

Hipertensão Arterial em Idosos Atendidos em Grupos de Aconselhamento.

Comentários a Partir de um Estudo Descritivo Preliminar

Counselling Old Age Groups with Arterial Hypertension.
Some comments based on a preliminary study

Resumo: O Brasil vem apresentando um processo de transição em sua estrutura demográfica, onde se evidencia a queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida. Como conseqüências indesejáveis do envelhecimento populacional, sem uma correspondente reestruturação e melhoria na organização dos diversos níveis de atenção à saúde, observa-se o aumento das morbidades pelas doenças crônico-degenerativas, crescente demanda aos serviços de saúde, especialmente na saúde pública, e a redução na qualidade de vida da população idosa e sem recursos financeiros. A presença da doença na vida das pessoas provoca novas ordenações de seus valores pessoais, objetivos de vida e percepções sobre o mundo. A necessidade dessas freqüentes mudanças na vida dos indivíduos e dos grupos sociais determina a elaboração de novas estratégias de enfrentamento na ordenação dos papéis sociais o que, por sua vez, dificulta a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde.

Palavras-Chave: Aconselhamento, cultura, hipertensão arterial, percepção.

Abstract: Brazil is undergoing a transitional demographic process. One can see the reduction of birth rates and the increase of life expectancy. As undesirable consequences of populational aging, without delivering better health care, it is possible to notice: an elevation of morbidity through chronic diseases, an increasing demand upon health services, mainly public health services and, in addition, lower standards of quality of life regarding poor old-aged population. The presence of illness in peoples' lives unlashes new arrangements related to personal values, life goals and perceptions. The changes brought by illness to individual and their social group influence the development of coping strategies and new social roles. These factors allow unexpected living experience to be adjusted to novel situations and to the possible strangeness that come across the patients' lives. These elements hinder attempts to put into practice health promotional and preventive measures.

Key Words: Counseling, culture, arterial hypertension, perception.

Vidigal de Andrade Vieira

*Psicólogo Clínico,
Mestre em Psicologia
Social pela UFES,
Doutorando em Saúde
Pública pela Escola
Nacional de Saúde
Pública / Fundação
Oswaldo Cruz. Bolsista
pela FAPEMIG.*

Luis David Castiel

*Departamento de
Epidemiologia e
Métodos Quantitativos
em Saúde da ENSP /
FIOCRUZ.*



Como viver? Essa é a questão principal, pois contém todos os demais questionamentos. Como viver de uma maneira mais feliz, mais digna, mais sensata, mais livre, no mundo tal como se apresenta na atualidade, uma vez que todas as opções, individuais e coletivas, dependem da resposta a essa pergunta inicial? A definição sobre o que seria

adequado para o estabelecimento de um modo de vida saudável e de comportamentos satisfatórios para o controle dos assim denominados "fatores de risco" constitui idéia central no campo da saúde. Dessa forma, pretende-se substituir a impotência diante do inexorável destino humano pela possibilidade em estabelecer escolha de ações

que, uma vez adequadamente selecionadas, permitiriam procrastinar a sobrevida.

Já é um truísmo dizer que o mundo e suas formações sociais vêm se modificando vertiginosamente. Houve mudanças profundas nesses últimos cinquenta anos em diversas áreas da sociedade, tais como nas ciências, nos valores morais, na ética, na política. Povos antigos diziam que a sabedoria era obter o máximo de felicidade com o máximo de lucidez. Entretanto, a sabedoria deles não é a nossa. Na atualidade, esta se confunde com a quantidade e a qualidade de conhecimento de cada sociedade.

Todas as sociedades, em épocas específicas, são confrontadas com a desordem, indissociável de sua ordem. A modernidade pode ser representada pelo emblema do movimento somado à excitação da incerteza. Ela aviva a consciência da desordem, revelando a quase impossibilidade de compreendê-la de outra forma e realçando a lógica constitutiva dos mitos contemporâneos. Nossa época poderia ser a dos desaparecimentos e das crises, das ilusões destruídas e das incertezas. Ao mesmo tempo, também pode ser a era dos contrastes, da projeção aos extremos, onde se observa a oposição das conquistas das ciências, com a depreciação dos poderes e a falência das instituições constituídas, tal como as concebemos até o presente momento (Balandier, 1999).

As palavras depressa se gastam quando tentam explicar este tempo, este mundo turbulento, onde o movimento, a velocidade e a incerteza são as leis universais. A referência ao passado não ajuda muito, a abundância do inédito desencoraja o recurso à analogia. A designação de um começo é impossível, havendo muitos lugares e momentos em que a aventura humana se engaja de outra forma, alinhando-se fórmulas e metáforas que se sucedem segundo a oportunidade imediata, de acordo com a ordem do dia vigente na época e no contexto onde se manifestam.

Se indagarmos acerca do início da chamada 'modernidade' em termos bastante objetivos, é possível referirmo-nos aos costumes de vida, organização social e modos de pensar/explicar o mundo a partir de concepções tais como progresso, cientificismo e técnica, que emergiram na Europa a partir do século XVI. Com perplexidade percebemos hoje seu amplo alcance e os efeitos marcantes decorrentes das aceleradas mudanças ocorridas em termos globais, especialmente a partir de meados do século passado.

Essa configuração de primazia do conhecimento e da verdade sobre a realidade, principalmente fundamentada na razão iluminista, não consegue explicar satisfatoriamente os fenômenos sociais,

principalmente em função de haver produzido as dicotomias constitutivas da era moderna, tais como natureza/cultura, sujeito/objeto, fato/valor, mente/matéria. Ora, tudo o que é humano, inclusive a ciência como processo histórico, passa pela ação dos indivíduos imersos 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, 2001).

Uma idéia revolucionária que define a fronteira entre os tempos modernos e o passado é o predomínio do risco, a noção de que o futuro é mais do que um capricho dos deuses e de que os homens não são criaturas passivas diante da natureza e do destino. Essa concepção de predomínio da razão instrumental, a quem se atribui a capacidade de prever o que acontecerá no futuro e de optar entre várias alternativas possíveis, é um problema central para as sociedades contemporâneas (Bernstein, 1997).

Na atualidade, convive-se com a presença acentuada dos discursos sobre os riscos de assumir determinados modos de levar a vida. Isso demanda esforços pessoais, intelectuais e afetivos para administrar uma diversidade de conseqüências ao decidir-se sobre rumos de ações relacionadas com algumas atividades básicas, tais como comer, beber, exercitar-se, consumir medicamentos e outras substâncias, lícitas ou não, manter relações sexuais. Procura-se seguir um conjunto de preceitos e normas estruturadas socialmente para, dentre as múltiplas opções disponíveis, repetidamente escolher uma no decorrer de variadas e complexas situações cotidianas.

No campo da saúde, é inegável que as tecnologias da modernidade ampliaram a expectativa de vida em função do controle sobre as doenças infecto-contagiosas e sobre a mortalidade infantil. Porém, como efeito colateral ao ampliar a longevidade, surgiram problemas relacionados à qualidade de vida da crescente população idosa, em função da correspondente elevação de doenças crônico-degenerativas, compatíveis com essas faixas etárias, tais como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Hipertensão Arterial como Doença da Modernidade

Doenças cardiovasculares são relacionadas como a maior causa de mortalidade em pessoas com diabetes mellitus, e diversos fatores, como a hipertensão arterial, são apontados como responsáveis para a elevação de ocorrência dessas doenças. Estudos recentes apontam para o fato de que pessoas hipertensas apresentam maior

predisposição para o desenvolvimento do diabetes, existindo uma considerável evidência da coexistência dessas duas patologias em muitos indivíduos. Em sentido inverso, o tratamento da hipertensão produz um significativo impacto para a proteção do desenvolvimento do diabetes (Sowers, 2001).

Com o acelerado processo de industrialização e urbanização, e após o controle epidemiológico das principais doenças infecto-contagiosas, a hipertensão arterial e sua associação à maioria das doenças cardiovasculares surge como um importante componente para a elevação de morbidades e mortalidade presentes em indivíduos de países economicamente centrais e, também, em diversos países periféricos. Diversos “fatores de risco” encontram-se associados à sua instalação e presença em indivíduos jovens. Porém, em função da maior vulnerabilidade em indivíduos idosos, devido à comorbidade, a sua presença merece maior atenção, cuidados e estudos para o entendimento do seu mecanismo interativo e de seu funcionamento que possibilite ações preventivas e de controle pelos serviços de saúde (Lessa, 1998).

A transição na estrutura demográfica da população brasileira, caracterizada pela queda da fertilidade, pelo aumento da expectativa de vida, pelo controle das doenças infecto-contagiosas e pelo incremento das doenças crônico-degenerativas, produziu uma superposição de agravos para as pessoas, uma crescente demanda aos serviços de saúde e uma elevação significativa nos custos da assistência médica mais especializada.

A transição na estrutura demográfica da população brasileira, caracterizada pela queda da fertilidade, pelo aumento da expectativa de vida, pelo controle das doenças infecto-contagiosas e pelo incremento das doenças crônico-degenerativas, produziu uma superposição de agravos para as pessoas, uma crescente demanda aos serviços de saúde e uma elevação significativa nos custos da assistência médica mais especializada. Da mesma forma, no que diz respeito à ampliação do conhecimento e do entendimento da relação saúde/doença, essas mudanças no campo epidemiológico apontam para a necessidade de elaboração de novos modelos conceituais, explicativos e integradores, para dar conta da complexidade dos seus diversos níveis de determinação e manifestação (Barreto & Carmo, 1998).

Algumas doenças crônicas não-transmissíveis são diagnosticadas com a utilização de critérios operacionais, uma vez não ser possível precisar exatamente onde termina o “normal” e onde começa o “patológico”. Essas doenças acabam sendo caracterizadas por uma multiplicidade de “fatores de risco”, tais como: interação de diversos fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, um curso relativamente assintomático e prolongado na sua instalação, um desenvolvimento clínico em geral lento e progressivo, alternados períodos de remissão e exacerbação de sintomas, e inúmeros desfechos e graus variados de morbidade (Jenicek & Cléroux, 1987).

São também freqüentemente relacionados inúmeros “fatores de risco” para as doenças

crônicas, cuja distribuição tende a acompanhar os diferentes modelos culturais e econômicos de cada sociedade, uma vez que se encontram associados tanto à exposição da população a condições adversas de alimentação, trabalho e moradia, como também à exposição a condições específicas definidas pelo seu modo de vida. O significado atribuído pelos sujeitos e pelos grupos aos “fatores de risco” dependerá das experiências prévias diante dos mesmos, das soluções que se encontram disponíveis naquele momento, da percepção da sua importância e da avaliação de suas conseqüências imediatas ou para o futuro (Blackburn, 1997; Pasternak et al., 1997).

Quatro grandes grupos de fatores tem sido relacionados como determinantes para os “riscos de problemas cardiovasculares”: 1) constitucionais, que são aqueles inerentes ao indivíduo e não são passíveis de modificação; 2) comportamentais, que estão relacionados a comportamentos e hábitos de vida, sendo passíveis de modificação; 3) relacionados a patologias ou distúrbios metabólicos, gerados por uma combinação de fatores genéticos e ambientais que, uma vez eliminados, reduzidos ou controlados, apresentam significativo impacto na ocorrência de morbimortalidade; 4) ligados a aspectos econômicos e culturais, que demandam profundas modificações nas estruturas e relações sociais (Bloch, 1998).

Explicações baseadas em determinantes biológicos, estruturas cognitivas, contextos socioculturais e experiências individuais buscam proporcionar significados para os complexos processos do adoecimento humano. Entretanto, divergências conceituais para a explicação da presença da doença na vida das pessoas dificultam a ampliação de entendimentos e inviabilizam diálogos mais inteligíveis entre os discursos da ciência e os do senso comum. No entanto, alguns autores têm se debruçado sobre a árdua tarefa de apontar possíveis relações da racionalidade científica com a subjetividade e a singularidade do adoecer humano, uma vez que a sociedade atual nos coloca diante da delicada e solitária tarefa diária de administrar e conviver com os desafios e os riscos do cotidiano (Ayres, 1997; Castiel, 1999, Paim & Almeida Filho, 2000).

Abordagens Metodológicas

Como delineamento metodológico para o presente estudo, procurou-se buscar formas de análise e interpretação da percepção dos sujeitos hipertensos. Para tanto, utilizou-se a observação participante com grupos de aconselhamento para indivíduos hipertensos e a abordagem etnográfica e a análise semiótica como estratégias para alcançar

as percepções dos participantes dos Grupos de Aconselhamento para o tratamento da hipertensão Arterial, um dos programas de atenção à saúde da Policlínica Municipal da Saúde, da cidade de Carangola / Minas Gerais.

A pesquisa qualitativa em saúde, em especial com a utilização da abordagem etnográfica, possibilita investigar as percepções dos sujeitos doentes através das narrativas de suas experiências e vivências cotidianas, sendo um fator de grande importância para ações de saúde pública. A vantagem de sua utilização é permitir a ampliação da perspectiva de análise aprofundando o conhecimento sobre as concepções e percepções dos indivíduos doentes. A sua flexibilidade permite, a todo o momento, rever e reconstruir conceitos, redefinir hipóteses e questionar e aprofundar interpretações sobre a vida dos indivíduos doentes (Minayo, 1999).

A abordagem etnográfica também possibilita apreender diferentes formas de interpretação da realidade através da compreensão do discurso inerente ao senso comum, buscando alcançar as múltiplas, dinâmicas e complexas significações atribuídas pelos indivíduos às percepções de suas experiências cotidianas. O seu principal objetivo é permitir a aproximação e o entendimento da teia de significados presentes nas relações dos indivíduos com o seu meio sociocultural (De André, 1995).

A partir de uma perspectiva semiótica, o humano pode ser visto como um animal enredado a teias de significados que ele mesmo teceu. Dessa forma, sua cultura estará baseada no legado social que os indivíduos adquirem do seu grupo, no modo de vida global de um povo e na forma dele pensar, sentir e acreditar em 'verdades'. Portanto, o estudo da semiótica encontra-se intrinsecamente relacionado ao entendimento das diversas formas de linguagem enquanto manifestação fenomenológica da realidade, com o objetivo de possibilitar sentido e significado para as experiências cotidianas.

A semiótica se ocupa de toda forma de produção, expressão e realização humanas. Para tanto, é necessário estar o mais possível atento e flexível para o novo e o inusitado, que sempre se desvelam na observação dos fenômenos da realidade, sem julgamentos *a priori* da experiência compartilhada com os indivíduos a serem observados (Santaella, 1996).

A semiótica apresenta uma natureza lingüística e outra mais filosófica, uma vez que estabelece categorias gerais e define condições em um discurso que possibilita explicitar fenômenos diferentes a

partir de um ponto de vista unitário. A utilização de figuras de linguagem, como a metáfora verbal, em especial, remete para explicações de mecanismos semióticos socialmente estruturados em saberes científicos e no senso comum, marcados por crenças, valores e ideologias que caracterizam os grupos sociais, particularmente, e a sociedade em sua totalidade (Eco, 1991).



A semiótica apresenta uma natureza lingüística e outra mais filosófica, uma vez que estabelece categorias gerais e define condições em um discurso que possibilita explicitar fenômenos diferentes a partir de um ponto de vista unitário.

A fenomenologia se ocupa com o estudo das essências, especialmente a essência da consciência e da percepção. Repõe as essências na existência, sendo que o homem somente pode ser compreendido em sua "facticidade", no seu contexto de mundo. Possibilita, também, um relato do espaço-tempo-contexto dos indivíduos, sendo caracterizada como a busca de uma descrição direta das experiências individuais, tais como elas se apresentam na realidade. Mesmo a ciência, com todo seu instrumental teórico, necessita de símbolos para alcançar o significado das experiências e das inter-relações dos seres humanos no seu meio cultural (Merleau-Ponty, 1999).

Toda relação de conhecimento, envolvendo um sujeito cognoscente e um objeto cognoscível, mostra-se passível de apreensão e entendimento na forma de signos carregados de sentido e significado, cabendo aos sujeitos percebê-los, desvelá-los, interpretá-los e agir em função dessa interpretação. Nenhum objeto, no entanto, poderá ser percebido em sua totalidade, sendo necessário apreender os "sinais", os "signos" e as "pistas" que possibilitarão entendimento para as percepções observadas. A partir de estudos e pesquisas específicas, essas "pistas" fornecerão importantes significados sobre a relação saúde/doença e sobre os processos envolvidos no adocimento humano (Peirce, 2000).

Resultados Preliminares

O acompanhamento dos Grupos de Aconselhamento para o tratamento da hipertensão Arterial ocorre na Policlínica Municipal de Saúde de Carangola / MG, com reuniões nas terças-feiras, no horário das 07:00 às 09:00 horas. Cada grupo de indivíduos hipertensos participa de quatro reuniões informativas. Na primeira reunião, são fornecidas informações sobre as principais características e causas da elevação da pressão arterial. Na segunda reunião, são explicadas as principais estratégias não-medicamentosas para a redução e o controle da pressão arterial. Na terceira reunião, ressalta-se a importância dos procedimentos corretos na ingestão dos medicamentos anti-hipertensivos. Na quarta reunião, realiza-se um debate entre os participantes sobre o entendimento e dúvidas a respeito das orientações compartilhadas nas reuniões anteriores.

Cada grupo é composto, em média, por vinte e cinco indivíduos hipertensos, sendo que, em função da elevada procura desses hipertensos, surge a necessidade de aumento do número de participantes nos grupos. Outra característica importante desses indivíduos é a grande procura por medicamentos anti-hipertensivos gratuitos distribuídos pelo Sistema Único de Saúde, como forma excludente do tratamento não-medicamentoso. Essa situação é extremamente grave em termos de ações na saúde pública, pois a grande maioria dos indivíduos hipertensos não possui suficiente informação nem orientação sobre a sua doença e, principalmente, não recebe acompanhamento profissional sobre outras formas de tratamento e controle da hipertensão arterial que não seja apenas a ingestão de medicamentos, uma vez ser esse modelo mais rápido e causar menos problemas para todas as partes envolvidas no tratamento da hipertensão.

No período de fevereiro a setembro de 2001, foi realizado o seguimento, a observação e o acompanhamento de sete grupos de indivíduos hipertensos na Policlínica de Carangola. O número total de indivíduos acompanhados foi de 146, sendo 41 homens (28%) e 105 mulheres (72%). O número de indivíduos que abandonaram o tratamento durante o período de seguimento do estudo foi de 27 indivíduos (18%), sendo 04 homens e 23 mulheres.

A faixa etária dos indivíduos participantes apresentou a seguinte distribuição: 35 indivíduos (24%) entre 41 e 50 anos, 47 indivíduos (33%) entre 51 e 60 anos, 47 indivíduos (33%) entre 61 e 70 anos, 16 indivíduos (10%) entre 71 e 80 anos, e 01 indivíduo entre 81 e 90 anos.

A ocorrência da hipertensão arterial e do diabetes mellitus apresentou a seguinte distribuição: 59

indivíduos (41%) apresentando somente a hipertensão arterial, 16 indivíduos (10%) apresentando somente o diabetes mellitus e 71 indivíduos (49%) apresentando a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Essa elevada concomitância da hipertensão arterial com o diabetes mellitus demonstra a presença da interação de “fatores de risco” cumulativos para a ocorrência de doenças cardiovasculares, o que ocasiona significativo problema para o sistema de saúde. Devido a essa constatação, surge a imperiosa necessidade de acompanhamento sistemático e periódico desses indivíduos pelos profissionais de saúde, especialmente nos postos de saúde dos bairros, onde se conhece individualmente as pessoas e sua realidade de vida, favorecendo a implementação de medidas para a redução e o controle da pressão arterial e da glicose no sangue.

Após a conclusão das reuniões dos sete grupos acompanhados, observa-se que, dos 146 indivíduos que iniciaram os grupos, 119 indivíduos (82%) concluíram as quatro reuniões e 27 indivíduos (18%) abandonaram o tratamento. Do total de participantes, 36 indivíduos (25%) apresentaram elevação da pressão arterial, 48 indivíduos (33%) apresentaram redução da pressão arterial e 35 indivíduos (24%) permaneceram com a pressão mantida no patamar do início do tratamento. Constata-se, portanto, que 83 indivíduos (57%) conseguiram controlar, pelo menos temporariamente, os riscos de agravamento de suas doenças.

Discussão

Os dados acima referenciados, mesmo em fase preliminar de análise, refletem a realidade do cotidiano dos ambulatórios e postos de saúde do SUS. Em diversas reportagens na mídia escrita e falada, em seminários, congressos e debates sobre saúde pública e em publicações científicas sobre o assunto, é possível observar a recorrência e a equivalência dos dados acima apresentados. Tal constatação, feita por diferentes áreas do conhecimento e diversos meios de comunicação confirma a necessidade de implementação de imediatas, amplas e profundas medidas para modificar esse gravíssimo quadro de doenças crônicas no qual se encontra a população brasileira.

Embora este seja um estudo ainda em fase preliminar de coleta de dados, o fato de terem sido observados 146 indivíduos com sérios comprometimentos na vida pessoal e nas condições de saúde, claramente manifestados no seu corpo e nas suas relações interpessoais, aponta para a necessidade de elucidar os significados das

suas narrativas sobre a doença e sobre suas histórias pessoais, como estratégia para implementar ações de saúde e fornecer sentido e significado para a vida desses hipertensos (Cardoso, 1997).

De uma forma bastante expressiva, é possível observar a presença de muitos indivíduos ainda jovens e com problemas de pressão alta e diabetes. Verifica-se que 82 indivíduos, 56% da população pesquisada, apresentam idade entre os 40 e 60 anos, ou seja, tendem a apresentar um longo percurso de tratamento e convivência com essas doenças, com sérias limitações, conseqüências e restrições em relação às expectativas da qualidade de vida em idades mais avançadas, no nível pessoal, econômico, afetivo e emocional.

A doença crônica demanda longo tempo de acompanhamento para o seu efetivo tratamento e controle, custos socioeconômicos elevados para os indivíduos, para o sistema de saúde e para a sociedade e reduzidas expectativas na melhoria da qualidade de vida das pessoas. A fala de um médico ilustra bem essa dificuldade em solucionar essa situação: *“O doente [crônico] se torna uma pessoa chata, que você quer despachar logo. E ele também quer ir embora logo”* (MJCS, médico cardiologista).

A elevação e o agravamento de morbidades relacionadas às doenças crônicas denotam a dificuldade e as precariedades do sistema de saúde para intervir efetivamente nos diversos níveis de prevenção e cuidados com a saúde populacional, especialmente na área da saúde pública. Dessa forma, essa população procura formas alternativas de tratamento, muitas vezes se vendo forçada a adotar e/ou aumentar “procedimentos” ou “comportamentos de risco” cada vez mais comprometedores para um modo de vida saudável.

A grande maioria desses indivíduos hipertensos que procuram atendimento na Policlínica de Saúde declara estar cansada de constantes peregrinações em consultórios médicos e em postos de saúde para conseguir medicamentos e exames especializados para o tratamento de sua doença. Muitos desses pacientes pretendem simplesmente receber os medicamentos que são “gratuitamente” distribuídos pelo Sistema Único de Saúde e retornar para a rotina de suas vidas. Tal afirmação pode ser verificada através da fala de uma senhora que, por diversas vezes, já participou de reuniões informativas sobre sua doença da hipertensão, nas cidades onde residiu anteriormente: *“Agora que moro nesta cidade, venho ao posto apenas para pegar o remédio. Não quero saber desta lenga-lenga de falação enjoada, que não adianta nada”* (HSR, 68 anos).

A ênfase acentuada e privilegiada na utilização de medidas medicamentosas para o tratamento e controle da hipertensão arterial pode estar indicando uma situação de acomodação e resignação desses indivíduos diante da irreversibilidade da doença crônica, mesmo que esse procedimento ocasione sérias conseqüências para a sua condição financeira. Esse fato é também cotidianamente reforçado pela pouca disponibilidade dos profissionais da saúde pública em orientar e buscar formas alternativas para o controle e tratamento da elevação da pressão arterial.

Os indivíduos integrantes das reuniões estabeleceram uma relação participativa com outros componentes do grupo, cada um à sua maneira, procurando agregar valor, dar sentido e significado às suas histórias e narrativas. De alguma forma, houve uma expectativa e uma vivência de ganho e de interação positiva para os participantes das reuniões, como foi possível verificar através da fala de um senhor, quando da interrupção da reunião por uma senhora, que compareceu em data errada, pois esqueceu o dia da reunião do seu grupo: *“Esse pessoal é fogo, não presta atenção a nada e ainda vem perturbar a ‘nossa’ reunião, que está tão boa”* (OLF, 65 anos).

No momento da medida da pressão arterial dos indivíduos pela auxiliar de enfermagem e quando da avaliação geral com a médica da equipe, observava-se que os indivíduos aproveitavam para falar sobre a sua pressão e sobre sua vida como um todo, procurando relacionar e expressar suas opiniões sobre possíveis motivos para a redução da pressão: “estar seguindo corretamente a dieta da nutricionista”, “estar fazendo uso regular dos medicamentos”, “estar fazendo novas amizades”. Havia, ainda, explicações para a elevação da pressão: “não estar tomando os remédios porque acabaram antes do tempo”, “porque está nervosa por estar passando por problemas muito difíceis na família”, “porque teve que correr para chegar a tempo de participar da reunião”.

Foi também possível observar claramente as diferenças na atenção dos indivíduos durante o transcorrer das reuniões, dependendo do fato de ser ou não a primeira vez que faziam parte dos grupos de orientação. Quando o grupo era formado, na sua maioria por indivíduos mais jovens ou quando era a primeira participação dos seus integrantes em reuniões informativas, surgiam mais perguntas e questionamentos para a equipe de saúde, com maior interesse em saber mais sobre a doença e sobre formas de tratamento não-medicamentoso.

Quando os indivíduos que participavam dos grupos eram mais jovens, mostravam-se mais dispostos a

“Esse pessoal é fogo, não presta atenção a nada e ainda vem perturbar a ‘nossa’ reunião, que está tão boa”

OLF, 65 anos

assumir modificações em seus hábitos de vida, considerados como “fatores de risco” para a sua doença. Concordavam em fazer dieta, reduzir o peso corporal, realizar caminhadas e, de maneira geral, reorganizar suas vidas. Também expressavam maior otimismo e expectativa quanto ao tratamento para a redução e controle da pressão arterial. Portanto, embora se perceba, no presente estudo, uma elevada presença no número de indivíduos jovens e com problemas de hipertensão, esses indivíduos mostram-se mais receptivos e participativos para adotar medidas mais saudáveis em suas vidas.

“Os corpos humanos são portadores não só de doenças, mas de histórias que fornecem significado às suas vidas. É fundamental que os profissionais de saúde consigam perceber que a história do adoecer significa colocar um evento dentro de um contexto, relacionando-o como parte de um todo compreensível, abordando o adoecimento como um processo que, dentro de determinadas características culturais, produz entendimentos diferenciados sobre a doença e o doente”

Cabral

Os indivíduos mais idosos, na maior parte do tempo das reuniões, permaneciam calados, realizando poucos questionamentos e participação nos debates. São poucos os indivíduos mais idosos que procuram estimular os mais jovens a introduzir medidas não-medicamentosas no tratamento da pressão alta. Essa estratégia de interação/integração entre os indivíduos hipertensos idosos com os mais jovens é freqüentemente estimulada nas reuniões dos grupos. Quando esse procedimento surte efeito, observa-se a ocorrência de diálogos mais longos e participativos entre os componentes dos grupos, com comentários e trocas de experiências pessoais sobre a doença e sobre situações de suas vidas cotidianas, favorecendo vínculos de relacionamento e cuidados entre eles.

Considerações Finais

A presença da doença na vida de uma pessoa impõe drásticas mudanças e adaptações ao seu modo de vida. A experiência e a convivência com a enfermidade se referem aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem aos episódios da doença em função de processos significativos intersubjetivamente compartilhados, com base em estruturas cognitivas e determinações sociais. A questão principal que se coloca ao se assumir a inter-relação de aspectos sociais, cognitivos e individuais e coletivos da doença é como tornar inteligível os processos pelos quais as práticas individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si (Alves, 1993).

Ações de sucesso para a prevenção de doenças necessitam da integração de diversos fatores, nem sempre fáceis ou possíveis de se controlar. É também bastante difícil agir sobre a complexidade do ambiente sociocultural, sobre os indivíduos e os grupos. Investimentos em serviços sociais e ações nacionais de saúde envolvem prioridades políticas e elevado investimento financeiro. Esses são apenas alguns dentre vários componentes contributivos para a elevação e o agravamento no quadro das doenças crônico-degenerativas, especialmente quando se refere à população de baixa renda,

com perspectivas pouco promissoras para a sua solução (Castiel, 1996).

Os processos acerca da saúde/doença envolvem movimentos de resistência, reestruturações e mudança de hábitos na vida das pessoas. Uma vez que o hábito expressa um conhecimento enraizado no corpo, baseado em suas experiências prévias, também define comportamentos, escolhas e interpretações que podem resistir à efetiva incorporação de novas representações e formação de novos hábitos, como aqueles prescritos em orientações médicas, diretamente relacionados ao tratamento de doenças. Não apenas ouvir a voz da medicina, mas também permitir a fala do doente e possibilitar a verdadeira escuta do profissional de saúde constituem-se em estratégias de suma importância na atenção aos doentes crônicos, visando a possibilitar a instalação de *habitus* mais saudáveis em suas vidas.

A razão iluminista dos séculos XVII e XVIII pretendia explicar todas as manifestações da realidade. Com o passar do tempo, porém, ficou clara a sua incapacidade e ineficiência para dar conta do objetivo ao qual inicialmente se propunha, pois a natureza, a realidade e os seres humanos são singulares, mutáveis, dinâmicos e complexos, o que inviabiliza toda e qualquer tentativa de enquadramento teórico-reducionista para sua explicação.

Os indivíduos mudam na e com a sociedade, evoluem e modificam suas relações e percepções para consigo mesmos e para com as outras pessoas através de constantes e dinâmicos entrelaçamentos produzidos pelas relações interpessoais. A historicidade de cada indivíduo, o fenômeno de crescimento até a idade adulta, é a chave para a compreensão do que é a sociedade, construindo-se e ajudando a construir a rede humana na qual vive e cresce (Elias, 1994).

O desenrolar histórico de cada vida, em todos os seus momentos, coloca diante do ser humano o desafio de sobreviver e superar os limites próprios e os de cunho social. Os corpos humanos são portadores não só de doenças, mas de histórias que fornecem significado às suas vidas. É fundamental que os profissionais de saúde consigam perceber que a história do adoecer significa colocar um evento dentro de um contexto, relacionando-o como parte de um todo compreensível, abordando o adoecimento como um processo que, dentro de determinadas características culturais, produz entendimentos diferenciados sobre a doença e o doente (Cabral, 2000).

Campanhas de saúde pública, com base apenas em informação e educação da população são as

mais freqüentemente utilizadas, por apresentarem um caráter de imediaticidade e serem economicamente mais viáveis. Entretanto, a modificação do *habitus* enraizado no imaginário e nas práticas dos indivíduos e grupos demanda um processo bastante longo e com ações duradouras.

Em todas as esferas do comportamento humano, mas especificamente na área da saúde, alterar modos de vida e reduzir “comportamentos de

risco” exige um possível, porém difícil trabalho pedagógico, que requer reflexão, compreensão e internalização por parte dos indivíduos daquela sociedade. Essa transformação deve também levar em conta o entendimento dos motivos da instalação do *habitus*, a sua manutenção e a sua transmissão no seio das sociedades, sendo que esse esforço transformador pode demandar algumas gerações para ser concretizado (Bourdieu, 2001; Dubar, 1997).

Vidigal de Andrade Vieira

Caixa Postal: nº 34, CEP: 36.800-000

Carangola – Minas Gerais

Tel.:(32) 3741-1969 (Fafile); 3741-2683 (res.); 3741-2533 (com.)

Telefax:(32) 3741-2307 (Fafile)

E-mails:vidigal@ig.com.br; peterrom@bol.com.br

Luis David Castiel

E-mail:castiel@ensp.fiocruz.br

Recebido 25/02/03 Aprovado 14/03/03

ALVES, P.C. A Experiência da enfermidade. Considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

ANDRÉ, M. E. D. A. de. *Etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus, 1995.

AYRES, J. R. de C. M. *Sobre o risco*. Para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

BALANDIER, G. *O Dédalo*. Para finalizar o século XX. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 15-27.

BERNSTEIN, P. L. *Desafio aos deuses*. A fascinante história do risco. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BLACKBURN, H. O conceito de risco. *American heart association*, n. 1, p. 25-42, 1997. (Compêndio de cardiologia preventiva).

BLOCH, K. V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 43-72.

BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

CABRAL, M. H. História e medicina. A herança arcaica de um paradigma. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 6, n. 3, p. 551-575, nov. 1999, fev. 2000.

CARDOSO, C. F. *Narrativa, sentido, história*. Campinas: Papirus, 1997.

CASTIEL, L. D. Força e vontade. Aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção de HIV/aids. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 91-100, 1996.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível*. Saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

DUBAR, C. *A socialização*. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, [19-].

ECO, U. *Semiótica e filosofia da linguagem*. São Paulo: Ática, 1991.

ELIAS, N. *Asociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. *Epidemiologia*. Princípios, técnicas y aplicaciones. Barcelona: Salvat, 1987.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 77-96.

MERLEAU-PONTY, M. *A fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico. Uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Acrise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASTERNAK, R. C.; GRUNDY, S. M.; LEVY, D.; THOMPSON, P. D. Espectro dos fatores de risco para a doença coronariana. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 3, n. 1, p. 30-44, 1997.

PEIRCE, C. S. *Semiótica*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

SANTAELLA, L. *Produção de linguagem e ideologia*. São Paulo: Cortez, 1996.

SOWERS, J. R.; EPSTEIN, M.; FROHLICH, E. D. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease. An update. *Hypertension*. *Journal of the American Heart Association*, v. 37, n. 4, p. 1053-1059, 2001.

Referências bibliográficas