram encontradas pessoas bastante jovens e já apresentando hipertensão e diabetes. No entanto, quando residiam na área rural, o desconhecimento sobre essas doenças, sua gravidade e terapêuticas para o seu tratamento era muito maior. O que se pôde observar foi a presença de uma mulher de 27 anos, recém-casada e uma noiva de 18 anos, sendo que ambas não tinham conhecimento sobre a hipertensão e encontravam-se sem orientações para o tratamento.

Nos grupos da área rural, observou-se também um expressivo número de pessoas viúvas, separadas ou vivendo sozinhas, em especial as mulheres. Dentre tantos outros problemas, elas relataram a grande dificuldade em implementar cuidados básicos para a sua saúde. No entanto, não fica claro nenhum padrão explicativo, se é que existe algum, uma vez que apresentam razões próprias e singulares para “optarem” por viver de forma praticamente solitária.

Todavia, o que pode ser percebido como recorrente é o fato delas preferirem permanecer no “seu cantinho” a se mudarem para a companhia de filhos, seja na roça ou na cidade. Essas pessoas dizem não abrir mão do lugar onde nasceram, cresceram, construíram as suas vidas e pretendem morrer. E, quando algumas delas cederam e foram morar com os filhos, relatam a ocorrência de problemas na convivência inter-pessoal, com conseqüências para a sua saúde, sendo que muitas delas optaram por retornar para os seus locais de origem e o para os seus modos de vida.

4. Problemas de Nervos

As pessoas necessitam imprimir um ritmo próprio para conviver com a doença e dar conta dos afazeres cotidianos. Muitas queixas sobre disfunções orgânicas relacionadas à hipertensão e ao diabetes, tais como dificuldades com o sono e com a alimentação, de fato

apresentam uma vinculação muito mais apropriada com alterações nos seus ciclos de vida. Nesse aspecto, os “problemas emocionais” ou de “nervos” expressam um distanciamento de dimensões relacionadas com problemas pessoais inerentes à idade, à constituição orgânica ou às condições de vida.

Uma das narrativas bastante recorrente no imaginário dessas pessoas refere-se à associação da hipertensão com sensações relacionadas ao “nervoso”. Porque não conseguem explicar o que se passa com elas, o “nervoso” se torna um dos grandes responsáveis pela elevação da pressão arterial. Essa categoria não é apenas referenciada pelos doentes, mas já foi também incorporada na linguagem dos médicos e de outros profissionais de saúde, quando não conseguem esclarecer os sintomas e definir um diagnóstico preciso.

Segundo a concepção de Duarte (1994), os problemas creditados aos “nervos” encontram-se vinculados a um código privilegiado de expressão de perturbações e sensações não prontamente inteligíveis e comunicáveis. Sob tal rubrica compreende-se, de forma concomitante, a ação dos condicionantes sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica, um “distúrbio” ou uma “aflição psicossocial”. Nesse sentido, inúmeras foram as narrativas relacionando “problemas de nervo” com a hipertensão.

“É difícil pra controlar a pressão, pra ela ficar baixa. Eu trato com psiquiatra porque tenho síndrome do pânico e sou nervoso demais. O médico do posto falou que uma coisa dá problema na outra” (homem, 47 anos, hipertenso, casado);

“A minha pressão é emocional. Qualquer coisa me faz ficar preocupado. Até pra arrancar um dente eu fiquei nervoso e minha pressão subiu. O médico falou que é ‘pânico da camisa branca’. Aqui na reunião eu aprendo coisas que me ajudam a ficar mais calmo” (homem, 36 anos, hipertenso, casado);

“Eu tenho problema de nervo e não tô agüentando ficar aqui nesse barulho, nessa falação. O remédio que tiver aí pra pressão eu tomo. Eu não posso reclamar de nada porque não tenho condição. Aqui ninguém tem” (homem, 68 anos, hipertenso e diabético, casado).

Quando ocorre a associação da hipertensão aos “problemas de nervos”, essas pessoas sinalizam para o fato de que o “nervoso” tem uma dimensão muito maior sobre os demais problemas de saúde. Muitas vezes, o “nervoso”, “que não tem jeito”, pode comprometer o sucesso de determinados procedimentos terapêuticos.

“O meu jeito nervoso é que faz a pressão subir. O remédio da pressão eu tomo, mas o remédio pra nervoso não tem, né?” (mulher, 65 anos, hipertensa, viúva);

“Minha pressão é nervosa. Eu não sei se tenho problema de cabeça. Só de lembrar que tenho reunião eu fico preocupada e dá nervoso. Qualquer coisa me faz ficar preocupada” (mulher, 66 anos, hipertensa, viúva);

“O meu nervosismo faz a pressão subir. Eu sou muito afobado pras coisas. Quando ela sobe sinto dormência nas mãos e nas pernas. Eu pego na enxada até hoje pra fazer as coisa do meu jeito. Esse remédio da pressão me dá azia no estômago e toda hora eu tenho que fazer xixi. Isso me atrapalha e tem dia que eu não tomo” (homem, 67 anos, hipertenso, viúvo);

“Pra mim, não adianta fazer regime de boca, porque sinto muito nervoso lá em casa. A raiva faz aumentar o nervoso e aí eu fico pior. A minha diabete também sobe por problema emocional” (mulher, 63 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu sei que meu problema de pressão é grave, mas também tenho problema de nervo. Isso me faz explodir por dentro. Eu acho que nenhum tem cura. Eu fico brava quando o médico só quer aumentar o meu remédio e não conversa comigo” (mulher, 37 anos, hipertensa, solteira).

5. Tempo de Convivência com a Doença

O tempo, o momento e as causas relacionadas à instalação da hipertensão e do diabetes são percebidos como muito importantes não apenas entre os participantes, mas também por profissionais de saúde que entendem ser um conhecimento decisivo para esclarecimento diagnóstico e entendimento evolutivo das doenças.

Dois médicos entrevistados fizeram alguns comentários sobre essa percepção:

“As pessoas não se tornam hipertensas de um dia para o outro. Frequentemente, elas passam por um período de ‘hipertensão lábil’, tendo dias que estão hipertensas e outros não. Nesse início, as pessoas arrumam uma desculpa pra justificar a alteração da pressão: um churrasco, uma bebida, um nervoso. Depois de algum tempo a pessoa começa a ter uma hipertensão maior. Então não aceita que tem a hipertensão mesmo e nem aceita fazer o tratamento. Sempre existe um período inicial de rejeição à doença e ao tratamento” (médico, cardiologista);

“As pessoas geralmente associam a presença da hipertensão a algum fator traumático para poder culpar e responsabilizar alguma coisa. Mas a pressão já vinha alta há algum tempo, ou então já era ‘hipertensão limítrofe’. Há uma tentativa de humanização da doença, uma espécie de ‘corporeificação da pressão’, como se fosse uma entidade autônoma e separada da pessoa. Desta forma, busca-se um distanciamento, um divisor de águas, ou uma âncora, para justificar para si mesma e para as outras pessoas o fato de haver ficado doente” (médico, cardiologista).

Observam-se aparentes contradições nas maneiras de administrar a convivência com a hipertensão e o diabetes, sem que fosse possível estabelecer um padrão definido. Muitas pessoas expressaram uma grande preocupação em fazer controles e seguir as orientações médicas, evidenciando um forte medo de complicações da doença e de suas seqüelas. Algumas outras explicitavam um temor maior diante da possibilidade da morte. E, uma pequena minoria afirmava que não se preocupavam tanto assim com a hipertensão e o diabetes.

De uma forma geral, é possível constatar que no primeiro grupo acima mencionado encontravam-se pessoas de uma faixa etária intermediária, entre 50 a 65 anos. O segundo grupo é composto por pessoas em idades mais avançadas, acima dos 70 anos. E, no último grupo, as pessoas mais jovens tem uma maior representatividade na maneira aparentemente mais “irresponsável” de conviver com a hipertensão e o diabetes.

Essa distribuição é compatível para outros indicadores, que não os de saúde e de doença, em função da faixa etária, dos seus modos e expectativas de vida e da maneira de se relacionarem com os desafios que lhes são impostos pelo cotidiano.

Algumas pessoas relataram suas preocupações acerca da evolução da doença, recorrendo a comparações com eventos ocorridos na vida de parentes, vizinhos ou conhecidos para avaliar a manifestação de sintomas em si mesmas. As suas opiniões, mesmo consideradas “leigas” mas que possuem uma certa posição de destaque dentro do grupo e da comunidade, desempenham um importante papel na condução do tratamento e na tomada de decisões em momentos de crise.

A avaliação do quadro evolutivo da doença – pela própria pessoa, pelo médico ou por outros – provoca um permanente estado de alerta. E esta preocupação é desejável no sentido em que se relaciona com a sobrevivência, uma vez que o tempo de convivência com a doença

é outro fator importante para o agravamento de problemas relacionados à hipertensão e ao diabetes. Alguns comentários podem ser apresentados para expressarem o temor diante das complicações hipertensivas:

“Eu tenho problema de pressão desde os quatorze anos. Aí deu problema no rins. Eu luto com isso a vida toda. E cada vez fica mais difícil” (mulher, 57 anos, hipertensa, casada);

“Quando a gente é novo, agüenta tudo. Eu fiz muita estripulia. Eu dizia que o que passasse dos sessenta eu já tava no lucro. Passar dos sessenta eu passei, mas eu não tive lucro não. Só tive foi doença e problema” (homem, 68 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu sofro há muito tempo. Já fiz doze cirurgias. Pra tudo. Tem uns três anos que fiz operação pra colocar três ponte safena. Se eu não conversar com os outros eu fico doente. Eu sei que não adianta só tomar o remédio” (mulher, 59 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Desde que eu operei do estômago não controlei a pressão. Já tem muito tempo. Eu moro aqui na roça e tenho que descer e subir o morro pra levar comida pro meu marido e pros companheiros do trabalho. Tem dia que eu desconsolo” (mulher, 62 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Quando sinto uma sensação de sufocamento, sinto a pressão bater no peito e sei que a pressão subiu muito. Já tem dezoito anos que tenho problema de pressão. Tem muito tempo que sofro com isso e já sei que não tem cura” (mulher, 48 anos, hipertensa, casada).

Outra constatação importante a ser destacada, são as estratégias utilizadas por essas pessoas que apresentam um longo tempo de convivência com a hipertensão e o diabetes. Pela presença nos grupos de participantes com grande diferença de tempo de sua instalação, foi possível observar a diversidade de reações diante dessa enfermidade.

Em muitos depoimentos observa-se a percepção de desamparo diante da impossibilidade de modificações nas condições de suas vida e nos sintomas da doença. Essas pessoas esboçam alguma reação contra o determinismo biológico ou social, mas essa situação não deve ser encarada como um comodismo, uma vez que elas não dispõem de estrutura para implementar alterações significativas no tipo de vida em que se encontram.

“Eu tinha trinta anos quando descobri que tinha pressão alta. O médico virou pra mim e disse: ‘Você é hipertensa. Agora você vai tomar remédio a vida toda porque essa doença não tem cura’. Eu era nova, e isso acabou comigo. Virei uma pessoa triste porque dói lá na alma uma coisa dessas” (mulher, 48 anos, hipertensa, casada);

“Tem muito tempo que eu sei que a minha pressão é alta. O médico me falou quando eu fui ter minha primeira filha. Mas eu não ligava, nem remédio eu tomava. Eu era forte e nova. Hoje a pressão tomou conta do meu corpo e dá um negócio muito estranho na cabeça. Eu acho que nem remédio resolve. Eu tomo sim, mas só pra não ficar com isso na cabeça” (mulher, 56 anos, hipertensa, casada);

“Eu trato da pressão desde os dezoito anos. Cada hora eu tenho um problema pra atrapalhar. Eu nunca tive paz pra cuidar direito e tratar do jeito que o médico mandou. O meu problema emocional também é muito forte” (mulher, 55 anos, hipertensa, casada);

“Eu não entendo nada de remédio. Só sei que se tomar ele direitinho a pressão controla mais ou menos. Tem três anos que tô encostado no INPS por causa da pressão. Eu não acho bom isso não. Aí é que eu fico mais doente ainda, porque eu não posso fazer nada” (homem, 61 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu tenho reumatismo no sangue, angina no peito e coração crescido. O médico falou que é por causa da pressão. Mas antes não sentia nada. Agora a minha vida é só sentir as coisas. E só vai piorando. Eu não gosto de sentir essas coisas. Ficar doente é muito ruim” (homem, 65 anos, hipertenso, casado);

“A pressão alta apareceu de pouco tempo pra cá. Não tinha não. Só tinha problema de diabete, mas eu controlava com insulina. Mas a pressão eu sinto que é pior” (mulher, 63 anos, hipertensa e diabética, casada).

6. Diferenças de Gênero

Embora o presente estudo não tenha especificamente investigado aspectos relacionados com as diferenças de gênero, as pessoas observadas, e alguns profissionais de saúde, manifestaram que existem diferenças bem marcantes entre homens e mulheres na forma de perceberem, conviverem e tratarem da hipertensão e do diabetes.

O ambiente doméstico, que é o espaço do privado para o qual o trabalhador homem é remetido quando fica doente, faz com que se modifiquem os condicionantes da dominação masculina, muitas vezes transformando-se em dependência do feminino, especialmente, no aspecto de cuidados e tratamentos para a doença.

Os problemas conjugais estão presentes na vida de muitos participantes dos grupos. Por diversas vezes, eles são apontados como justificativa para a presença da hipertensão e do diabetes. Porém, a doença também aparece como contribuindo para a ocorrência de desentendimento e rupturas familiares. Ou seja, como causa ou como consequência, a doença torna-se um elemento recorrente na vida e nas narrativas de portadoras de doença crônica.

Em função da doença, o homem deixa de cumprir com as suas “obrigações” de trabalhador e de provedor, constituindo-se em uma condição social desvalorizada e incoerente com os atributos socialmente definidos, ficando marcado pelos seus companheiros de trabalho e recebendo menos valor do que aqueles que resistem e superam o trabalho perigoso e insalubre, sem ficarem doentes (Nardi, 2001).

“Eu trabalhava na roça e vim trabalhar na cidade, mas em serviço pesado, como calceteiro da prefeitura. Peguei muita chuva e friagem. Foi isso que me fez ficar doente até aposentar. Hoje eu fico em casa brigando com a mulher porque não fui acostumado a ficar na rua à toa” (homem, 61 anos, hipertenso, casado);

“Ficar em casa não dá certo pra mim. Isso me deixa mais doente ainda. Meus colegas tão trabalhando e eu tô em casa. Eu fico desanimado. Mas eu não consigo mais. É muito difícil ficar parado em casa. A gente perde um pedaço da gente e fica sem ambiente” (homem, 65 anos, hipertenso, casado).

Se o modelo biomédico restringe o entendimento e a terapêutica da doença à dimensão biológica, as pessoas doentes possuem uma percepção explicativa muito além desse modelo reducionista, como pode ser observado em alguns comentários de participantes dos grupos:

“Eu sou viúva, graças a Deus. Eu fiquei doente por causa daquele homem danado. Ele me fazia raiva. Que bom que ele morreu. Não faz falta pra ninguém” (mulher, 63 anos, hipertensa, viúva);

“Eu sou separada. O meu marido era bom. O que me adoeceu foi o trabalho de costureira de fábrica. Aí ele arrumou outra e foi embora. Aí juntou tudo” (mulher, 73 anos, hipertensa, separada);

“Eu sempre fui muito nervosa, mesmo quando era nova. Mas depois do casamento eu piorei por causa do meu marido. Ele até que é bom, mas tem o futebol da quinta-feira e do domingo que sempre foi problema pra mim. Ele fica bebendo o dia todo e eu fico trancada em casa” (mulher, 41 anos, hipertensa, casada);

“O meu problema ta aí, é o meu marido doente. Ele é daquele italiano sistemático. Ele fez cirurgia de coluna e deu erro médico. Já tem muito tempo que eu cuido dele. Ai eu não posso cuidar da minha vida” (mulher, 61 anos, hipertensa, casada);

“O meu marido é muito enjoado. Ele tem os mesmos problemas que eu, mas não faz o que os médicos mandam. Ele sempre foi mandão e emburrado. A gente briga muito. Mas eu tenho pena dele. Minhas filhas já me chamaram pra morar com elas, mas ninguém quer tomar conta dele. Ele judiou muito delas. Então, vou ter que levar até o fim. Mas eu sei que não é bom pra mim” (mulher, 64 anos, hipertensa e diabética, casada).

As relações assimétricas derivam do maior poder e da maior autoridade de um dos participantes da relação. Porém, sempre ocorrem resistências em toda forma de relação, por mais assimétrica que ela seja, e não apenas na relação médico-paciente, como pode ser observado no trabalho de Amâncio (1994) sobre a construção social dos papéis masculinos e femininos e suas implicações nas esferas pessoal e profissional:

“É a assimetria dos papéis tradicionais dos dois sexos que relega as mulheres para uma condição de grupo minoritário não apenas pela sua posição social objetiva, na esfera pública, mas também no plano subjetivo, e que pode explicar a sua discriminação enquanto categoria social” (p. 32).

As diferenças entre homens e mulheres nas formas de perceber a doença como ameaça à vida e como forma de lutar contra ela estão bem caracterizadas nos comentários de dois médicos:

A mulher é mais cuidadosa com a saúde dela, se preocupa mais. As pessoas estão ficando hipertensas mais cedo e na faixa de 30 a 45 anos já aparecem doentes graves que já não se tratam só com dieta. Ai você vê o medo nos pacientes. Ali na hora eles falam que vão fazer direitinho o que o médico está mandando, mas depois que passa o susto do diagnóstico não fazem é nada mesmo” (médico, angiologista);

“O homem tem mais medo da hipertensão do que a mulher. O homem é mais arredo e prefere morrer de um infarto fulminante do que ficar anos se tratando. A mulher é mais cuidadosa, tem mais preocupação com ela mesma e com a família. Deve ser coisa da natureza feminina, mas eu não sei precisar. Principalmente, quando tem filho pequeno, a mulher é mais aguerrida, luta mais e quer melhorar logo pra cuidar da família, demonstrando uma vontade de preservação pessoal e familiar muito grande. É muito diferente do homem, que é mais largado, e se ele quer melhorar é por uma causa pessoal e egoísta, como pra voltar pra vida dele, pra trabalhar, pra voltar a jogar bola, pra ficar com os amigos. As pessoas se tratam por motivos pessoais, próprios e diferentes. Isso torna o tratamento da hipertensão muito difícil e praticamente individualizado” (médico, cardiologista).

7. Relação Médico-Paciente

Embora não tenha sido o objetivo principal do estudo, não há como deixar de falar da presença do médico nas narrativas dos participantes dos grupos, o que por si só, merece uma avaliação em separado nessa trama relacional que se estabelece através da interação doente-médico, pois, em maior ou menor grau, ele já faz parte dela, já foi incorporado às suas vidas. A figura do médico e da medicina, para o bem ou para o mal, aparecem completamente imbricadas com a vida cotidiana dessas pessoas.

E, no caso de se pensar em modificações desse modelo tradicional de assistência à saúde, muito provavelmente, ocasionará graves transtornos para as suas vidas, pelo menos de imediato, pois o que poderá ser colocado em seu lugar? A medicina tradicional já se tornou uma condição que só de se pensar em ser modificada, ou retirada, causa sérios danos no imaginário de portadores de enfermidades.

A formação do profissional de saúde, fundamentada quase na sua totalidade em disciplinas biológicas, releva a um plano secundário a base humana na formação de um profissional que irá conviver, fundamentalmente através de um processo inter-relacional, com o sofrimento, as ansiedades e as expectativas pessoais. Essa (de)formação profissional produz graves conseqüências para a relação médico-paciente, muitas vezes gerando entraves para o diagnóstico e a terapêutica. E, o que também é grave, estabelece-se um forte receio das pessoas em procurar os profissionais de saúde. É muito freqüente ouvir comentários sobre tal fato, como pode ser observado nos relatos seguintes:

“Eu não procuro o médico, pois sei que ele vai achar uma doença qualquer em mim” (homem, 52 anos, hipertenso, casado);

“Se esses meninos que estão formando agora procurassem escutar a gente e começassem o tratamento pelo mais simples, eles acertavam mais e tinham mais clientes. Mas eles começam pedindo exames mais complicados e aí a gente foge deles. Eu tenho amigas que fizeram assim” (mulher, 72 anos, hipertensa, viúva).

Da mesma forma que certas músicas necessitam ser tocadas a quatro mãos no piano, a prática médica seria muito mais eficaz e harmoniosa se houvesse a parceria de todos os atores envolvidos no processo de cuidar da saúde e de tratar de doenças. A relação médico-paciente exigiria que ambos realmente se falassem, se escutassem e respeitassem o próprio ritmo, o que poderia reduzir a relação de assimetria, minimizando a “cacofonia” do diálogo e as interferências comunicacionais. Para que a parceria seja perfeita é vital uma apurada relação de confiança, na qual a intuição e a escuta sejam fatores decisivos, não bastando apenas, embora também seja fundamental, o conhecimento teórico.

A relação de longa duração que caracteriza a atenção médica, especialmente no tratamento de doenças crônicas, será difícil de ser mantida se uma das partes estiver desconfortável com a condução dos trabalhos. O processo de comunicação é o meio pelo qual se torna possível compartilhar medos, preocupações e incertezas, assim como relatar progressos e sucessos e criar expectativas favoráveis para o tratamento. Quando esse fluxo não é bem desenvolvido, tanto o médico como os doentes passam a experienciar um jogo de “cabo de guerra”, com a intenção explícita de conturbar o atendimento.

“Se eu não fosse esperta eu já teria morrido, pois o médico passou os remédios errados pra mim. Eu vi um médico na televisão que explicou direitinho o que eu tinha e que não podia tomar nada daquilo. Aquilo sim é que é consulta, até parece que era pra mim” (mulher, 43 anos, hipertensa, casada);

“Se o doente não correr atrás, ele ta ferrado. Tem muito médico que não sabe nada, nem quer saber. Quando eu vejo que ele só quer enrolar, eu enrolo ele também” (mulher, 41 anos, hipertensa, casada).

O que também fica claro nos depoimentos dessas duas mulheres, ambas residentes na área urbana e ainda jovens, é que o acesso à informação pela mídia, à televisão de forma

especial, desenvolve um contraponto poderoso para argumentações, mobilizações e reivindicações por parte de algumas parcelas da população.

E, como disse outra integrante dos grupos:

“A gente não pode mudar isso tudo de ruim que ta aí, mas que a gente faz barulho; isso a gente faz” (mulher, 45 anos, hipertensa, casada).

O pressuposto de que o doente é sempre vítima do médico mostra que essa explicação é bem mais abrangente e complexa. As pessoas utilizam recursos e estratégias como forma de dominação e resistência, o que caracteriza a inexistência de uma dominação absoluta e definitiva por uma das partes da relação.

Parece que, quando mais jovens, ainda conservam uma certa lucidez, uma percepção do que ocorre ao seu redor e, embora não consigam modificar a situação na sua totalidade, pelo menos têm uma forma mais aguerrida para realizar o seu enfrentamento. Com o passar do tempo, e das inúmeras decepções e sofrimentos, passam a ter suas mentes e seus corpos aquietados, enquadrando-se mais eficazmente à estrutura de dominação vigente.

Uma outra forma de driblar a dominação do profissional de saúde ocorre de forma mais natural. Na convivência e tratamento de doenças crônicas, as pessoas e seus familiares vão incorporando informações e conhecimentos que favorecem a sua comunicação com os profissionais de saúde. Esse conhecimento acumulado ao longo do tratamento proporciona uma posição de destaque e “competência” dentro do seu grupo social.

“Teve uma vez que chegou um médico novinho no meu posto. Podia até ser meu neto. Ele quis pedir exame e mexer no remédio. Eu falei pra ele que não precisava não porque a outra médica já tinha feito tudo isso e eu me acertei com esse que ta aí na ficha. Depois que ele ficou craque, foi embora daqui pra estudar mais” (mulher, 70 anos, hipertensa, casada).

O que é possível apreender desse “discurso competente” é que essa senhora operou duas reduções básicas na sua relação com o médico: primeiramente, percebendo-o também “novinho” e na posição de “neto”; e, confirmando a sua posição privilegiada, também “ensinando-lhe o caminho das pedras” na maneira de tratar e cuidar das doenças.

Recorrendo ao conceito de Chauí (1990) verifica-se que a senhora se sentiu “autorizada” para discordar ou enfrentar o discurso do médico e para apontar, mais acertadamente, um caminho diferente daquele proposto por ele. Ou seja, o conhecimento

médico foi incorporado por aquela senhora que o reinterpretou como “especialista”, pelo menos para o seu caso pessoal, invertendo temporariamente o posicionamento hierárquico. Essa inversão é um duro golpe no imaginário do médico, na sua onipotência e autoridade, somente possível de se verificar no início da atividade profissional quando ainda não se sente seguro para impor a sua autoridade sobre os doentes.

As diversas interferências na relação e na comunicação do médico com os doentes apresentam complexos desdobramentos. As pessoas, que no presente estudo são portadoras de doenças crônicas, definem como bom médico aquele competente e que acerta no diagnóstico e na terapêutica, enquanto o médico cuidadoso é aquele atencioso, que sabe ouvir e examinar bem e que *“gasta tempo pra escutar a gente”*.

Elas mesmas expressam ambigüidade sobre as suas percepções acerca de qual seria o melhor deles, já que parece ficar claro para elas que seria muito difícil um profissional com ambas as características. O fator idade, a premência de tempo e a urgência na resolutividade de problemas parecem indicar serem as características preferencialmente utilizadas na hora de definir e valorizar qual dessas seria a melhor indicada para o seu caso.

Quando a pessoa é jovem, ou necessita retornar ao mercado de trabalho, ela procura e, muitas vezes, pressiona o médico a resolver seu problema com o máximo de urgência, para “retornar para a batalha” e continuar na rotina profissional. Já os mais idosos, geralmente, aposentados e muitas vezes isolados do contato social produtivo e valorativo mundo do trabalho, necessitam e priorizam a conduta do atendimento mais demorado e afetuoso. Muitos deles se referem a(o) médica(o) como “meu filho”.

Esse modelo mais atencioso no tratamento também se mostra mais adequado para os idosos, pois já estão “calejados” de sofrer e de saber que não têm muito o que lutar contra a doença, sobrando-lhes apenas o consolo de aprender a administrar os seus sintomas e morbidades, minimizando os seus impactos adversos.

Entretanto, cada médico tem tanto o seu modelo de “doença ideal”, assim como o seu “paciente ideal”, definidos tanto pelas características específicas da pessoa como pelas manifestações e sintomas decorrentes da trajetória da doença. E, muitos médicos não gostam de tratar de pessoas com doença crônica ou de atender o “doente crônico”, como costumam dizer. Elas não saram e voltam diversas vezes com a mesma queixa, perturbando e tornando-se enjoadas. Esses pacientes frustram o médico em sua onipotência para a capacidade de curar.

Na doença crônica, os órgãos, o corpo e as percepções também se tornam rígidos e cronificados. Esse tipo de doença cronifica e engessa o corpo e a fala se torna crônica e

repetitiva, assim como a narrativa e a linguagem cristalizam-se em torno da doença, como se fosse uma recidiva que compromete todas as dimensões da vida da pessoa doente.

Tal situação também compromete as inter-relações pessoais, inclusive a relação médico-paciente, o que dificulta ou retarda as ações terapêuticas, uma vez que perturba a rotina e a expectativa do médico. O médico bom é aquele que pede exames, como se ele já soubesse o que se passa no interior do corpo, como se fosse um *xamã* que fosse capaz de revelar segredos e operar milagres.

Externamente, não apenas os médicos e demais profissionais de saúde, passam a ter ingerência sobre a vida, mas também os familiares, amigos e patrões. A pessoa passa a viver em um sistema de “condicional”, uma espécie de liberdade vigiada, onde ela terá que seguir todas as regras estabelecidas pelo seu coração e pelo mundo. Se ela quebrar essas normas, sofrerá graves conseqüências, pessoais e sociais, e todos irão “lavar as mãos”, pois ela foi avisada sobre o que fazer e o que evitar.

Por mais que se fale da neutralidade do profissional de saúde na sua relação com os doentes, a convivência cotidiana desses profissionais, principalmente, nos postos de saúde dos bairros e dos distritos rurais, favorece a construção de vínculos afetivos desejáveis para a ampliação do entendimento e do tratamento da doença. Esse modelo relacional implica a construção de uma prática médica mais humanizada, com os profissionais funcionando como mediadores e, por que não, como uma forma de suporte para dar consistência aos benefícios propostos pelas atividades e serviços de saúde. Os profissionais de saúde, nessa situação, desempenhariam o papel de facilitadores, mesmo que de forma relativa, entre o saber biomédico e as necessidades dos usuários desses saberes e serviços.

Independentemente da postura adotada diante da hipertensão e do diabetes, ou de suas conseqüências, o que fica claro é que a maioria das pessoas não sabe o que fazer diante dessa situação de cronicidade da doença. Muitas delas relataram perceber que os médicos também não sabem orientar sobre esse tipo de enfermidade, estando confusos sobre a terapêutica mais adequada.

“Os médicos só sabem cuidar da gente quando a gente tem um derrame ou outra coisa grave. Aí eles operam e fazem fisioterapia. Alguns melhoram e outros não” (mulher, 66 anos, hipertensa, casada);

“Os médicos não sabem tratar da pressão da gente. Já fui em muitos e eles só sabem pedir mais exames e aumentar o remédio. Quando o médico é bacana ainda conversa um pouco com a gente” (mulher, 71 anos, hipertensa, viúva);

“Eu chego e converso com o médico. Na primeira vez eu já sei se ele sabe o que tem que fazer. Eu sei mesmo. Eu fico olhando a reação dele. Tem vez que nem volto. Só volto para pegar os meus remédios com a enfermeira do posto” (homem, 58 anos, hipertenso, casado).

Esses relatos podem servir para múltiplas interpretações, mas o que fica evidente é que o conhecimento do profissional de saúde, em especial o do médico, não consegue alcançar ou satisfazer essas pessoas, sendo que a inadequada comunicação entre as partes se mostra como um importante limitador desse entendimento. Cada uma tem a sua própria história de vida, com as suas crenças e valores que irão determinar o seu grau de confiança na terapêutica que os profissionais de saúde irão lhe prescrever. Dessas aprendizagens prévias dependerá a durabilidade e a intensidade para mobilizar formas efetivas de atitudes de mudanças diante dos desafios impostos pela doença.

Portanto, conhecer o que é significativo para as pessoas, a partir de referenciais apontados por elas, possibilitaria abordagens mais adequadas no tratamento da hipertensão e do diabetes, desde que os profissionais de saúde estivessem dispostos, ou disponíveis, para modificar as suas relações comunicacional, pessoal e profissional.

Diferentemente do que muitos profissionais de saúde argumentam, os hipertensos e diabéticos conseguem avaliar a gravidade da sua doença, só que, na maioria dos casos, não conseguem modificar suas condições de vida de acordo com as “sugestões” ou orientações dos médicos. Esse é também um dos motivos pelos quais essas pessoas aceitam opiniões de parentes e amigos, pois além de terem “dado certo” com elas, suas experiências apresentam muito mais significados por estarem de acordo com seu ambiente cultural.

Uma boa narrativa sobre a doença não pode prescindir de uma boa relação médico-paciente. Ela é fundamental para um diagnóstico mais acertado e decisiva para uma adequada terapêutica. E a pessoa sabe disso, muitas vezes, até mais que o próprio médico que a atende.

Mas, como a sua importância é reiteradamente desqualificada por muitos profissionais e também pelo sistema de saúde, as pessoas “aprendem” que somente precisam levar para a consulta informações sobre a doença. Então, elas não necessitam falar sobre suas vidas, e é até melhor que não o façam, bastando descrever o mais detalhadamente possível os sintomas para serem devidamente enquadrados em um “gabarito nosológico”, para o qual já se tem estabelecido as terapêuticas correspondentes.

No entanto, quando o médico consegue estabelecer uma boa relação de empatia com os “seus doentes”, as suas respostas se mostram bastante imediatas e positivas. Nesses casos, procuram trazer a figura do médico para o seu círculo de proximidade, procurando reduzir a posição de autoridade e assimetria, como nos exemplos a seguir:

“A minha pressão agora ta controlada. Acho que é porque o médico do posto está sempre passando lá em casa pra me visitar. Ele já virou até meu amigo” (mulher, 73 anos, hipertensa e diabética, separada);

“Eu chamo ele de doutor porque ele é autoridade. O médico é autoridade. Ele estuda pra ser doutor. O doutor é a nossa luz” (mulher, 66 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Médico bom é aquele que escuta a gente. Mas não pode faltar no atendimento do posto e tem que pedir exame. Eu tava com anemia que só descobriu porque fiz exame. Eu agradeço ao médico quando ele é bom pra gente” (homem, 68 anos, hipertenso, divorciado).

A relação médico-paciente é decisiva para o processo terapêutico. Inúmeros são os relatos de pessoas dos grupos sobre essa situação. Embora não se tenham fórmulas para aplicar em momentos de sofrimento, a falta de habilidade dos profissionais de saúde, muitas vezes, se torna um fator marcante em suas vidas, como expresso a seguir:

“Eu sabia que a minha mãe tava mal. Sabia que não tinha jeito. Mas o médico não precisava falar daquele jeito comigo. Isso porque não era a mãe dele. Eu nunca mais esqueci daquele momento” (mulher, 50 anos, hipertensa, casada);

“O médico do posto consulta rápido demais e não dá tempo pra gente explicar os problemas. Nem aparelho na gente ele põe. Ele manda marcar ficha no posto e depois não vem atender. Nem dá satisfação pra ninguém. Médicos de posto mudam muito. Não dá tempo pra gente acostumar com eles e nem eles conhecer a gente” (mulher, 46 anos, hipertensa, casada);

“Se a gente não se der com o médico não tem jeito não. Tem muitos anos pra trás que consultei com um e ele zangou comigo. O que ele falou tava certo, mas eu não gostei do jeito dele me tratar. Aí não voltei mais. Hoje não sinto os pés, as pernas ficam inchadas e com ferida que solta a pele como uma casca de cebola. Agora é que estou tratando direito” (homem, 71 anos, hipertenso e diabético, casado);

“Eu não acreditava naquilo que os médicos falavam. Eu sempre gostei de comer muito. Depois que passei mal, fiquei internada aqui e eles me mandaram pro Rio. Lá eu fiquei quarenta dias internada. Quando eu saí a médica me passou uma alimentação e falou pra perguntar a Deus se valia a pena comer o que não podia e depois ficar com ferida” (mulher, 65 anos, hipertensa e diabética, casada);

“A minha irmã também tem diabete e problemas psicológicos. Eu que tenho que tomar conta dela. Ela teve que amputar o braço por causa da diabete. Eu acho que faltou mais explicação do médico pra ela” (mulher, 57 anos, hipertensa, casada).

Embora o objetivo específico dos grupos de aconselhamento seja prestar orientação sobre a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, muitos participantes queixam-se de outros problemas de saúde que não estariam sendo adequadamente tratados pelos médicos dos postos e solicitam medicamentos e exames para a médica da equipe.

Algumas dessas queixas apresentam relação direta com a doença ou com os medicamentos ingeridos. Novamente a relação médico-paciente é colocada em destaque:

“Eu tô com problema na urina. Eu já falei pro médico do meu posto e o remédio dele não adiantou. Até a pressão só controlou depois que vim pro grupo. Eu acho que é o jeito de tratar a gente que faz melhorar a pressão” (mulher, 60 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Eu prefiro consultar com a senhora e com o médico da Maior Idade. O médico do posto é bruto com a gente. Mesmo sendo doente e mais velha que ele, ele não trata a gente bem. Deve ser porque a gente é pobre. Eu não sinto confiança nele” (mulher, 65 anos, hipertensa, casada);

“A minha pressão só controlou depois que vim nas reuniões. O médico do posto aumentava os remédios, mas não adiantava. Só depois que o médico explicou pra não andar depressa é que eu entendi. Eu sentia nervoso se andasse devagar. Aí eu andava depressa e sentia falta de ar. Até em casa eu fazia as coisa depressa. Pra quê, né?” (mulher, 63 Anos, hipertensa e diabética, casada);

“Nesse ortopedista eu não vou de jeito nenhum. Eu não gosto dele nem ele gosta de mim. Eu tenho hérnia de disco e ele falou pra botar um ‘mucadinho de gelinho’ que melhorava. Velho não se dá com gelo. Isso ia fazer eu ficar doente. Tem médico que só de conversar com a gente a gente já melhora, mas tem outros que faz mal pra gente” (mulher, 69 anos, hipertensa e diabética, solteira).

8. Utilização de Medicamentos

A indústria farmacêutica criou e mantém um campo de pressão em torno dos medicamentos que afeta os médicos, os usuários e os pesquisadores. Da mesma forma a saúde, enquanto valor e desejo, também se adaptou à lógica de mercado, aos poucos perdendo a sua relação com as várias dimensões da existência humana, passando a ser identificada com as mercadorias propiciadoras de saúde, nas quais o medicamento se encaixa (Nascimento, Martinez & Luz, 1998).

No início do tratamento as pessoas conseguem um relativo sucesso no controle da pressão. Esse é um momento crítico, pois muitas delas resolvem “fazer um teste” para ver o que acontece se parar com o uso do medicamento e com as ações não-medicamentosas.

“Eu tava bem, aí parei com os remédios por uns dias. Resolvi dar um tempo pra ver como ela reagia. Aí eu fiquei bem, e fui num churrasco na casa do meu cunhado: uma cervejinha, uma carninha. Aí eu passei mal no domingo. Se não tivesse comido o churrasco eu tava bem” (homem, 45 anos, hipertenso, casado);

“Tinha o aniversário do meu neto no sábado. Eu tinha feito exame na terça-feira e a glicose tava boa e a pressão tava baixinha. Aí parei com os dois remédios pra experimentar. Eu acho que fiquei nervosa com o aniversário e a pressão subiu e fui parar no hospital” (mulher, 56 anos, hipertensa e diabética, casada);

“A pressão está descontrolada hoje porque o remédio acabou e não tinha aqui no SUS. Dinheiro a gente não tem pra comprar. Até injeção pra dor eu vim tomar aqui. O meu serviço é bateção de laje, mas eu não agüento mais. Mas se não fizer o serviço falta até comida em casa” (homem, 68 anos, hipertenso, viúvo).

Os médicos também confirmam essa característica das pessoas em tentarem o controle sobre a doença e acentuam a gravidade desses comportamentos.

“A maioria das pessoas são refratárias no tratamento. Passam a vida experimentando, testando e se arriscando cada vez mais. Esse comportamento de parar com o remédio e só usar quando tem um pico hipertensivo é muito perigoso para as pessoas, é muito grave porque o organismo precisa de alguns dias para se readaptar de novo, e durante esse tempo a pessoa fica exposta a eventos graves pela hipertensão” (médico, cardiologista).

Outra contradição verificada diz respeito aos usos e efeitos adversos dos medicamentos. As pessoas expressam um grande temor pelas complicações advindas da hipertensão e do diabetes, mas estão sempre procurando adiar ou postergar para mais adiante o uso de medicamentos e a adoção de medidas restritivas, prescritas nas terapêuticas anti-hipertensivas.

A medicação é um assunto recorrente nas reuniões dos grupos, nas entrevistas com a médica, nas conversas entre os participantes e destes com os outros integrantes da equipe de saúde. A sua ambivalência de “anjo e demônio” é uma de suas características marcantes. Os efeitos adversos dos medicamentos, principalmente, aqueles provenientes de associações com os anti-hipertensivos, comprometem as diversas dimensões da vida, também contribuindo para o abandono do tratamento.

Porém, por mais transtornos e reações que os medicamentos ocasionem, a grande maioria das pessoas apresenta uma inquebrantável confiança na sua capacidade protetora para eventos graves. Principalmente, para aquelas que afirmam perceber e sentir sinais quando a pressão arterial se eleva, o medicamento assume uma dimensão praticamente mágica em suas vidas.

Nesses casos, o medicamento fornece uma importante segurança e tranquilidade, sendo percebido como mais uma maneira de cuidado com o corpo doente. E, a imbricação da doença e dos medicamentos na vida assume uma dimensão muito abrangente, tornando-se uma espécie de “suporte” diante da ameaça para a integridade dos seus usuários.

“Não entendo bem do porquê de tanto remédio, mas tomo assim mesmo porque o médico mandou. Será que eu posso tirar uns deles?” (mulher, 46 anos, hipertensa e diabética, casada);

“O captopril tem um cheiro horrível que dá até vontade de vomitar. Se não tiver o metildopa, desse eu não tomo. Eu já não gosto de tomar remédio, só tomo porque sou obrigada” (mulher, 50 anos, hipertensa, divorciada);

“Eu sinto mais do remédio do que da pressão. O remédio deixa o meu corpo todo bambo, mas não tenho dinheiro pra comprar do outro. A pressão só de vez em quando eu sinto. Eu sei que ela ta no meu corpo e na minha vida. Os meus amigos do serviço falam que se não sinto nada, por que tomar o remédio? O problema do remédio é o financeiro. Pode até ser que o dinheiro sai de Brasília, mas não chega em Carangola” (homem, 47 anos, hipertenso, casado);

“Se eu não tomar o remédio direitinho a pressão vai embora e leva a gente embora junto com ela. Ela é danadinha e pirracenta, igual o meu marido lá em casa, que briga com todo mundo e vira um inferno” (mulher, 63 anos, hipertensa e diabética, casada);

“Eu não se dou com o captopril. Ele me deixa zozza. O metildopa não tem, né? Mas ele eu não posso comprar. O nosso dinheirinho é todo contado. Eu só venho na reunião porque tem o passe pra gente idoso” (mulher, 63 anos, hipertensa, casada).

A necessidade da correta utilização da medicação prescrita pelos médicos constitui-se em mais um componente complicador no tratamento da hipertensão e do diabetes. Frequentemente, algumas pessoas comentavam que não tomavam o remédio à noite por acharem que a pressão não sobe enquanto estão dormindo. Essa era uma orientação que reiteradamente a médica da equipe precisava fazer para os participantes dos grupos, para que tomassem o medicamento prescrito para o período noturno.

Nesses casos, a médica perguntava porque havia sobrado o remédio que havia sido entregue para o período de 30 dias, obtendo algumas respostas, como as seguintes:

“É que não tomei de noite porque ia dormir e descansar e não ia precisar do remédio. Mas de manhã tomei todos os dias” (mulher, 63 anos, hipertensa, casada);

“De noite procuro relaxar e ver televisão antes de dormir. Eu fico tranquilo e durmo bem. A pressão não atrapalha pra mim de noite” (homem, 59 anos, hipertenso, casado).

A explicação dos perigos desse procedimento foi prestada por um médico:

“Existe uma fantasia muito grande com relação à hipertensão, como se ela fosse algo que vai e vem, com se a pressão subisse apenas durante o dia, enquanto a pessoa está acordada ou trabalhando. Tem pessoas que têm mais tendência à hipertensão na parte da noite porque não têm uma queda fisiológica da pressão noturna” (médico, cardiologista).

A médica também procurava orientar procedimentos para que as pessoas se lembrassem de buscar na Policlínica os medicamentos que utilizavam, antes de eles acabarem. No entanto, nem sempre elas conseguiam seguir essas orientações.

“Eu estou tossindo muito. Ai eu sei que é da pressão. É que meu remédio acabou e eu não pude buscar. Não precisa nem zangar. A médica explicou pra vim buscar mais, antes de acabar, mas é muito difícil” (mulher, 53 anos, hipertensa, casada);
“Quando fico apavorada dá tudo errado. Eu esqueci de tomar o remédio pra pressão e esqueci de colocar ele na bolsa pra tomar aqui. Mas não é só aqui não. Tem vez que eu esqueço o que fui comprar na venda. É a pressão que dá essas coisas no pensamento?” (mulher, 62 anos, hipertensa e diabética, casada);
“Será que não tem um jeito mais fácil de controlar a pressão, sem tanto remédio nem preocupação. Eu tomo cinco qualidades de remédio por dia, mais de uma vez. Eu faço tudo direitinho. Eu faço dieta e nenhuma delas abaixa a minha pressão” (mulher, 54 anos, hipertensa e diabética, casada).

O medicamento tem um peso simbólico fundamental, tanto como representante do poder curativo da medicina como do seu conteúdo científico, mesmo que essas concepções explorem claramente as possibilidades terapêuticas concretas de qualquer fármaco (*Camargo Jr., 1997*).

Estima-se que 23% da população brasileira consome 60% da produção nacional de medicamentos, e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos, a não ser os da rede pública (*Bermudez, 1995*).

Em função de exposições contínuas aos serviços médicos, algumas pessoas se “especializam” em diagnosticar e receitar. Como conseqüência, elas poderiam saber sobre a terapêutica adequada, somente havendo necessidade de recorrer ao médico quando a prescrição “do seu jeito” não funciona, “jeito” esse aprendido nas filas e corredores dos postos de saúde e através da “experiência” adquirida de pessoas mais velhas.

Esse é mais um fator contributivo para a auto-medicação no nosso país, sistematicamente reproduzido pelos balconistas de farmácias e pela venda de medicamentos sem a receita médica. Ou seja, não é necessário, às vezes, até dispensável, a consulta médica para obter medicamentos, pois a venda de medicamentos sem receita é indiscriminadamente difundida e praticada em nosso meio.

A grande quantidade e diversidade de medicamentos receitados, principalmente, para as pessoas das camadas populares que não podem comprar as novidades da indústria

terapêutica, espantam até os próprios médicos, quando não são eles os prescritores daquela terapêutica, como pode ser observado no seguinte relato:

“A hipertensão é uma doença terrível. E se existem vários medicamentos para tratar é porque toda doença que tem muitos remédios não tem uma causa bem definida, porque envolve muitos aspectos. O perfil psicológico do doente é outro fator importantíssimo. Mas tem outros fatores envolvidos. Por isso não basta cuidar só da hipertensão, mas tem que cuidar de um conjunto de outras coisas que se manifestam na hipertensão, que estão envolvidas junto com ela. E pra tudo isso a gente tem que passar remédio” (médico, cardiologista).

O uso continuado de medicamentos estabelece uma relação de “intimidade” com as pessoas, como possível maneira de diminuir o seu impacto ao torná-lo familiar. Na maioria das vezes, a modificação da embalagem ou alterações nas concentrações dos medicamentos distribuídos pelo SUS ocasionavam sérios transtornos para a aceitação e entendimento da sua utilização. Tal fato confirma a importância da rotina estabelecida na vida desses doentes, assim como o fato de que aspectos aparentemente insignificantes da relação médico-paciente são decisivos para a evolução da terapêutica, exigindo maior atenção pelos profissionais e órgãos de saúde.

Muitos participantes dizem que “se viram”, que “dão um jeito” para conseguir remédio quando não há na policlínica para distribuição gratuita. No entanto, também relatam o comprometimento no seu minguado orçamento do salário mínimo para aquisição de medicamentos.

“Deixo até de comer e de comprar roupa para comprar remédio. Isso não é vida” (mulher, 63 anos, hipertensa, viúva);

“É esse amarelinho aí é que eu tomo. Cé ta boba, eu conheço e controlo os meus remédios” (mulher, 51 anos, hipertensa, casada);

“Eu tomo é do vermelhinho. Por que trocam de cor do remédio? Tem vez que não sei qual que eu tenho que tomar” (mulher, 46 anos, hipertensa, casada);

“Sobrou de um [hidroclorotizida] e faltou desse [metildopa]. Antes era de cor diferente. Agora me confundo porque ta igual” (mulher, 61 anos, hipertensa e diabética, casada).

Porém, muitas são as reclamações sobre o efeito adverso dos medicamentos. No entanto, fala mais alto o temor da ocorrência de eventos graves.

“Na televisão a gente vê gente bonita tomando remédio para ficar mais bonita ainda. Mas eu sei que não vou ficar bonito. Eu só tomo ‘ele’ porque já vi muita gente torta e no caixão” (homem, 60 anos, hipertenso, casado);

“Eu nunca gostei de médico nem de remédio. Meu pai nunca consultou e só tomava mato. Morreu muito mais velho do que eu vou morrer, mesmo tomando remédio” (homem, 65 anos, hipertenso, casado);

“Quando eu tomo remédio eu fico estranha. Demora um tempo para o corpo chegar no lugar. A doutora falou que tem outros remédios que não dão isso, mas eu não posso comprar” (mulher, 71 anos, hipertensa, viúva).

“Remédios fortes”, “exames perigosos” e “internação hospitalar” se mostraram como categorias bastante freqüentes na maneira de explicitar o temor do agravamento da doença. Comumente as pessoas relatavam episódios ocorridos com algum parente, da própria família ou considerados “de casa”, ou algum conhecido.

O encaminhamento médico para algum especialista ou para a internação hospitalar provoca um afastamento da pessoa do seu ambiente familiar e do mundo conhecido onde consegue transitar através de caminhos e situações bem familiares. Para os parentes também surge um duplo sentimento, pois sabem que no hospital receberá tratamento mais adequado, mas a internação significa um afastamento do ente querido, servindo também como um atestado da gravidade do problema. A idéia de perda é muito forte pois a separação é sentida como definitiva e o controle sobre a situação é perdido.

Por diversas vezes, essas pessoas enunciavam o medo do invisível, do desconhecido que são as morbidades que podem ocorrer no caso de não seguirem as orientações prescritas:

“O meu vizinho foi fazer um exame pro coração [o cateterismo é, de longe, o exame mais referenciado e temido], entrou andando e saiu carregado” (homem, 48 anos, hipertenso, casado);

“Se tiver que internar eu não vou. Só se for carregada” (mulher, 64 anos, hipertensa, casada).

Alguns comentários (in)conclusivos

Os principais problemas da época atual nos levam a perceber que eles não podem ser entendidos, muito menos resolvidos, isoladamente. Em uma sociedade marcada pela complexidade, em especial os serviços de saúde e as escolas se tornaram os grandes depositários das expectativas de solução de problemas das camadas populares, tanto para superar suas dificuldades cognitivas e favorecer a mobilidade social, quanto para solucionar problemas não necessariamente apenas de ordem médica.

A maneira como se interpreta a doença, os seus motivos e as causas de sua instalação são extremamente importantes para o seu tratamento e para as abordagens de prevenção ou controle que se pretenda realizar. Os hábitos, os papéis sociais e as circunstâncias de vida se somam às crenças individuais para formar o arcabouço necessário para orientar qualquer ação sanitária. É necessário também contar com a participação das pessoas para que ações de saúde possam lograr êxito. E contar com o ser humano pressupõe aceitar o risco de conviver com a diferença, com a singularidade e com a liberdade do outro, implicando a construção compartilhada para a execução e validação dessas ações em saúde (Briceño-León, 1996).

Quando não se consegue alcançar essas dimensões, o tratamento recebe um complicador a mais, ficando difícil de ser corretamente realizado. Ou seja, muitas vezes, orientações simples e claras podem favorecer modificações importantes para a saúde e a vida, como pode ser observado a seguir:

“Até hoje ninguém tinha falado para mim que eu só podia chupar uma laranja depois do almoço. Sempre gostei muito de laranja e não chupava só uma. Agora estou sabendo por que a minha glicose não abaixava de jeito nenhum mesmo não comendo doce” (mulher, 69 anos, hipertensa e diabética, viúva);

“Eu tenho problemas de estômago. De verdade, eu não sigo a dieta da nutricionista. Mas aí, meu estômago fica ‘empachado’. Aí tomo uma ‘talagada’ de bicarbonato. Foi o outro médico que mandou. Agora fiquei sabendo que não pode” (mulher, 56 anos, hipertensa, casada);

“Eu sou hipertenso e diabético. Sabia que não podia comer doce, mas gosto muito de fruta. Chupava uma bacia de laranja por vez. Agora sei que isso descontrola tudo” (homem, 72 anos, hipertenso e diabético, casado).

A realidade não é prontamente apreendida, sendo mediada pelas percepções e interpretações fornecidas pelas pessoas que com ela interagem. Os complexos processos envolvidos na manutenção de formas de saúde e na instalação de diferentes doenças possibilitam o esclarecimento privilegiado quanto aos modos de conhecerem e pensarem a si próprias e a realidade em que vivem (*Good & Good, 1993*).

Para muitas pessoas, a interpretação, explicação e representação da realidade são satisfatórias, até o momento em que lhes fogem ao seu controle e necessitam da explicação do outro, de um “especialista”, para auxiliá-las no entendimento daquilo que não está claro, ou o que ocorreu de errado com elas ou com as suas interpretações do mundo.

A partir de então, elas se tornam “dependentes” de explicações exógenas e não mais acreditam em seu próprio referencial nem o valorizam para o entendimento do que está ocorrendo. Elas deixam de ser referência para si próprias e suas percepções são consideradas equivocadas, ineficazes, inválidas ou inadequadas, tendo de se orientar e balizar pelo que vem de fora, pelo que é considerado verdadeiro pela ciência e pelos seus representantes.

A doença não é uma situação estanque ou acabada, que obedece apenas a um enredo previamente definido. O processo de adoecimento inicia-se muito antes do seu diagnóstico e não pára aí, prosseguindo pela vida afora. Esse enredo é interativo, dinâmico e mutável, dependente das experiências prévias, mas fundamentalmente, das novas vivências e interações que as pessoas venham a experimentar, tanto relacionadas à terapêutica propriamente dita quanto a todas as dimensões de suas vidas. Por esse prisma, a hipertensão e o diabetes apresentam uma dimensão coletiva, mas a sua solução deve ser necessariamente individual.

Pelo fato do caráter de cronicidade da hipertensão e do diabetes, o seu controle e tratamento implicam cuidados permanentes, progressivo aumento das restrições pessoais e sociais, modificações nos hábitos de vida e convivência com efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas. Devido a essas complexas condições, é muito difícil pretender que a totalidade dessas imposições seja prontamente incorporada. Da mesma forma, é quase impossível que, sozinhas, as pessoas consigam administrar as determinações contidas nas terapêuticas.

O momento do diagnóstico dessas enfermidades produz um impacto devastador e uma profunda sensação de desorientação na vida. Instala-se a certeza de que a vida será totalmente diferente a partir desse momento, mesmo que as pessoas não queiram aceitar. Mudança de modos de vida, uso de medicamentos, limites e restrições e muitos outros comprometimentos “vindos de fora” irão invadir, de forma definitiva, as suas vidas. Essa impotência diante do inexorável as forçará a uma reavaliação de suas vidas, tanto progressas como futuras.

As limitações biológicas naturais com o decorrer da idade, a saída de casa dos filhos para estudar, trabalhar ou casar, a morte de amigos contemporâneos e, principalmente, a perda de parceiros de longos anos de convivência, ocasionam um sentimento de finitude e de ausência de tempo para planejar e executar novas construções para o futuro. Diante dessas dificuldades se torna imprescindível a atuação de redes sociais de apoio – religião, grupos de maior idade, vizinhos, parentes e conhecidos – para prover cuidados de diversas naturezas e reduzir o impacto dos sofrimentos, da solidão e do isolamento social.

Essas condições se tornam mais graves porque depois de uma certa idade não mais é possível perder, pois não se dispõe de muito mais tempo, nem energia, para recuperar aquilo que foi perdido. Essa verdade ocasiona uma sombria perspectiva na vida dessas pessoas idosas, pobres, doentes e sozinhas (*Vieira, 1997*).

Para atingir uma adequada adesão ao tratamento, a participação de familiares e as redes de apoio social, assim como as atividades com grupos de aconselhamento, se apresentam como importantes estratégias nessa função assistencial, pois se constata a elevação do envelhecimento populacional no país e o sistema previdenciário registra o agravamento do seu colapso na qualidade e disponibilidade de atendimento, sobrecarregando alternativas informais de suporte aos idosos. Porém, a adesão ao tratamento e o seu cumprimento não é um fim em si mesmo, mas sim uma estratégia importante para um melhor cuidado terapêutico e de melhores resultados em termos de saúde.

Em grande parte dos casos, são as famílias que arcam com os elevados custos do tratamento, pois as pessoas não recebem auxílio financeiro nem outros incentivos necessários para os cuidados com os idosos que assistem. Muito embora o cuidado familiar seja uma estratégia importante, ele não se aplica a todos os idosos, porque muitos não têm família, são muito pobres ou não possuem quem possa abdicar-se do trabalho remunerado para cuidar deles. Portanto, a crise econômica e as condições de vida da população brasileira reforçam o impacto e as condições adversas para o crescente contingente de idosos, principalmente, para os portadores de morbidades que ocasionam dependências (*Caldas, 2003*).

Duncan & Foppa (2002) definem que o tratamento da hipertensão deve basear-se prioritariamente nas intervenções que, comprovadamente, diminuam os desfechos clínicos, e não simplesmente na modificação de desfechos biológicos ou intermediários, com o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e menor desconforto para as pessoas.

A relação médico-paciente é uma situação que possibilita o diálogo e a abertura para o inesperado, o singular, o novo, o surpreendente, o estranhamento. O modelo tradicional da

biomedicina valoriza muito pouco esse recurso narrativo, transbordante de informações e conhecimentos e praticamente sem custos para essa racionalidade médica. A resolutividade para muitos problemas de saúde poderia ocorrer nesse nível primário de atendimento, o que seria bastante adequado para todos os atores envolvidos nesse empreendimento.

A forma como as informações são transmitidas às pessoas e o seu envolvimento como participantes ativos no diálogo sobre a doença têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações médicas. Sem esse reconhecimento, as tensões subjacentes na interação médico-paciente permanecem sem solução e passam a reconhecer que os profissionais oferecem pouco no caminho das soluções definitivas para os seus problemas de saúde (*Starfield, 2002*).

Uma vez que a ação dos serviços de saúde no meio popular é insuficiente, a superação dessa situação depende do envolvimento da população na busca de novas estratégias e do reforço às posturas de luta e enfrentamento que estejam cientificamente respaldadas e apropriadas às condições materiais e sociais em que vivem. Nesse caso, as práticas de educação popular nos serviços de saúde devem voltar-se para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, uma vez que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro (*Vasconcelos, 1998*).

Aqueles que não conseguem integrar-se ficam presos na crise, na miséria e sob condições que não controlam. A solução de seus problemas não lhes pertence, ficando incapacitados de agir, de dar sentido às suas vidas e de modificar o sistema que produz e mantém a sua marginalização. Essa incapacidade de transformação não é percebida como resultante de relações de poder, mas sendo naturalizada e explicada por incapacidades intelectuais, biológicas e culturais. As contingências sociais são apresentadas como possíveis de serem superadas, necessitando de que as pessoas apresentem mérito, competência e façam escolhas acertadas. Assim, o sucesso ou o fracasso da inclusão passa a ser de responsabilidade exclusivamente pessoal (*Barros, 2001*).

A saúde e a doença não são fenômenos independentes, muito menos podem ser redutíveis um ao outro. Ou seja, a doença não é o inverso da saúde. A saúde e a doença são duas entidades que não podem ser quantitativamente comparadas, não sendo possível escolher uma em detrimento da outra. Elas estão, na sociedade, em uma situação paradoxal, sendo necessário encontrar meios para, simultaneamente, promover a saúde e cuidar das doenças (*Contandriopoulos, 1998*).

Se a saúde se define como sinônimo de um completo bem-estar, então ela é inseparável das condições de vida e somente pode ser definida como o controle sobre os processos de reprodução da vida social, com a saúde constituindo a própria ordem regular desse movimento reprodutivo. Ao contrário, se a saúde é separada das condições de vida e pretende-se que ela seja seu efeito, torna-se inviável sustentar que seja um bem-estar integral, retornando-se à fragmentação organicista do conceito de saúde, como se simplesmente fosse redutível à ausência de saúde e a um problema de reprodução biológica (Samaja, 2000).

Cada sociedade enfrenta, reconhece, valoriza e trata de maneira própria as doenças ocorridas no seu interior. Em torno de cada doença se constrói uma configuração de idéias, de crenças, de valores e normas gerais que são socialmente aprendidas, constituindo-se em modelos mais ou menos estabelecidos para sua convivência e enfrentamento, sendo tanto mais velados quanto mais grave for a doença. O reconhecimento da doença possibilita o direito e, às vezes, até a obrigação, de interromper sua vida cotidiana. Ao legitimar seu estado de doença, estará socialmente em condições de receber ajuda e reconhecimento por parte do seu grupo social e do sistema de saúde.

No presente estudo, trabalhou-se com a análise de narrativas produzidas por pessoas hipertensas e diabéticas que participam de grupos de aconselhamento. A convivência com as doenças crônicas, nesse caso de forma ininterrupta, remete às crenças e valores socialmente produzidos e compartilhados.

A sociedade, de maneira geral, e as ciências da saúde, em especial, enfrentam problemas e enigmas relacionados com os complexos processos presentes nos adoecimentos e nos seus tratamentos. Solucionar, ou mesmo responder a esses desafios se caracteriza como um imperativo dentro da encruzilhada que os profissionais de saúde estão colocados, configurando um impasse permanente e recorrente diante das necessidades que o sistema de saúde não consegue atender ou satisfazer.

As narrativas sobre doenças, nessas condições, funcionam como mediadoras entre as experiências vivenciadas e suas significações pessoais e culturais. E, apesar de elas serem marcadas por complexas redes de significados, caracterizadas principalmente por lacunas e imprecisões, possibilitam a construção de novos significados explicativos e novas práticas sobre estratégias para o seu enfrentamento.

As narrativas sobre doenças também servem para resgatar e trazer para o presente o tempo em que se era saudável e que, na 'balança da vida', o prato da saúde de destacava mais

do que o da doença. As narrativas se apresentam como uma importante estratégia para atividades com grupos de pessoas portadoras de doenças crônicas, uma vez que por mais que se procure estabelecer uma lógica explicativa para fornecer entendimentos sobre os processos saúde/doença, componentes subjetivos fornecem o ingrediente para a manifestação do singular e do inusitado, para surgimento do novo e do extraordinário.

A experiência individual de uma pessoa, por mais rica que seja, não basta para produzir a formação de um pensamento global e generalizante. A doença é uma experiência pessoal, mas também, social, bastante complexa e diversificada, que se encontra imbricada na história de vida das pessoas e das populações. Ou seja, embora a enfermidade seja uma construção socialmente compartilhada, a doença é um processo pessoal e singular (*Castiel, 1994*).

Em algumas narrativas a saúde aparece como constituinte das pessoas desde o seu nascimento, como se fosse um ‘crédito pessoal’, mas que vai sendo consumido à medida que se vive e se expõe às vicissitudes da vida. A doença aparece na outra face dessa mesma moeda, como o vilão da história que consome todos os dividendos da saúde, e que vai minando a resistência e a capacidade de superação. No caso específico das doenças crônicas, o consumo da saúde é elevadíssimo, comprometendo todas as dimensões da vida, por não haver possibilidades de retorno ao completo estado de saúde que foi perdido.

Como proposta de atividades de orientação e ações educativas de saúde, ao invés da clássica “conscientização”, que pressupõe uma hierarquia do saber, muito mais adequado seria um processo continuado de reflexão compartilhada das demandas, expectativas e conhecimentos já existentes ao longo do “diagrama histórico” daquele grupo social ou comunidade. Dentro dessa perspectiva para favorecer o atendimento de portadores de doenças crônicas, as atividades com grupos de aconselhamento se apresenta como uma importante alternativa. A possibilidade para narrarem sobre os seus sofrimentos e compartilharem as suas experiências, com outros doentes e com a equipe de saúde, poderá favorecer os procedimentos terapêuticos.

O diagrama histórico é uma técnica que procura garantir a participação de todas os componentes de grupos de discussão, com um objetivo definido. Nessa dinâmica, todos os participantes podem contribuir e todas as informações têm a sua relevância para o grupo. Essa estratégia pressupõe o entendimento das características específicas daquela comunidade dentro da linha do tempo, com suas construções e reconstruções, que realmente contém as explicações do momento atual e de suas necessidades.

A proposta de atendimentos individualizados e situacionalmente localizados, como está previsto no Programa de Saúde da Família, é também bastante adequada como estratégia para amortecer ou reduzir os impactos das doenças. A convivência diária com os moradores dos bairros e a certeza desses com a disponibilidade dos profissionais de saúde para o seu pronto atendimento, proporcionam o estabelecimento de um ambiente favorável e de expectativas mais eficazes no que se relaciona com a atenção e os cuidados para a saúde. Essas condições elevam, significativamente, o grau de resolutividade para as situações de doenças.

Quando as pessoas procuram ajuda em organizações de saúde, estão buscando formas de ancoragem para conter a ameaça de desintegração de suas identidades e de suas vidas. Esse recurso de sustentação encontra melhores resultados em atividades coletivas – grupos de aconselhamento, grupos terapêuticos, grupos de maior idade –, onde as suas experiências podem ser narradas e compartilhadas. Atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) vem possibilitando restabelecer algumas condições mínimas para elaborarem novos sentidos para as suas vidas.

Como foi possível constatar no presente estudo, as atividades terapêuticas e assistenciais do PSF aos moradores dos bairros e de postos de comunidades rurais, se mostraram bastante adequadas. Dentre os vários ganhos observados em um curto espaço de tempo, dois podem ser assinalados: a possibilidade, pelos profissionais de saúde, de um conhecimento mais amplo e localizado das pessoas doentes, de seus familiares e das características dessas localidades; e a construção de melhores condições para narrarem sobre suas vidas e adquirirem sentido, entendimento e coerência para os eventos que fazem parte do seu cotidiano.

A família e a rede extensa de parentes e amigos se mostraram como um indispensável suporte para uma melhor convivência e tratamento da hipertensão e do diabetes. Mesmo que, em muitos casos, a presença da doença seja diretamente relacionada com situações familiares, o apoio e os cuidados recebidos formam um poderoso anteparo para evitar danos maiores. Essas pessoas não conseguiriam reorganizar as suas vidas sem a disponibilidade dessa rede inter-pessoal, pois os serviços oficiais de saúde não dispõem de condições para prestar assistência em tempo integral, como é requisitado para as doenças crônico-degenerativas.

Esse apoio familiar é importante não apenas para prover as ações prescritas pela medicina tradicional. Também, formas alternativas para o tratamento de doenças são incorporadas conjuntamente com a terapêutica da biomedicina. Essas redes ampliadas de assistência possuem uma longa experiência e tradição no trato com enfermidades, sendo

amplamente utilizadas no cotidiano comunitário. Somente quando ocorrem eventos graves ou quando o doente necessita de hospitalização, é que se verifica um relativo e momentâneo afastamento dessas atividades assistenciais.

São muitas as formas de obter conhecimento sobre os processos relacionados à saúde e às doenças. Porém, o presente estudo valeu-se das narrativas como maneira de alcançar o singular e o individual. As pessoas detêm um saber e um poder que lhes são específicos e que não podem ser diretamente comunicados ou apreendidos. Através da análise de narrativas torna-se possível captar as sutilezas não formalizáveis e alcançar as codificações que, de outro modo, não podem ser traduzidas.

Para Ginzburg (1999), esse tipo de conhecimento nasce da “*concretude da experiência*” e, para ser alcançado necessita “*servir-se do poderoso e terrível instrumento da abstração*” (p. 167). Tal foi o desafio do presente estudo: organizar, de forma lógica, as percepções sobre a hipertensão e o diabetes, mas sem perder de vista o seu caráter maleável e com uma ilimitada capacidade para se adaptar a qualquer situação proposta.

Ao pesquisar de forma qualitativa, inúmeras são as possibilidades para a coleta de dados. E, também ilimitadas são as interpretações das informações observadas e registradas. Utilizando-se das análises sobre narrativas de Paul Ricoeur e Walter Benjamin, pretendeu-se alcançar uma forma possível de saber e verdade que, usualmente, escapam à interpretação lógica da ciência tradicional. Ou seja, buscou-se o verdadeiro significado da narração nas entrelinhas, no espanto e no estranho que permeiam as narrativas.

É justamente aquilo que escapa à classificação que se torna indício de uma verdade possível da qual o pensamento desenha o contorno enquanto totalidade recuperada. Nessa linha de raciocínio, podemos citar o trabalho de Gagnebin (1999) sobre a narração em Benjamin, onde podemos extrapolar para a idéia de que as narrativas sobre doenças podem ser o “começo de um processo curativo”. E, avançando um pouco mais nas considerações da autora sobre as relações entre conhecimento e narração, podemos destacar o seguinte:

“A verdade de um discurso não se esgota nem no seu desenrolar harmonioso, nem na sua argumentação sem falhas, nem na sua coerência interna... Em sua teoria da narração e em sua filosofia da história em particular, o indício de verdade da narração não deve ser procurado no seu desenrolar, mas, pelo contrário, naquilo que ao mesmo tempo lhe escapa, nos seus tropeços e nos seus silêncios, ali onde a voz se cala e retoma fôlego” (p. 100).

Já na visão de Ricoeur (1995), a mediação operada pela narrativa é essencialmente prática, visando a restaurar uma ordem anterior ou construir uma nova ordem. Nesse sentido, passado e futuro se encontram e ganham vida no presente narrativo, possibilitando a compreensão e o entendimento entre o narrador e os seus ouvintes. Para o autor, a narrativa seria suscetível de afetar as pessoas uma vez que:

“Geram totalidades singulares capazes de produzir um ‘prazer próprio’ graças a um jogo de inferências, de expectativas e de respostas emocionais...” (p. 20).

Para Benjamin (1994), a narrativa possibilita compartilhar conhecimentos, sabedorias e verdades. Também fornecem sentidos e significados para a vida. Nas palavras do autor:

“O narrador figura entre os mestres e os sábios, possuindo o dom de contar sobre a vida, o que permite ao justo encontrar-se consigo mesmo” (p. 221).

As doenças são também resultado de complexas interações entre condições orgânicas e fatores sociais. Os processos industrial e tecnológico determinaram específicas relações com as formas de trabalho e definiram modos de vida completamente distintos de épocas passadas, colocando as pessoas em permanentes situações de máxima pressão. As doenças variam conforme as épocas e as condições sociais de cada população, sendo que cada sociedade reconhece doenças específicas e estas constituem sempre um estado com diversas implicações sociais (Adam & Herzlich, 2001).

A presença da doença crônica compromete as expectativas ou reduz as perspectivas em todas as dimensões da vida humana. Do ponto de vista psicológico, essa situação poderá afetar a auto-estima e restringir os investimentos pessoais na busca de auto-realizações. Ou, em sentido oposto, ou paradoxal, poderá também ocorrer novos posicionamentos e ordenamentos mentais que permitirão a abertura de possibilidades absolutamente imprevisíveis fora dessas circunstâncias.

A convivência com as doenças impõe mudanças e adaptações, muitas vezes radicais, como forma de preservar a integridade pessoal. Situações novas e inesperadas exigem prontas respostas adaptativas baseadas em novas experiências, registros e conexões mentais. Os *paradoxos* sempre estão presentes nas diversas situações do adoecimento, onde o que parece desvio quando se coloca em relação a uma norma, se mostra como outra forma de linguagem, outros caminhos neurais. Tal é a perspectiva de Sacks (2000) ao falar da “complexidade da natureza” e ao afirmar que:

“Deficiências, distúrbios e doenças podem ter um papel paradoxal, revelando poderes latentes, desenvolvimento, evoluções e formas de vida que talvez nunca fossem vistos, ou imaginados, na ausência desses males, caracterizando um paradoxo da doença com o seu potencial criativo” (p.16).

A hipertensão e o diabetes assumem a forma, através da presença física dos sintomas, da única certeza na vida, que é a morte. Essas doenças não dão trégua aos seus portadores, se fazendo notar não apenas nas manifestações sintomáticas, mas também pelas construções imaginárias e em função dos impedimentos impostos ou morbidades já ocorridas. Essa luta contínua e diária produz interferências em todas as esferas da vida, restringindo, ou até mesmo impossibilitando, prazeres simples e necessidades básicas. A vida se torna “sem gosto”, e não apenas para os alimentos, mas também para as festas, os esportes, o sexo.

Através de comentários esporádicos, ou narrativas mais longas, as pessoas observadas requisitavam condições para discutir sobre as suas vidas e sobre as melhores alternativas para superarem as adversidades provocadas pela doença. Quando elas se queixavam da falta de tempo e de atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial os médicos, para o seu tratamento, estavam externando as suas percepções de se sentirem rejeitadas por aqueles que teriam a obrigação profissional/ética de lhes prestar orientações e cuidados.

De idêntica maneira que os professores, na Educação, os profissionais de saúde, enquanto facilitadores/mediadores de uma poderosa forma de saber, poderiam contribuir decisivamente para proporcionar conhecimentos e estruturas que atuariam de forma mais contundente nas condições de vida e nos agravos das doenças. A partir de discussões e questionamentos, como aqueles desenvolvidos com os participantes dos grupos de aconselhamento, torna-se possível descobrir estratégias de superação para tantas limitações, reais ou convenientemente responsabilizadas, atribuídas a presença da hipertensão e do diabetes.

E, para (in)concluir o presente trabalho, vale a pena destacar que o **otimismo** deve estar presente em todas as ações humanas. Em especial na área da saúde, uma vez que o objetivo maior de todas as suas condutas se relacionam prioritariamente com a **saúde e a vida**.

Dessa forma é perfeitamente necessário, viável e fundamental afirmar que:

“Um outro mundo é possível, um outro mundo é necessário, um outro mundo é indispensável” (Ferreira, 2001: 9).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P. & HERZLICH, C., 2001. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Universidade do Sagrado Coração.

ALVES, P. C., 1993. A experiência da enfermidade. Considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 263-271.

AMÂNCIO, L., 1994. *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Porto: Afrontamento.

ANDRÉ, M. E. D. A., 1995. *Etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus.

ATIE, C. S., 1998. Pacientes com hipertensão do avental branco necessitam de tratamento? *Revista Brasileira de Hipertensão*, HiperAtivo, 5 (4): 274.

BARRETO, M. L. & CARMO, E. H., 1998. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis* (Ines Lessa, org.), pp. 15-27. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

BARRETO-FILHO, J. A. S. & KRIEGER, J. E., 2003. Genética e hipertensão arterial. Conhecimento aplicado à prática clínica? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 13 (1): 46-55.

BARROS, V. A., 2001. Trabalho, exclusão e psicologia. *Jornal do Psicólogo*, Conselho Regional de Psicologia/04, 18 (71): 5.

BENJAMIN, W., 1994. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura*, vol. 1. São Paulo: Brasiliense, pp. 197-221.

BENJAMIN, W., 2000. Sobre alguns temas em Baudelaire. In: *Walter Benjamin. Obras escolhidas III. Charles Baudelaire. Um lírico no auge do capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, pp. 103-149.

BERMUDEZ, J. A. Z., 1995. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec/Sobravime.

- BOSI, E., 1999. *Memória e sociedade. Lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E. C.; & POZZAN, R., 2003. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 13(1): 07-19.
- BRICEÑO- LÉON, R., 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (1): 07-30.
- BRUNER, J., 1997. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CALDAS, C. P., 2003. Envelhecimento com dependência. Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): 773-781.
- CAMARGO Jr., K. R., 1997. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. *Estudos em Saúde Coletiva*, 149: 05-13.
- CARDOSO, M. H. C. A., 2000. História e medicina. A herança arcaica de um paradigma. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, VI (3): 551-575.
- CARDOSO, M. H. C. A., 2000a. *A herança arcaica de um modelo. História, medicina ... e a síndrome de Down*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.
- CARDOSO, M. H. C. A.; CAMARGO Jr., K. R.; & LLERENA Jr., J. C., 2002. A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3): 555-569.
- CARELLI, R., 2002. *Efemérides carangolenses*. Viçosa: Folha de Viçosa.
- CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA, CCC, 2003. *Relatório estatístico de internações relativas ao ano de 2002*. Carangola: Setor de Estatística e Controle de Internações da Casa de Caridade de Carangola.
- CASTIEL, L. D., 1994. *O buraco e o avestruz. A singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus.

CASTIEL, L. D., 1998. Moléculas, moléstias e metáforas. O senso dos humores. In: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/cast/indice.html>.

CERTEAU, M., 2000. A invenção do cotidiano. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes.

CHAUÍ, M. S., 1990. O discurso competente. In: *Cultura e democracia. O discurso competente e outras falas* (Marilena de Souza Chauí, org.), pp. 03-13. São Paulo: Cortez.

CHAVES Jr., H., 2001. Hipertensão arterial. Aspectos epidemiológicos e grupos especiais de hipertensos. *Revista do International Lipid and Related Disorders Information Bureau Brazil*, 3 (1): 05-11.

CONTANDRIOPOULOS, A-P., 1998. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1): 199-204.

DELITTI, A. M. C. & SILVA, D., 1996. *Relação médico-paciente. Hipertensão. Um estudo psicossociológico*. São Paulo: Limay Editora.

DIAS, R. B., 1998. “Eu? Eu estou aí, compondo o mundo”. Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2): 149-157.

DRESSLER, W. W. & SANTOS, J. E., 2000. Social and cultural dimension of hypertension in Brazil. A review. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2): 303-315.

DUARTE, L. F. D., 1994. A outra saúde. Mental, psicossocial, físico-moral? In: *Saúde e doença. Um olhar antropológico* (Paulo César Alves & Maria Cecília de Souza Minayo, orgs.), pp. 83-90. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DUNCAN, B. B. & FOPPA, M., 2002. Tópicos de epidemiologia clínica para o tratamento de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9 (1): 35-40.

EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; & SHAW, L. L., 1995. *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

FERREIRA, M., 2001. Um outro mundo é possível. In: *Jornal do Psicólogo*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia/04, 18 (69): 08-09.

FRANCO, R. J. S., 2002. Crise hipertensiva. Definições, epidemiologia e abordagens diagnósticas. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9 (4): 340-345.

FRANK, A. W., 1995. The wounded storyteller. Body, illness and ethics. Chicago and London: The University of Chicago Press.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2000. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2002. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 60: 2-111 _ 2-156.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2003. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. In: [<http://www.ibge.gov.br/censo2000/censo>].

GAGNEBIN, J. M., 1999. *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva.

GEERTZ, C., 1994. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

GEERTZ, C., 2001. *O saber local. Novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes.

GINZBURG, C., 1999. *Mitos, emblemas, sinais. Morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras.

GIRARDI Jr., L., 2000. A reportagem como experiência etnográfica. In: *Anuário de Jornalismo*. São Paulo: Faculdade Cásper Líbero, pp. 198-211.

GOOD, B. & GOOD, M-J. D., 1993. Learning medicine. The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: *Knowledge, power and practice* (S. Lindenbaum & M. Locke, eds.), pp. 81-107. Los Angeles: University of California Press.

GRANDESSO, M. A., 2000. *Sobre a reconstrução do significado. Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

GRIMBERG, M., 2001. "Saber de sida" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3): 481-489.

HAWKINS, A. H., 1993. *Reconstructing illness. Studies in pathography*. West Lafayette, Indiana: Purdue University Press.

HELMAN, C. G., 1994. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.

HEREY, G. M., 1990. *Psychological aspects of serious illness. Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington, DC: Master Lecture.

HERZLICH, C. & PIERRET, J., 1988. De ayer a hoy. Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43: 21-30.

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

HYDÉN, L.-C., 1997. Illness and narrative. *Sociology of health and illness*, 19 (1): 49-64.

KLEINMAN, A., 1988. *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Book.

KOHLMANN Jr., O., 1999. *Hipertensão arterial. Síndrome plurimetabólica*. São Paulo: Roche.

LANDINI, D., 1997. Hipertensão. Riscos de uma doença silenciosa. *Revista do INCOR*, 3 (26): 12-22.

LESSA, I., 1998. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis* (Ines Lessa, org.), pp. 77-96. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

LIPP, M. N. & ROCHA, J. C., 1994. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Um guia de tratamento para o hipertenso*. Campinas: Papirus.

MACIEL, C. L. C., 1994. Emoção, doença e cultura. O caso da hipertensão essencial. In: *A prática da psicologia nos hospitais* (Belkiss Wilma Romano, org.), pp. 01-38. São Paulo: Pioneira.

MAGALHÃES, L., 2002. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Mesa-Redonda. Quartas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. São Paulo: EPUC, 06-07.

MARTÍNEZ, F. J. M.; HERRERA, I. M. R.; & CURIEL, E. V., 2000. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Um estudio cualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (3): 759-772.

MARTINS, S. T. F., 1994. *Cotidiano e emoções no processo saúde-doença. Análise psicossocial da hipertensão essencial*. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

MENEGON, V. M., 2000. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (Mary Jane Paris Spink, org.), pp. 215-241. São Paulo: Cortez.

MENÉNDEZ, E. L., 2003. Modelos de atención de los padecimientos. De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.

MERCADANTE, P., 1990. *Crônica de uma comunidade cafeeira. Carangola: o vale e o rio*. Belo Horizonte: Itatiaia.

MINAYO, M. C. S., 1992. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, 2001. *Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, 2002. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.

MORRIS, D. B., 1998. *Illness and culture in the postmodern age*. Los Angeles: The University of California Press.

MOURA, M. M. D.; CARVALHO, H. C. C.; PATROCÍNIO, J. L.; & LUZ, M. T., 2002. Procurando escutar o paciente, sua família e os profissionais de saúde. Análise de alguns recursos terapêuticos a partir da doença crônica na infância. *Estudos em Saúde Coletiva*, 217.

NARDI, H. C., 2001. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: *Doença, sofrimento, perturbação. Perspectivas etnográficas* (Luiz Fernando Dias Duarte & Ondina Fachel Leal, orgs.), pp. 95-104. Rio de Janeiro: Fiocruz.

NASCIMENTO, M. C., MARTINEZ, D. S.; & LUZ, M. T., 1998. O medicamento na visão da imprensa escrita. *Estudos em Saúde Coletiva*, 174.

NOVAES, R. C. R., 2001. Lembranças camponesas. Repressão, sofrimento, perplexidade e medo. In: *Fazendo antropologia no Brasil*. (Neide Esterci, Peter Fry & Mirian Goldenberg, orgs.), pp. 231-263. Rio de Janeiro: DP&A.

OLIVEIRA, J. E. P., Aspectos epidemiológicos e tratamento da hiperglicemia. In: *Hipertensão e diabetes. Complicações e tratamento* (Roberto Jorge da Silva Franco, coord.), pp. 04-28. São Paulo: Lemos Editorial.

OLIVEIRA, R. M. & VALLA, V. V., 2001. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro. Repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (Sup.): 77-88.

OLMOS, R. D. & LOTUFO, P. A., 2002. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9 (1): 21-23.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, 1996. *Control de la hipertensión. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra, Série de Informes Técnicos, n° 862.

PLAVNIK, F. L. & TAVARES, A., 2003. Avaliação inicial do paciente hipertenso. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 13(1): 56-63.

POLANCZYK, C. A., 2002. Decisão clínica em hipertensão arterial sistêmica baseada em análises econômicas. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9 (1): 29-34.

RABELO, M. C. M., 1999. Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina. Relatos como realizações práticas. In: *Experiências de doença e narrativa* (Miriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves & Iara Maria A. Souza, orgs.), pp. 75-87. Rio de Janeiro: Fiocruz.

RAMOS, O., 1998. Aspectos históricos da hipertensão. Histórico do tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão, Hiper Ativo*, 5 (4): 230-232.

REVISTA VEJA, 2003. *Saúde. 12 por 8 é ruim. Médicos decretam que pressão boa é a que fica abaixo disso*. São Paulo: Editora Abril, ano 36, nº 20 (1803): 116.

RICOEUR, P., 1994. *Tempo e narrativa. Tomo I*. Campinas: Papirus.

RICOEUR, P., 1995. *Tempo e narrativa. Tomo II*. Campinas: Papirus.

RICOEUR, P., 1997. *Tempo e narrativa. Tomo III*. Campinas: Papirus.

RODRIGUES, N. & CAROSO, C. A., 2001. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: *Doença, sofrimento, perturbação. Perspectivas etnográficas* (Luiz Fernando Dias Duarte & Ondina Fachel Leal. orgs.), pp. 137-149. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SACKS, O. W., 2000. *Um antropólogo em Marte. Sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras.

SAMAJA, J., 2000. *A reprodução social e a saúde. Elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade.

SANTELLO, J. L., 2002. Sal e hipertensão arterial. O grande elo entre a evolução e a evidência. *Jornal da Hipertensão Arterial*. São Paulo: Medcultura, 1 (1): 03-06.

SCHANK, R., 1998. *Tell me a story. Narrative and intelligence*. Evanston: Northwestern University Press.

SERRO AZUL, J. B., 2002. Tratamento do idoso hipertenso. *Jornal da Hipertensão Arterial*, 1 (2): 10-13.

SILVEIRA, M. L., 2000. *O nervo cala, o nervo fala. A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SOUZA, I. M. A., 2001. Um retrato de Rose. Considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: *Doença, sofrimento, perturbação. Perspectivas etnográficas* (Luiz Fernando Dias Duarte & Ondina Fachel Leal, orgs.), pp. 151-168. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SOWERS, J. R.; EPSTEIN, M.; & FROLICH, E. D., 2001. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease. An update. *Hypertension. Journal of the American Heart Association*, 37 (4): 1053–1059.

STARFIELD, B., 2002. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério de Saúde.

SUPLICY, H. L., 2000. Obesidade visceral, resistência à insulina e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7 (2): 136-141.

TOLEDO, R. P., 2003. Ensaio. As camélias da liberdade. *Revista VEJA*. São Paulo: Editora Abril, ano 36, nº 25 (1808): 114.

TOMASI, N. G. S., 1996. *Convivência em grupo. Uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

TORRE, E. H. G. & AMARANTE, P., 2001. Protagonismo e subjetividade. A construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 73-85.

VAN MAANEN, J., 1988. *Tales of the fields. On writing ethnography*. Chicago: The University of Chicago Press.

VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2): 39-57.

VIEIRA, V. A., 1997. *Estratégias de enfrentamento e diferenças de gênero. Um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão arterial*. Dissertação de Mestrado. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo.

VYGOTSKII, L. S., 1999. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.