

A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde*

CARE PROVIDED TO PATIENTS WITH HYPERTENSION AND HEALTH TECHNOLOGIES FOR TREATMENT

LA PRODUCCIÓN DE CUIDADO A USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD

Flavia Pedro dos Anjos Santos¹, Adriana Alves Nery², Silvia Matumoto³

RESUMO

Objetivou-se com este trabalho analisar a utilização da tecnologia das relações na produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial. Trata-se de estudo qualitativo, realizado em oito Unidades de Saúde da Família de Jequié-BA. Os sujeitos do estudo foram formuladores da política, profissionais de saúde e usuários, totalizando dezesseis informantes. Em 2010, realizou-se entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental. Para apreciação dos dados utilizou-se análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que os profissionais, sobretudo enfermeiros e agentes comunitários de saúde, utilizam tecnologias leves na busca da integralidade. Por outro lado, alguns profissionais demonstraram prática biologicista, com ênfase em normas e procedimentos. Conclui-se que há necessidade de mudança na interação entre trabalhador e usuário, considerando-se a singularidade e a autonomia do usuário e família na construção de novas formas de cuidado

DESCRIPTORIOS

Hipertensão
Cuidados de enfermagem
Saúde da família
Relações profissional-paciente
Assistência integral à saúde

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the use of relationship technology in care provided to patients with arterial hypertension. This is a qualitative study, conducted in eight Family Health Units from Jequié-Bahia. The study subjects were policy makers, health professionals and patients, totaling sixteen informants. Semi-structured interviews, systematic observation and documental analysis were performed in 2012. The data were submitted to thematic content analysis. Results showed that the professionals, especially nurses and community health workers, use light technology in the search for comprehensive care. On the other hand, some professionals have demonstrated biology-based practice, with emphasis on rules and procedures. It is concluded that there is a need to change professional-patient interactions, considering the uniqueness and autonomy of the patient and family in the construction of new forms of care.

DESCRIPTORS

Hypertension
Nursing care
Family health
Professional-patient relations
Comprehensive health care

RESUMEN

Se objetivó analizar la utilización de la tecnología de las relaciones en la producción de cuidado a pacientes con hipertensión arterial. Estudio cualitativo, realizado en ocho Unidades de Salud de la Familia de Jequié-BA. Los sujetos de estudio fueron formuladores de la política, profesionales de salud y pacientes, totalizando dieciséis informantes. En 2010 se realizó entrevista semiestruturada, observación sistemática y análisis documental. Para analizar los datos, se utilizó análisis de contenido temático. Los resultados expresaron que los profesionales, sobre todo enfermeros y agentes comunitarios de salud, utilizaron tecnologías leves en búsqueda de la integralidad. Por otro lado, algunos profesionales demostraron práctica biologicista, con énfasis en normas y procedimientos. Se concluye en que existe necesidad de cambio en la interacción trabajador y paciente, considerándose la singularidad y la autonomía del paciente y familia en la construcción de nuevas formas de cuidado.

DESCRIPTORIOS

Hipertensión
Atención de enfermería
Salud de la familia
Relaciones profesional-paciente
Atención integral de salud

* Extraído da dissertação "Processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial", Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil. fpasantos@uesb.edu.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil. aanery@gmail.com ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) configura-se como um dos principais problemas de saúde pública por se tratar de uma doença crônica, multifatorial e com grande potencial de risco para doenças cardiovasculares. O número de portadores vem crescendo cada vez mais, tendo o Brasil cerca de 17 milhões de pessoas com HA, 35% dos quais acima de 40 anos⁽¹⁾.

Nesse sentido, a HA requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante atuação de uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro ao cuidar do usuário com HA pode contribuir tanto para prevenir essa doença, como para retardar suas complicações⁽²⁾.

Acreditamos que os profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado a usuários com o diagnóstico de HA devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos dessa doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurem o cuidado integral e humanizado.

Nesse contexto, o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) junto a portadores de HA que vise a uma assistência integral na perspectiva da corresponsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias, apresenta-se como estratégia para superar práticas de saúde fragmentadas, em que predominam a realização estrita de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas pré-estabelecidas como o cuidado em si, que muitas vezes não atendem as necessidades de saúde dos usuários.

Para tanto, torna-se fundamental a interação entre os diferentes atores do cuidado, desde a construção coletiva do planejamento das ações, acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo ao envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao tratamento da HA.

Assim, torna-se imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde seja embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas⁽³⁾.

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde⁽⁴⁾. Assim, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde⁽⁵⁾, aliada ao acolhimento, visando con-

cretizar atenção integral aos usuários em seu contexto familiar e comunitário.

Essa perspectiva apresenta o trabalho em saúde sendo conformado e consumido em ato, ao mesmo tempo em que evidencia a lógica empreendida pelo trabalhador por meio do uso de tecnologias em saúde que escolhe, por entender que estas atendem as necessidades de saúde da população.

As tecnologias em saúde são classificadas em leves, ou das relações, que pressupõem o vínculo, acolhimento, escuta sensível, entre outros; leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e duras, que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais⁽⁶⁾.

Acreditamos que a utilização das tecnologias em saúde é primordial para a resolubilidade de situações de saúde que levam os usuários a procurar as unidades de saúde. Contudo, é preciso considerar o uso adequado e racional das tecnologias leve-duras e duras, a fim de não tornar a relação entre o profissional e o usuário, centrada em procedimentos, normas e prescrições.

Desta forma, espera-se que o uso das tecnologias leves assumam o comando da produção do cuidado, servindo como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho⁽⁶⁾.

Pretendemos com esta pesquisa sensibilizar os profissionais de saúde e formadores de recursos humanos em saúde para o debate a respeito das tecnologias relacionais na produção do cuidado a usuários com HA, fornecendo-lhes subsídios para reflexão sobre a organização do processo de trabalho, em busca da

melhoria da qualidade do cuidado produzido por estes.

Este estudo tem como objetivo analisar a utilização da tecnologia das relações na produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado em Unidades de Saúde da Família do município de Jequié-Bahia, tem fundamentação teórica na classificação das tecnologias em saúde, enfatizando a tecnologia das relações como dispositivo essencial para o cuidado.

Trata-se de um recorte de dissertação, constituído por dezesseis sujeitos que configuraram três grupos. O grupo 1, representado por três formuladores de políticas; o grupo 2, por nove profissionais de saúde e o grupo 3, por quatro usuários.

O critério para seleção dos sujeitos do grupo 1 (formuladores de políticas) ocorreu por meio da identificação dos representantes da gestão municipal de saúde que atuavam com a política voltada para a HA. O critério para o grupo 2 (profissionais de saúde) foi o profissional considerar que sua prática profissional na ESF envolve a realização de ações direcionadas aos usuários com HA e contemplou os profissionais enfermeiro, médico, odontólogo, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por sua vez, para o grupo 3 (usuários) foi estabelecido como critério os usuários com diagnóstico de HA, cadastrados e acompanhados pelo tempo mínimo de um ano na Unidade de Saúde da Família.

No momento da pesquisa o referido Município apresentava 18 Unidades de Saúde da Família, o que nos levou a utilizar alguns critérios para definir as unidades que iriam compor o cenário da pesquisa, a saber: equipe mínima completa, segundo padrões do Ministério da Saúde; equipe com tempo mínimo de 6 meses de experiência; unidades com 80 a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas; Unidades com apenas uma equipe. Foram selecionadas oito Unidades, sendo seis localizadas na zona urbana e duas na zona rural.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo nº 163/2009. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2010, com uso das técnicas de entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental. As entrevistas dos formuladores da política foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde, e com os usuários e os profissionais de saúde, nas Unidades de Saúde da Família. Cada entrevista durou em média 25 minutos.

Foram realizadas 10 observações, das quais cinco ocorreram no espaço físico das Unidades de Saúde da Família pesquisadas e cinco em domicílios de sua área de abrangência. As observações feitas nas Unidades de Saúde da Família tiveram uma média de duas horas de duração; as observações das visitas domiciliares duraram em média 40 minutos.

A análise documental do Plano Municipal de Saúde de Jequié 2006-2009^(a) e dos Relatórios Anuais de Gestão de Jequié 2007 e 2008 foi direcionada para a atenção ao portador da hipertensão arterial.

Para o tratamento dos dados, foi realizada a escuta das gravações para proceder às transcrições e leitura exaustiva das mesmas.

Na análise das entrevistas, a interpretação dos depoimentos foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo.

^(a) Documentos impressos da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-Bahia, disponíveis para consulta somente no local.

do, modalidade temática, sistematizada em três etapas⁽⁷⁾: a primeira foi a pré-análise, na qual foram delineados os objetivos do estudo e selecionados os documentos a serem analisados. Em seguida, realizou-se uma leitura flutuante do material coletado, no intuito de se estabelecer o *corpus*, ou seja, a busca da organização do material. Na segunda etapa foi feita a exploração do material empírico, com leitura exaustiva, na qual foi realizado o recorte do texto, codificação dos dados e identificação das unidades de registro. Em seguida, procedeu-se à classificação e agregação dos dados. A terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, a fim de identificar as convergências, divergências e o inusitado dos dados.

Por fim, foram identificados os núcleos de sentido e agregados em dois temas: o vínculo na produção do cuidado e a (re) construção da produção do cuidado: o acolhimento e a integralidade.

Os depoimentos dos entrevistados e o grupo representado foram identificados por uma letra seguida de número, ou seja, entrevistado 1 (E1), grupo 1 (G1), e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Os depoimentos dos entrevistados, profissionais de saúde, evidenciaram a existência de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários:

(...) Não tem como não ter vínculo porque já são quase cinco anos de convivência, a gente cria esse vínculo, não só com o hipertenso, mas com a família dele (...) (E9G2).

(...) Eu acho que o vínculo existe (...) não tenho dúvida que exista (...) A gente consegue ter uma abertura com nossos usuários e eu acredito que existe um bom canal de comunicação entre a comunidade e a unidade (...) (E14G2).

(...) todos os pacientes têm um elo muito bom entre comunidade e unidade de saúde e isso vem a contribuir muito com o trabalho que tem se desenvolvido justamente por esse elo, por esse entendimento entre unidade e comunidade (E16G2).

(...) O vínculo aqui com a equipe de saúde com a comunidade é bastante intenso (...) (E17G2).

Os entrevistados também evidenciaram que os ACS e o enfermeiro tem tido uma atuação relevante na produção do cuidado a usuários com hipertensão:

(...) o enfermeiro que acompanha, porque passa pelo médico, mas depois é o enfermeiro que acompanha essas pessoas (...) (E15G2).

(...) a equipe vê que tem um bom vínculo, principalmente com o agente comunitário, com todos os clientes da micro-área, geralmente eles acompanham, não somente a medicação, mas o histórico, o desabafo desses pacien-

tes (...) porque ele está no cotidiano, então eles tendem a conversar mais com o agente comunitário (...) (E17G2).

(...) ela (enfermeira) vai lá em casa saber se eu estou tomando o remédio direitinho (...) (E22G3).

(...) A agente comunitária de lá, ela vai sempre nas casas da gente para ver como a gente está (E23G3).

Tais depoimentos denotam que o vínculo e o diálogo são elementos marcantes no relacionamento entre enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde e usuários, e potencializam o processo de trabalho das ESF a partir de uma relação permeada pela capacidade de expressar a subjetividade.

Para os formuladores de políticas, o enfermeiro é visto como um profissional que possui papel relevante tanto na assistência quanto na gestão da rede municipal de saúde.

(...) os enfermeiros na maioria das vezes abraçam mesmo o serviço (...) (E1G1).

(...) nós conseguimos trazer para o Departamento (Secretaria Municipal de Saúde) (...) duas enfermeiras com uma larga experiência na Saúde Pública (...) e a gente consegue perceber o quanto o Departamento sofreu por não ter a presença desses profissionais e quanto ganhamos e ganharemos daqui para frente por conta desses profissionais estarem efetivamente atuando (...) (E3G1).

O conhecimento técnico-científico do enfermeiro, aliado ao uso das tecnologias relacionais, possibilita uma atuação abrangente no cotidiano de seu trabalho e, conseqüentemente, contribui para a gestão dos serviços e o cuidado produzido pela equipe de saúde.

O depoimento do profissional de saúde demonstrou que o acolhimento faz parte do processo de trabalho das ESF:

(...) acolhimento com certeza (...) a gente tenta ao máximo acolher o paciente, se ele chegar com qualquer dúvida (...) não deixa ele ir sem uma resposta, só um não 'seco' e pronto, a gente tenta não deixar assim (...) e consiga fazer com isso que o paciente sempre se sinta acolhido (...) (E18G2).

O acolhimento da equipe de saúde também é evidenciado pelos usuários com HA:

(...) ele (médico) ficou comigo aqui na sala quase uma hora (...) Eu senti que ele ficou mais preocupado do que eu, porque minha pressão estava quase de 20 (...) é um excelente médico, ele é um amor de pessoa, ele atende a gente com tanta educação (...) (E24G3).

(...) eles atendem bem (...) me sinto acolhida, nunca deixaram chegar aqui e sair sem ser atendida (...) (E25G3).

Entretanto, o depoimento do entrevistado 22, usuário, apresentou-se divergente ao evidenciar a falta de acolhimento por parte de profissionais que atuam na ESF:

(...) tem que ser um médico que goste de trabalhar, que atenda o paciente com educação, com amor, com carinho, pare para ouvir. Não é ele chegar e dizer que o paciente não tem nada (...) se o paciente chega a um consultório médico é porque ele está com um problema (...) quando ele procura um profissional, como é o meu caso, que eu procurei, porque eu estava me sentindo mal e isso realmente (...) (choro) Isso me doeu muito, hoje eu não sou atendida aqui no posto (...) (choro) tenho até dificuldade com médico porque daqui é distante, eu saio daqui do meu bairro para ir para outro bairro procurar um serviço de um profissional de saúde, é lamentável (...) (E22G3).

O entrevistado evidencia a decepção por não ser acolhido pelo profissional quando se encontrava fragilizado, levando-o a procurar outra unidade de saúde, ou seja, explicita sua necessidade de ser tratado com respeito e atenção.

Nessa perspectiva, é necessária a intervenção de profissionais com sensibilidade e compromisso ético e político para atuar como agente transformador nos diferentes contextos das unidades de saúde, conforme explicitado pelo formulador da política:

(...) não adianta eu chegar, fazer uma capacitação linda, maravilhosa e (...) não ter boa vontade, não ter amor pelo que faz (...) (E2G1).

O depoimento do entrevistado 11, profissional de saúde, demonstrou contradição ao expressar que *vê o paciente como um todo* e confirma a visão biologicista ao enxergar no usuário apenas um corpo acometido por uma doença, distanciando-se da concepção de saúde mais ampliada, fruto dos modos de viver a vida em determinado contexto histórico, social e cultural.

(...) hoje a gente vê o paciente como um todo, mas a gente vê naquele momento que ele está aqui, com aquela patologia (hipertensão) (...) que ele chegue aqui com outros problemas (...) na questão do atendimento, ele vai está sendo visto com aquele problema específico (...) (E11G2).

Os entrevistados 13 e 19, profissionais de saúde, denotam aspectos divergentes do entrevistado 11, ao evidenciarem a integralidade no cuidado a usuários com hipertensão:

(...) eu tenho que olhar ele no todo, não é verdade? (...) eu vou fazer uma avaliação, vou conversar com ele, vou tentar deixar ele mais a vontade (...) enquanto eu estou atendendo eu converso muito com o paciente, eles acabam desabafando (...) a gente tem que conversar com ele, porque o nosso programa é esse: de escuta, o acolher o paciente (...) a gente está sempre nessa postura de acolher o paciente, ter escuta qualificada (...) porque o indivíduo ele não pode ser visto só o braço, a perna ou só a boca (...) (E13G2).

(...) eu acho que a gente tem que cuidar desse hipertenso não só na parte da patologia, cuidar da pressão dele, equilibrar a pressão dele, não é? Mas cuidar dele

como um todo, como é que está a alimentação, o dia a dia, a vivência, a relação social dele, o psicológico dele (...) (E19G2).

Tais depoimentos enfatizaram que o profissional não pode fragmentar o cuidado de uma pessoa em partes de seu corpo ou mesmo de uma doença que naquele momento o fez procurar a unidade de saúde e destacam a importância das tecnologias leves, bem como sua relação com a integralidade do cuidado, considerando a complexidade de sua existência biopsicossocial.

DISCUSSÃO

O vínculo na produção do cuidado

O predomínio das tecnologias leves no comando do processo de trabalho, tais como o acolhimento, escuta sensível, entre outros, potencializa o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando abertura para produção criativa do cuidado em que se consideram as subjetividades presentes, superando o distanciamento muitas vezes ocasionado pela presença maciça das tecnologias duras e leve-duras⁽⁶⁾.

O vínculo contribui para a integração entre usuários e unidade de saúde a partir do momento em que os profissionais conseguem conhecer os usuários e suas necessidades de saúde, o que impulsiona a adesão destes ao serviço de saúde e suscita a manutenção de sua saúde e a redução de agravos⁽⁸⁾.

No estudo foi evidenciado que o estabelecimento de vínculo propicia a aproximação dos profissionais com os usuários, família e comunidade, por meio da comunicação e do relacionamento entre estes, o que contribui com o processo de trabalho da equipe.

A construção de uma relação dialógica pressupõe a possibilidade de construção de vínculo entre profissionais, usuários e família, na perspectiva da valorização das subjetividades, no intuito de impulsionar um cuidado humanizado, com produção de autonomia do usuário hipertenso para decidir sobre sua própria vida⁽⁹⁾.

A formação do vínculo torna-se especialmente significativa quando os profissionais de saúde demonstram interesse em ouvir de forma acolhedora as inquietações dos usuários, o que suscita sua participação no cuidado produzido pela equipe de saúde e possibilita que o usuário perceba que seus direitos de cidadão são assegurados e respeitados^(8,10).

Assim, o enfermeiro e todos os membros da ESF necessitam rever suas práticas, de modo a estimular a participação dos usuários e família no processo de vivenciar essa doença, a partir de uma conduta profissional também aberta e disponível para as implicações decorrentes do uso das tecnologias relacionais.

Ao utilizar essas tecnologias o enfermeiro que atua na ESF imprime em seu trabalho a possibilidade de reorientar suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários e desempenha seu papel social de cuidador⁽¹¹⁾.

Já os Agentes Comunitários de Saúde possuem papel fundamental ao servir de elo entre a comunidade e a equipe de saúde, por estabelecer troca de informações e interação em ambos. Os profissionais da equipe de saúde consideram que a articulação do Agente Comunitário de Saúde é mais predominante com o enfermeiro em virtude deste profissional ser o responsável pela supervisão do trabalho dos agentes e estarem mais próximos deles no cotidiano de suas ações⁽¹²⁾.

Durante as observações realizadas nesta pesquisa, confirmou-se a posição encontrada na literatura de que o enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde demonstraram maior interação⁽¹²⁾ no planejamento, execução e avaliação das ações voltadas para o cuidado dos usuários com diagnóstico de HA.

No entanto, é necessário cuidar para não se responsabilizar o trabalhador isoladamente pelo resultado do trabalho, pois a produção do cuidado é fruto de uma equação que envolve o usuário, o trabalhador de saúde e o serviço de saúde⁽¹³⁾.

O desafio é efetivar um processo de trabalho em equipe com envolvimento de todos os seus membros, com espaços de discussão para tomada de decisões⁽¹²⁾, de modo que não ocorram sobrecarga e insatisfações, bem como descompromisso dos profissionais que compõem a equipe⁽¹⁴⁾. Tal situação pode gerar fragmentação das ações desenvolvidas pela equipe e ocasionar obstáculos à integralidade do cuidado.

É preciso reconhecer o caráter de submissão que muitas vezes está presente na produção do cuidado, no qual os profissionais mostram-se aprisionados a regras pré-estabelecidas e os usuários se veem na obrigatoriedade de ouvir e tentar reproduzir orientações que muitas vezes não se enquadram em suas necessidades, aspirações ou mesmo possibilidades de cumprir. Enfrentar a realidade, tal como ela se apresenta, leva a refletir se a forma como é conduzida a produção dos atos de saúde retrata realmente aquilo que o usuário está a procurar em cada encontro com o profissional.

No que se refere ao modo como a formação de vínculo vem sendo apresentado nos documentos oficiais, o Plano Municipal de Saúde de Jequié (2006-2009) e o Relatório Anual de Gestão de Jequié 2007 enfatizam a responsabilidade do Município em assegurar o vínculo entre equipe de saúde e comunidade, a partir de um olhar ampliado dos profissionais, tendo em vista a valorização da vida humana e o direito de cidadania.

Acreditamos que o estabelecimento de vínculo também contribui significativamente para melhor compre-

ensão das condições de vida e saúde da população, suscita a construção de compromissos e corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais envolvidos, usuários, família e profissionais, em um processo comum de trabalho e cuidado.

Diante do exposto, defendemos que os profissionais de saúde assumam postura acolhedora e de escuta dos usuários, no intuito de instaurar um clima de confiança e respeito mútuo, de modo que o encontro entre profissional e usuário torne-se de fato oportunidade de construir modos de vida mais saudáveis e de transformação social.

A (re) construção da produção do cuidado: o acolhimento e a integralidade

O acolhimento é entendido como postura e prática que se faz presente no processo de trabalho das equipes de saúde, no intuito de construir uma relação de confiança e compromisso entre os usuários, família e profissionais, bem como para a promoção da cultura de solidariedade e legitimação do SUS⁽¹⁵⁾.

Acolher significa muito mais do que tratar bem os usuários, implica uma atitude de respeito, interesse e responsabilização por seus problemas e necessidades de saúde, com um compromisso alicerçado no vínculo entre profissionais e usuários. Trata-se de uma relação na qual o profissional responsabiliza-se pelo outro de tal modo que o impulse a valorizar o usuário em sua essência humana e histórica.

No estudo foi evidenciado que o acolhimento traz benefícios à produção do cuidado, ao possibilitar maior aproximação entre profissionais e usuários, a partir do diálogo e da tentativa de viabilizar a resolução das demandas trazidas pelos usuários.

Nesse sentido, o acolhimento possui potencial para impulsionar mudanças na produção do cuidado, sendo dispositivo necessário à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e ao fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

Muitas vezes os usuários buscam o profissional para expressar suas angústias, partilhar suas inquietações, medos, expectativas, encontrar envolvimento com seu sofrimento. Ao mesmo tempo, esse ato pode despertá-lo para assumir o papel de protagonista de sua história.

Espera-se que a escuta sensível impulse no profissional à responsabilização necessária pelo sofrimento do outro, considerando sua singularidade, acolhendo-o desde o momento em que ele adentra a unidade de saúde e empenhando-se na busca de resolução para suas necessidades e problemas identificados.

No que se refere às pessoas com HA, é inegável que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde não pode

se restringir à abordagem do corpo adoecido, tornando-se imprescindível valorizar a subjetividade de cada indivíduo⁽²⁾, embora esta perspectiva esteja presente na realidade estudada.

O fato caracteriza o desafio para que a utilização das tecnologias relacionais possa se traduzir em novos caminhos na direção de mudanças no processo de trabalho das ESF, ao buscar o rompimento com a visão biologicista e imprimir no fazer saúde ações que assegurem a integralidade do cuidado.

Torna-se imprescindível que, no encontro de produção do cuidado, o usuário possa perceber suas demandas acolhidas pelos profissionais, o que poderá desencadear múltiplas formas de resolução do problema apresentado, e a partir daí construir conjuntamente formas mais adequadas de cuidar de sua saúde⁽¹⁷⁾.

Por conseguinte, novas formas de agir e produzir o cuidado integral perpassam pelo papel estratégico que cada profissional de saúde possui ao realizar seu trabalho, com marcante valorização das singularidades dos usuários e possibilita que as relações interpessoais tenham caráter estruturante nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Tais transformações no processo de trabalho das ESF pressupõem esforços para se construir um novo fazer saúde que supere a visão biologicista na perspectiva de legitimar o valor e o respeito pelo usuário e suas subjetividades⁽¹⁸⁾.

Assim, não basta ser membro de uma ESF se não houver o compromisso ético com a vida humana em sua complexidade biopsicossocial, de modo que supere a forma mecânica e fragmentada de se produzir o cuidado e vislumbre uma conduta permeada por valores humanitários, solidários e de cidadania.

Nessa perspectiva, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, por meio da ampliação de possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional que só poderá ser realizada na perspectiva do diálogo entre diferentes sujeitos⁽¹⁹⁾.

A efetivação da integralidade na produção do cuidado perpassa pelo acolhimento do conjunto dos diferentes serviços de saúde que compõe a rede de atenção⁽²⁰⁾ ao portador de HA. Ou seja, o acolhimento e a integralidade podem ser vistos na perspectiva da relação interpessoal e de construção no espaço intercessor e também da rede de atenção à saúde.

Nessa direção, o enfermeiro destaca-se como profissional que possui inserção direta ou indireta no processo de gestão do SUS, no que se refere à organização e prestação dos serviços de saúde, demonstrando sua competência como gestor do cuidado e dos serviços, por apresentar

conhecimentos multidisciplinares e habilidade técnica associada a ações humanizadoras⁽²¹⁻²²⁾.

As diferentes visões que orientam a efetivação das práticas do cuidado com hipertensos também se confirmam nos documentos oficiais do município. O Plano Municipal de Saúde de Jequié prevê assegurar a integralidade do cuidado por meio da reordenação de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a partir de uma visão ampliada do cuidado. Entretanto, os Relatórios Anuais de Gestão de Jequié, no que concerne à população com diagnóstico de HA, apresentam um elenco de atividades que restringe o cuidado aos aspectos biológicos, com ênfase nas tecnologias leve-duras e duras.

Os achados nos levam a pensar na integralidade e impõem questionamentos a respeito dos reducionismos encontrados no cuidado a usuários com hipertensão, visto que, em nossas observações, percebíamos que normas, procedimentos e orientações sobre o uso do medicamento eram tão priorizados que em alguns momentos não havia espaço para a escuta sensível do usuário, confirmando o predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado, desafiando os profissionais a assumir atitudes humanizadoras, acolhedoras, que poderiam impulsionar mudanças na produção do cuidado.

CONCLUSÃO

Acreditamos que o objetivo do estudo foi alcançado, por revelar as interfaces existentes na produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial, a partir da ótica dos formuladores da política, profissionais das Estratégias Saúde da Família e usuários.

No estudo identificamos que alguns profissionais valorizam e fazem uso da tecnologia relacional, alicerçada por acolhimento, vínculo, interação, entre outros. Em algumas ESF, contudo, ainda predomina a visão biologicista na produção do cuidado, com ênfase em procedimentos, normas e uso de medicamentos.

A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial apresentou-se sensível ao acolhimento e ao

vínculo, tendo em vista a integralidade. O envolvimento da família e comunidade nas quais o usuário está inserido, o compartilhamento de experiências, saberes, expectativas, sentimentos, que valorize o outro em sua singularidade e autonomia, mostraram-se relevantes na perspectiva de se construir novas formas de produzir o cuidado.

Por conseguinte, espera-se que a produção do cuidado realizada pelos profissionais das ESF perpassasse por uma visão mais ampliada de saúde, para que, em suas práticas cotidianas, o cuidado integral possa se tornar uma realidade mais próxima de ser alcançada. Ressaltamos que ainda há um caminho a ser percorrido para se produzir o cuidado a usuários com hipertensão arterial, permeado pelas subjetividades, na perspectiva da valorização da vida e não com foco na doença.

Destacamos também que não basta o compromisso formal pela integralidade do cuidado no Plano Municipal de Saúde. É necessário empreender esforços na busca de estratégias para que as equipes sejam apoiadas para conseguir perceber como vêm trabalhando e analisem os resultados alcançados para direcionar suas ações aos propósitos do SUS, saúde como direito.

Por fim, esperamos que o estudo contribua para fortalecer o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos com a produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial, na certeza de que estes, como cidadãos, têm direito de vivenciar a saúde como bem inalienável e inerente à própria condição humana.

Acreditamos que este estudo avançou no conhecimento da área de enfermagem, ao evidenciar a atuação do enfermeiro na gestão municipal e no cuidado das pessoas com hipertensão e por mostrar que o cuidado comandado pelas tecnologias das relações tem maior potência para superar as práticas centradas na lógica biologicista, podendo avançar na dimensão ética do cuidar. Ressalte-se que o estudo enfatiza a importância da rede de atenção na efetivação do cuidado ao portador de hipertensão arterial, tendo em vista o acolhimento e a integralidade, apontando elementos para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15).
2. Pires CGS, Mussi FC. Reflecting about assumptions for care in the healthcare education for hypertensive people. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Dez 14];43(1):229-36. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_30.pdf
3. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):815-9.
4. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):287-301.

5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Dez 13];43(2):358-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a15v43n2.pdf
9. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(30):93-106.
10. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2010;18(4):622-7.
11. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2011 [citado 2011 maio 2011];19(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf
12. Calomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):256-61.
13. Pitta A. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. Saúde Soc. 1996;5(2):35-60.
14. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):520-7.
15. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2006.
16. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. Rev Enferm UERJ. 2011;19(3):397-402.
17. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):64-71.
18. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. Comprehensive care from the perspective of health care workers from Belo Horizonte. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 Dez 13];44(3):649-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_14.pdf
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
20. Franco TB. As redes da micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 459-73.
21. Souza MKB, Melo CMM. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. Rev Enferm UERJ. 2009;17(2):198-02.
22. Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):901-5.