



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Pereira Borges, José Wicto; Marques Gadelha Pinheiro, Nádía; Caetano de Souza, Ana Célia
Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um
Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 1, enero, 2012, pp. 179-189
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará

Hypertension communicated and hypertension understood: nursing know-how and practices in a Family Health Program in Fortaleza, State of Ceará

José Wicto Pereira Borges ¹

Nádia Marques Gadelha Pinheiro ²

Ana Célia Caetano de Souza ³

Abstract *The scope of the study was to examine the communication practices of nurses in consultation of arterial hypertension in the Family Health Program in Fortaleza, Ceará, revealing the elements that cause asymmetry of power between nurses and the hypertensive individuals verbal expression. The theoretical references are Critical Discourse Analysis and Pragmatics. This is an exploratory descriptive and qualitative study, in which participant observation was conducted in a Basic Family Health Unit. The following discourses arose: the nurse as conductor of the interaction with verbal and nonverbal discursive commands; the hypertensive subject as subjugated by the nurse; the nurse as an articulated instrument that communicates a body of social practice; the body of the hypertensive person as a tool that supports an imaginary power load; the interaction between nurse and the hypertensive person in a one-sided situation, obliging the hypertensive individual to obey orders. The relationship between the nurse and the hypertensive person develops asymmetrically, built on symbolic materials of social practices under the legitimacy of the paradigm of current Nursing Consultation in our society.*

Key words Hypertension, Nursing consultation, Communication and pragmatic

Resumo *Objetivou-se estudar as práticas de comunicação de enfermeiras na Consulta de Enfermagem de hipertensão arterial no Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, desvelando os elementos geradores de assimetria de poder entre enfermeira e hipertenso manifestos na linguagem. Tem como referenciais teóricos a Análise do Discurso Crítica e Pragmática. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, qualitativo no qual se desenvolveu uma Observação Participante em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Emergiram os seguintes discursos: a enfermeira como maestrina da interação com comandos discursivos, verbal e não verbalmente; o hipertenso como sujeito assujeitado pela enfermeira; o corpo da enfermeira como instrumento articulado que comunica um corpo social da prática; o corpo do hipertenso como instrumento que suporta uma carga imaginária de poder; a interação enfermeiro hipertenso em uma situação unilateralizada, assujeitando o hipertenso a seguir ordens. A relação enfermeira-hipertenso se desenvolve assimetricamente construída sobre materiais simbólicos das práticas sociais sob a legitimação do paradigma da consulta de Enfermagem em curso em nossa sociedade.*

Palavras-chave Hipertensão, Consulta de enfermagem, Comunicação

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343 km 3,5, Bairro Meladão. 64800-000 Floriano Piauí. wictoborges@yahoo.com.br

² Departamento de Linguística Aplicada, Universidade Federal do Ceará

³ Hospital Universitário Walter Cantideo, Universidade Federal do Ceará

Introdução

O Problema das doenças crônicas não transmissíveis no contexto atual do novo capitalismo é uma preocupação da assistência à saúde em nível mundial, e tem motivado pesquisadores em diversas áreas do conhecimento. Os altos índices de morbidade e mortalidade, incapacidade física e prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos acometidos por esses agravos são as principais motivações dessa preocupação.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que afeta 20% da população mundial adulta, constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, e possui elevado custo médico social acometendo pessoas em plena fase produtiva da vida. O indivíduo que sofre desse agravo apresenta transformações expressivas em sua vida, nas esferas psicológica, familiar, social e econômica¹.

A prevenção e o tratamento da HAS envolvem ensinamentos para introduzir novos hábitos de vida. Uma profissional envolvida com essa temática é a enfermeira que desenvolve suas ações individualmente através da Consulta de Enfermagem (CE) ou com grupos.

A CE é o lócus de encontro entre a enfermeira e o hipertenso com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na relação de ajuda entre o mesmo e a enfermeira. O relacionamento entre os sujeitos influencia fortemente no seguimento terapêutico e associa-se à maior adesão através de uma aproximação sistemática culminando com a prevenção e/ou controle da pressão arterial². A dificuldade de comunicação entre hipertensos e profissionais da saúde é perceptível, pois, muitas vezes, não há um acordo entre eles em relação ao tratamento dificultando a adesão³.

Pesquisas apontam para uma CE centrada no modelo biomédico de atenção à doença, o que provoca ruptura com a abordagem dialética do cuidado, tornando esta apenas uma busca contínua em detrimento a uma realidade na qual o processo de medicalização social faz-se legitimado⁴.

No entremeio da linguagem, vislumbrou-se o poder manifesto de ideologias e assim, este trabalho foi situado em um cunho crítico, buscando inspiração na Teoria Crítica da Linguagem a partir da aplicação da Análise do Discurso Crítica (ADC).

Desse modo, objetivou-se estudar as práticas de comunicação de enfermeiras na Consulta de Enfermagem de hipertensão arterial em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, desvelando os elementos geradores de assime-

tria de poder entre enfermeira e hipertenso manifestos na linguagem.

Arcabouço teórico-metodológico da Análise do Discurso Crítica

Em busca de um aprofundamento crítico na formação do corpo analítico do trabalho retoma-se à Análise do Discurso Crítica (ADC) como um arcabouço teórico-metodológico que norteou este estudo, permitindo uma abordagem socialmente orientada à análise da fala e da escrita de uma língua.

Para Fairclough⁵, a ADC é baseada na suposição de que a língua é parte irredutível da vida social dialeticamente conectada a outros elementos, de forma que não pode se considerar a língua sem levar em consideração o social. É capaz de mapear relações entre os recursos linguísticos e os aspectos de redes de práticas sociais em que a interação discursiva se insere, ou seja, é um método para descrever interpretar e explicar a linguagem em um contexto sócio-histórico^{6,7}.

Nessa abordagem, o discurso é proposto como uma noção tri-dimensional na tentativa de reunir três domínios: a teoria linguística, a macro-sociologia e a micro-sociologia. Esses três níveis compreendem a dimensão textual, que incorpora as técnicas da Linguística Sistêmica Funcional de Halliday, a dimensão da prática discursiva como uma prática social de produção, distribuição e consumo de textos – uma prática de atores ativos que atribuem sentido – e a dimensão social que trata das práticas discursivas em relação à estrutura social⁸.

Diferentes discursos são diferentes perspectivas e estão associadas a diferentes relações que as pessoas têm com o mundo como ele é (ou melhor, como ele é visto). São projetivos, imaginários, representando mundos possíveis que são diferentes do mundo real, e inseridos em projetos de mudar o mundo em direções particulares⁹.

As formas de consciência dos seres humanos são determinadas pelas condições materiais concretas da vida. As condições materiais de existência são arquitetadas por uma infra-estrutura social. A estrutura social funciona como um grupo de possibilidades para a ocorrência dos eventos sociais⁵.

No entremeio da estrutura e dos eventos sociais, encontramos as práticas sociais que articulam diferentes tipos de elementos sociais com áreas particulares da vida. Eventos sociais são causativamente modelados por redes de práticas sociais. Práticas são maneiras habituais, em tem-



pos e espaços particulares, pelos quais pessoas aplicam recursos (materiais ou simbólicos) para agirem juntas no mundo¹⁰.

Para a ADC, o objetivo é refletir sobre uma mudança social contemporânea, mudanças globais em larga escala e possibilidades de práticas emancipatórias em estruturas cristalizadas na vida social através da percepção de um problema, que se baseia em relações assimétricas e distribuição assimétrica de recursos materiais e simbólicos em práticas sociais⁶.

Nesse arcabouço, o texto se encontra situado como elemento de eventos sociais, construídos por agentes sociais, os quais podem agir e interagir no curso dos eventos. Neste trabalho, entende-se texto como um jogo interacional de dois seres humanos que se comunicam e provocam efeitos causais com potencialidade para gerar mudanças.

Desse modo, Fairclough³ propõe uma abordagem relacional para a análise dos textos, onde se levam em conta vários níveis de análise e as relações entre esses níveis de modo sucinto, sendo observados por Borges¹¹ na Figura 1.

Nesse diagrama podemos distinguir as relações externas e internas de textos. As relações externas configuram-se no arcabouço ao qual o texto foi moldado para ser produzido e está representado pela ação, identificação e representa-

ção, que são os principais tipos de representação textual que podem ser relacionados aos três aspectos do significado construídos por Foucault¹², que são gêneros, estilos e discursos.

O estudo das ligações externas é a análise das relações dos textos com outros elementos de eventos sociais, e mais abstratamente, práticas sociais e estruturas. As relações internas incluem as semânticas, as gramaticais, as de vocabulário e as fonológicas. Por fim, fazendo uma transgressão entre as relações externas e internas, situamos a relação paradigmática que norteia os significados presentes ou não, ou seja, o que realmente está presente e o que poderia estar, mas não está⁵.

Condições externas de produção dos discursos

Convém assinalar, como manda ADC em grandes linhas, as condições externas de produção do discurso, neste caso, os contextos político, institucional e ideológico que envolvem a interação entre a enfermeira e o hipertenso.

A organização do sistema de saúde no Brasil, que busca sua consolidação em um nível primário de atenção, ainda sofre uma crise conjuntural entre a prática construída sobre o processo de medicalização e a prática idealizada sobre uma

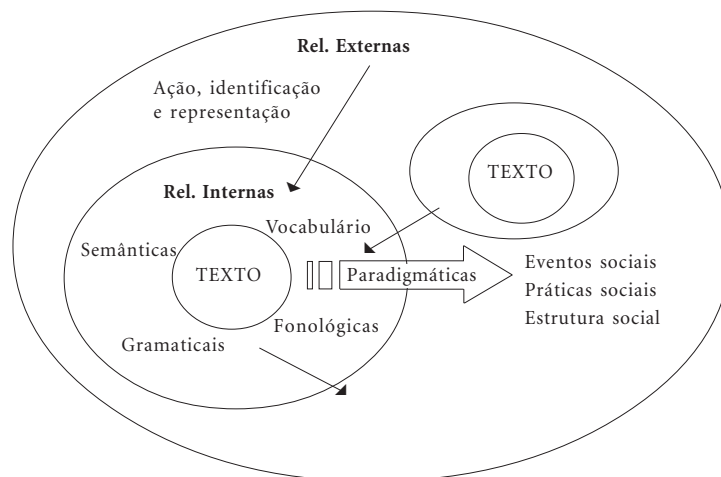


Figura 1. Uma abordagem relacional à análise de textos. (Fonte: Borges¹¹)

clínica ampliada, em que haja o desenvolvimento de uma reflexão dialógica entre os sujeitos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) está definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção voltada para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. Esse modelo remete à importância da integralidade, isto é, ao atendimento das necessidades, que vão desde a promoção da saúde da comunidade até ações de reabilitação. Há também a preocupação da integração entre as atividades assistenciais e clínicas voltadas para os indivíduos e as ações programáticas segundo os seguimentos da população¹³.

As tendências mais recentes da lógica organizacional da APS enfatizam o modelo implantado desde meados da década de 1990, tendo como plano histórico a implantação dos centros de saúde, entre 1926 e 1942; o movimento de APS e Reforma Sanitária entre 1978 e 1986 e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

O PSF se constituiu um modelo de organização das ações e serviços no nível primário de atenção dentro do Sistema Único de Saúde. Desde a sua emergência observam-se mudanças nas condições de sustentação financeira e política, indicando o planejamento de sua expansão, induzido pela normatização do processo de descentralização do sistema de saúde¹⁴.

Além dessas propostas organizacionais, o PSF encontra outros desafios para a definição de políticas públicas que abordem na prática temas complexos que envolvam o contexto sócio-ambiental e o cuidado voltado para o núcleo familiar em seu desenvolvimento, reafirmação e adoecimento. A noção de família, sua composição, organização e estratégia de sobrevivência nas classes populares são elementos geralmente desconhecidos pelos profissionais de saúde que precisam olhá-la e respeitá-la para além do seu próprio horizonte¹⁴.

Assim observou-se a prática de um fazer medicalizado, no qual a expansão do PSF ocorre como um programa voltado para a grande massa dotado de um conjunto de ações e serviços estruturados com base no reconhecimento das necessidades da população, sendo essas necessidades descobertas sobre um olhar de doença, e não de saúde.

Esse crescimento fez emergir a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente a mudanças nos paradigmas que regem o tradicional modelo¹⁵. Ocorre o fortalecimento técnico concomitante ao esqueci-

mento do aperfeiçoamento das práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho em equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanos sólidos¹⁶.

As consequências dessas ações de saúde institucionais contraproducentes mostram que se perderam, no processo medicalizado, as condições sociais e culturais que permitiam sinergia positiva entre ações autônomas (realizadas pelos indivíduos ou seus pares no seu meio social) e ações heterônimas em saúde (realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados)¹⁷.

Por fim, o PSF, embora tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente o seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, que é a consolidação dos grandes centros urbanos. Surge com isso um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudanças¹³.

Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação de cuidados. Quanto à gestão, esta se processa em uma lógica quantitativa de produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços comunitários e a referência e contra-referência¹⁵⁻¹⁷.

Em suma, a Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do processo de construção social, que tem avançado pontualmente mediante gradativas acumulações e superposição de experiências que contemplam o enfoque das ações programáticas de saúde.

Materiais e métodos

Estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) de Fortaleza-Ceará, localizada na periferia da capital, que oferece à população atendimento com foco na promoção da saúde a pacientes pediátricos, obstétricos, adultos e geriátricos.

Configuram-se nesta pesquisa como sujeitos o binômio Enfermeira-hipertenso, no âmbito de suas interações durante a consulta de enfermagem. Foram sujeitos da pesquisa três enfermeiras (por isso, ao longo das análises desse trabalho, o termo genérico *enfermeira* será enfatizado) funcionárias da Prefeitura Municipal de For-

taleza, lotadas na UBASF, realizando consultas de enfermagem direcionadas para pacientes hipertensos, com mais de um ano de experiência no programa, e seis pacientes hipertensos, de ambos os sexos, cadastrados no programa de hipertensão há pelo menos um ano, não portadores de diabetes mellitus.

Os dados foram coletados através de Observação Participante (OP)¹³ que ocorreu de junho a setembro de 2008. As observações ocorreram individualmente por consultas de enfermagem, para que o observador pudesse registrar fidedignamente em seu diário de campo as nuances do comportamento da enfermeira e do hipertenso no momento da interação. A descrição dos fatos no diário de campo foi feita após o término de cada observação, longe do campo de estudo a fim de não prejudicar a coleta.

Foi utilizada uma câmera digital, para o registro de imagens em forma de vídeo do ambiente, da interação e do contexto. O pesquisador posicionava-se com a câmera dentro do consultório, após consentimento dos sujeitos e seguia com a gravação. Pelo caráter de captura fiel do conteúdo semiótico, foi bastante favorável ao aprofundamento dos significados e sentidos apresentados na interação e no intercurso da linguagem verbal e não verbal entre enfermeiro e hipertenso.

Com o uso da câmera percebeu-se por parte dos sujeitos pesquisados certa retração comportamental que necessitou ser corrigida ou mesmo minorada para não diminuir a confiabilidade dos dados.

Assim partiu-se para uma familiarização do processo de coleta de dados com as enfermeiras que participaram da pesquisa. Essa etapa configurou-se na realização de filmagens durante as consultas de enfermagem que não fizeram parte do corpus de análise. Assim, de um total de 15 (quinze) vídeos, realizados durante o período de OP, 6 (seis) fizeram parte do corpus de análise (excluindo 6 filmagens derivadas dos momentos de familiarização e 3 por terem seus conteúdos repetidos dentro das que foram analisadas).

Segundo Richardson¹⁸, um bom relacionamento entre o observador e os elementos do grupo é de suma importância para o desenvolvimento do trabalho conseguindo a compreensão e a aceitação do grupo. Desse modo optou-se por uma unidade na qual o pesquisador realizou estágio curricular durante o curso de graduação em Enfermagem, servindo assim de elo para uma boa aceitação no grupo.

Após a Observação Participante, realizou-se o trabalho de depuração dos dados em busca de um

padrão ou modelo. As análises foram guiadas à luz dos referenciais da Análise do Discurso Crítica⁵ transdisciplinarizando com a elucidação dos axiomas pragmáticos da comunicação humana¹⁹.

O material derivado da OP foi organizado a partir de leituras do diário de campo e seguindo o caminho analítico proposto pela ADC⁵.

A partir dos vídeos, foram capturadas imagens das interações utilizando-se do programa Nero Show Time®. As imagens foram trabalhadas cronologicamente de acordo com o conteúdo das falas dos sujeitos. De cada interação a média de imagens resultantes foi de 40 fotos, das quais foram selecionadas as que possuíam valor semântico, ou seja, as que possuíam uma comunicação não verbal com significados para posterior descrição e análise.

Para a apresentação dos resultados, os sujeitos foram chamados de Hipertenso(a) e Enfermeira, seguidos por números. Ex: Enfermeira 1; Hipertenso 1. A lógica dessa escolha baseou-se na interpelação do sujeito advindo de uma nomenclatura.

Para Foucault¹², a palavra institui a coisa, ou seja, se a linguagem se coloca em movimentos pelos discursos, então são esses discursos que constituem os objetos de que falam, é a discursivização, o falar sobre que constitui o reagente. Somos sempre seres de linguagem e desse modo ao nomear estamos instituindo linguisticamente novos seres, novos comportamentos. O objetivo de chamar os sujeitos de hipertensos e enfermeiras é mostrar o poder da linguagem e como esse poder molda as práticas desses sujeitos a partir de uma nomeação que gera um modo de ser diferenciado.

Resultados e discussões

Antes de iniciar a discussão dos resultados, far-se-á um breve perfil dos que participaram do estudo. A maioria foram mulheres (7 mulheres e 2 homens), seis eram casadas, com uma que convivía em união consensual, e portanto solteira, e uma viúva. As idades dos hipertensos variaram de 40 a 80 anos, sendo uma média de 53 anos. O tempo de diagnóstico para hipertensão arterial foi no mínimo 2 anos e no máximo 20 anos, com média de 10 anos de diagnóstico. A média de tempo de graduação das enfermeiras foi menos de dez anos (entre 5 e 8 anos) e o tempo de trabalho em Unidade Básica de Saúde apareceu com uma média de quatro anos.

A semiose social dos interactantes

A relação enfermeira-hipertenso desenvolve-se estrategicamente através de articulação de comandos verbais em busca de um bem comum aos dois sujeitos: o controle da pressão arterial. Surge dessa forma um complexo fluido e multifacetado de numerosos estilos de comportamentos, sejam eles verbais, não-verbais, tonais, posturais, contextuais que em conjunto condicionam o significado de todos os outros¹⁴. É importante salientar que o grupo observado era formado por pessoas que não possuíam deficiência no aparelho vocal e auditivo que impedissem ou diminuíssem a viabilidade desses modos de comunicar.

Detectou-se que, apesar da fluência da linguagem verbal dos sujeitos, a não-verbal mostrou-se eficiente. Um axioma fez-se presente em todas as interações: os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A comunicação digital tem uma sintaxe complexa, mas uma semântica limitada quanto à relação; a comunicação analógica possui a semântica, mas não tem a sintaxe adequada para a definição não ambígua da natureza das relações¹⁹.

Nesse contexto, a Observação Participante gerou os seguintes pontos que serão discutidos: a enfermeira como maetrina da interação com comandos discursivos verbal e não verbalmente; o hipertenso como sujeito assujeitado pela enfermeira; o corpo da enfermeira como instrumento articulado que comunica um corpo social da prática; o corpo do hipertenso como instrumento que suporta uma carga imaginária de poder; a interação enfermeiro hipertenso em uma situação unilateralizada, assujeitando o hipertenso a seguir fielmente essas ordens.

No entanto, o não cumprimento dessas prescrições discursivas caracteriza um sujeito que vai contra os postulados do bom paciente. O hipertenso passa a ser chamado de não aderente ao tratamento, essa nomeação agrega novos significados que participaram ativamente durante a interação com a enfermeira: o hipertenso teimoso, o hipertenso difícil, o hipertenso cabeça dura e o hipertenso ruim de tratar.

Esses novos significados passam a delinear a comunicação da enfermeira, que ocorre nos dois extremos da interação, quais sejam, de um lado a interação torna-se cada vez mais unilateralizada com a enfermeira reafirmando suas ordens e, do outro, ela busca uma interação dialógica.

Interação 1:

Enfermeira 2: ... **precisa** se lembrar, todo ano tem que fazer exame de sangue! (em um tom de voz moderado e firme)...

Hipertensa 5: ... mas, minha pressão às vezes eu verifico e dá alta!

Enfermeira 2: (permanece em silêncio 30 segundos enquanto preenche o prontuário eletrônico) e retoma: - *mesmo que a senhora não venha pegar os medicamentos aqui... todo mês **a senhora vai** verificar a pressão, por que, a gente vai saber se o remédio tá fazendo ou não efeito... ou se é a alimentação que **a senhora não tá fazendo adequadamente**.*

Hipertenso 5: (escuta atentamente) Ahá!

Enfermeira 2: *pois é, mesmo que a senhora não venha aqui pegar o remédio, **tem que** verificar a pressão e anotar pra quando vier no dia a gente saber como é que está.*

As palavras em negrito são categóricas e mostram claramente as ordens que devem ser seguidas: precisa se lembrar, a senhora vai, a senhora não tá fazendo adequadamente, tem que verificar, vai fazer, vou passar.

Esses comandos são reafirmados pela postura da enfermeira com uma coluna vertebral ereta, olhando por cima, e o tórax ligeiramente proeminente indicando a presença de uma preponderância do EU, que naquele momento quer se impor²⁰.

Interação 2:

Enfermeira 1: (recebe a hipertensa com um sorriso) *Trouxe suas receitas?*

Hipertensa 5: *Bom dia, doutora! (entrega as receitas)... doutora quando eu ando às vezes eu fico querendo sentir falta de ar.*

Enfermeira 1: *quando a senhora anda muito? A senhora não faz nenhuma caminhadinha não?*

Hipertensa 5: *não, eu ando muito sabe! Eu não vivo só dentro de casa, tem as coisas da igreja, eu vou a pé.*

Enfermeira 1: (postura ereta e olhar na mesma altura dos olhos da hipertensa) *a **senhora sabe** daquelas ginásticas dos bombeiros?*

Hipertensa 5: *ah não, não! Eu prefiro fazer as caminhadas que eu faço lá pro parque Santa Quitéria, eu vou e venho a pé, pra casa do meu irmão.*

Enfermeira 1: (responde que entendeu a mensagem meneando a cabeça).

Nessa interação, ocorrem momentos de troca bilateral caracterizando uma busca dialógica de um tratamento eficiente. A enfermeira mostra uma alternativa para a hipertensa, com o intuito de ajudá-la no seu problema (**a senhora sabe** daquelas ginásticas dos bombeiros?) apesar da resposta negativa da hipertensa a enfermeira responde apenas meneando a cabeça e não impõe a prática de exercícios físicos.

Corporalmente, a postura dos sujeitos mostra-se simétrica, em que o corpo da enfermeira



encontra-se relaxado com um tórax em postura normal. O mesmo comportamento ocorre com a postura da hipertensa. Segundo Weil e Tampakow²⁰, o tórax é o centro da emoção, e um tórax em posição normal significa um EU equilibrado.

Os olhares fixos mantêm o canal de comunicação aberto, permitindo que a hipertensa tenha liberdade no processo comunicacional. Além de abrir e fechar o canal de comunicação, o comportamento visual mantém o fluxo, fornecendo sinais de mudança de rumo. Segundo Knapp e Hall²¹, usamos esses olhares para obter feedback “se uma pessoa está olhando para você, isso é geralmente interpretado como sinal de atenção ao que está sendo dito”. O padrão orador ouvinte é quase sempre coreografado: quando o orador termina sua declaração ou unidade de pensamento, olhar fixo em direção ao ouvinte se mantém até que se assuma o papel de orador; o ouvinte sustentará o olhar até que volte ao papel de orador, quando então desviará o olhar.

O hipertenso assujeitado

Nessa primeira abordagem, passamos a discutir o primeiro axioma conjectural da comunicação: **a impossibilidade de não comunicar**¹⁹ que é posto em prática pelo hipertenso a partir do seu assujeitamento. Esse pré-suposto tenta ser driblado pelo hipertenso não aderente ao tratamento quando, diante da pergunta da enfermeira sobre o seguimento terapêutico, o hipertenso tenta esconder o seu comportamento errôneo em relação à ordem da enfermeira. Vislumbramos nos pequenos diálogos esse comportamento (Interação 3 e 4):

Interação 3

Enfermeira 1: (recolhe as receitas anteriores e observa). *Não quebrou nada de peso? Não quebrou os uns dois quilos, não?*

Hipertenso 2: (pausa de 10 segundos, com o rosto escondido atrás do boné e com uma baixa entonação responde:) eu tô pesando isso aí! (apontando para o cartão que indicava 58 Kg).

Enfermeira 1: Foi 56 mês passado, agora tem 58! (Segue um silêncio por 15 segundos).

Interação 4

Enfermeira 2: (recebeu o hipertenso com um leve sorriso, pede para ele sentar e recolhe as prescrições anteriores). *Bom dia!*

Hipertenso 3: *Bom dia!* (entrega as prescrições e fica em silêncio).

Enfermeira 2: (Recebe os papéis e observa) *fez exames quando?*

Hipertenso 3: *Não, não lembro!*

Enfermeira 2: (olhando para os papéis perguntou) *Não verificou a pressão hoje? Cadê, é essa? Está um pouquinho alta, né!* (olhando para o Hipertenso) *E o que foi que o senhor fez?*

Hipertenso 3: (silêncio de 05 segundos) *Pode ter sido alguma coisa que eu comi!*

Enfermeira 2: (segue um silêncio mostrado que o paciente entende que cometeu erros no tratamento e muda de assunto) - *como é que o senhor está tomando esses remédios? Cadê os comprimidinhos? Bote aqui!* (fazendo gestos com a mão sobre o birô).

Na interação nº 3, o comportamento do hipertenso está imbuído por significados advindos do assujeitamento desse pela ideologia da ciência médica representada pela enfermeira, e pela reafirmação de uma rede social que legitima os bons hábitos de saúde no qual o engordar tornou-se abominável.

Observamos uma postura de submissão, na qual o corpo do hipertenso encurva-se, remetendo a um corpo que recebe uma carga simbólica, ou seja, ideológica, que o esmaga, que rouba a sua voz e o faz se sentir inútil. Segundo Weil e Tampakow²⁰, a posição da cabeça diz a mesma coisa que a do tórax e uma cabeça baixa significa que o indivíduo é controlado por estímulos externos.

Na interação 4, os intervalos comunicacionais compostos por momentos de silêncio mostra que, apesar do silêncio, a comunicação permanece ativa indicando que o hipertenso entendeu a mensagem da enfermeira. Os momentos de baixa entonação da voz reafirmam o modelo de submissão do “ser paciente” nesse ambiente de saúde.

Pragmaticamente o insucesso do hipertenso remete ao insucesso comunicacional da enfermeira em sua práxis despertando o poder que é exteriorizado através de repressões do comportamento que é condenado como um mau hábito. Verificamos esse efeito na linguagem corporal da enfermeira ao se deparar com esse tipo de situação. Vejamos a interação 5:

Interação 5

Enfermeira 1: *Tomou o seu captopril hoje, tomou?*

Hipertenso 2: (silêncio de 8 segundos) *ele, eu tomei. Não tomei foi os outros!* (baixa entonação vocal)...

Enfermeira 1: (responde corporalmente afastando-se abruptamente do hipertenso e colocando a mão na cabeça).

Enfermeira 1: *o senhor comeu alguma coisa salgada esses dias? Pirão? Quando foi que o senhor comeu?*

O corpo inclinado para trás significa recuo, rejeição, afastamento. Esse movimento indica desarmonia e má disposição das partes de um todo, discordância^{20,21}. A fala e o movimento estão ritmicamente coordenados, pois à medida a enfermeira faz a pergunta, ao receber a resposta do hipertenso age categoricamente inclinando o corpo, comprometendo-se com a informação, pois toda categoria é intencional.

Segundo Knapp e Hall²¹, a fala e o movimento são ritmicamente coordenados. Isso significa que uma mudança em um comportamento (uma parte corporal) coincidirá ou se coordenará com o início de mudança em outro comportamento (seguimento fonológico ou alguma outra parte do corpo).

Outro axioma foi insinuado e aparece na interação em estudo: **o conteúdo e níveis de relação da comunicação**¹⁹. O aspecto relato de uma mensagem transmite informação e, portanto, é sinônimo do conteúdo da mensagem. Nesse âmbito o aspecto ordem refere à espécie de mensagem e como deve ser considerada.

Os saberes comunicados e os saberes compreendidos

Os conteúdos das mensagens restringiram-se à ordem do discurso presente nos manuais do Ministério da Saúde para o cuidado com o hipertenso que contemplam itens para serem abordados durante a consulta: avaliação dos níveis pressóricos, nutrição, exercícios físicos, avaliação clínico laboratorial e o uso dos medicamentos. Esses saberes são comunicados pela enfermeira que os decodifica em uma linguagem popular, como uma estratégia de um diálogo ilusoriamente horizontal.

O diálogo horizontal configura-se em um campo interacional no qual os sujeitos, ouvinte e receptor, realizam uma troca bilateral de mensagens alternando as posições de ouvinte e receptor. O teor ilusório reside no fato da enfermeira utilizar em seu vocabulário palavras que camuflam as ordens proferidas e assim diminuem o teor unilateral da interação.

Quanto às ordens do discurso que moldam as práticas desses sujeitos, a predominância é a do modelo hegemônico de saúde que está presente na sociedade do novo capitalismo, em que a enfermeira, como sujeito inserido em uma rede social complexa, não comunica apenas uma pequena quantidade de frases ingênuas de promoção da saúde, e sim, reafirma o modelo de saúde que a atual conjuntura nacional e mundial disse-

minou. Vislumbramos assim, no discurso que o seu conteúdo restringe-se a alguns pontos do tratamento, que indica o modo como a hipertensa está conduzindo sua doença crônica. Cabe à hipertensa modificar o seu estilo de vida em função de um modelo centrado no uso de medicações e de procedimentos médicos científicos, em detrimento a uma abordagem social do problema.

Chamaremos esse achado de prática engessada do modelo de saúde, visto que é uma prática que não abrange todas as nuances do processo de cuidado ao hipertenso e encontra-se presa ao protocolo clínico das instituições de saúde reafirmando uma rede social na qual quem faz a saúde é o sistema vigente que limita qualquer manifestação de outra prática de cuidado. Esses limites são organizados pela engrenagem ideológica da construção do modelo de saúde.

Nessa rede social, o hipertenso figura um sujeito passivo, ou seja, assujeitado por essa ideologia mantida pelo sistema em que as ordens da enfermeira produtora de um discurso que reafirma essa rede social com uma postura unilateral na qual o hipertenso recebe todas as mensagens emanadas e tem que seguir fielmente.

Assim, sobre essa engrenagem, a enfermeira tem sua comunicação validada à medida que os efeitos das suas emissões no ouvinte provocam não só o ato do hipertenso ter compreendido a ordem, mas também de tê-la aceito como válida, o que para essa profissional torna a interação comunicativa.

Para Harbermas²², chamam-se comunicativas às interações nas quais as pessoas envolvidas põem-se de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo de pretensões de validade que os atores erguem com seus atos de fala. No agir comunicativo, um é motivado racionalmente pelo outro para uma ação de adesão e isso em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita. Graças à base de validade da comunicação voltada para o entendimento mútuo, um falante pode, por conseguinte, ao assumir a garantia de resgatar uma pretensão de validade criticável, mover um ouvinte à aceitação de sua oferta de ato de fala e assim alcançar para o prosseguimento da interação um efeito de acoplagem assegurando a adesão.

Esses atos de fala de comando são empregados unilateralmente com conteúdos direcionados pela visão da enfermeira, provocando ruptura com a abordagem dialética do cuidado. Os saberes preventivos, na maioria das vezes, não se

integram ao universo vivenciado pelo hipertenso e ganham caráter de prescrições, de ordens como: não coma sal, coma frutas, faça exercícios físicos, não coma com gordura.

A despeito da troca de mensagens, foi situado o terceiro axioma metacomunicacional: **a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes**¹⁹. Vale lembrar que a sequência comunicacional é de um modo geral, boa ou má, como deve ser imediatamente óbvio que a pontuação organiza os eventos comportamentais e, portanto, é vital para as interações em curso.

A sequência de eventos detectada segue a lógica do estímulo-resposta-reforço, em que a enfermeira fornece o estímulo – atos de fala de comando, o hipertenso dá uma resposta – assujeitamento a essa ordem, acatando-a, ou hostilizando permanecendo com um regime terapêutico não indicado, e a enfermeira reforça a resposta do hipertenso, ou a refuta, recomeçando uma nova sequência.

A troca de mensagens entre a enfermeira e o hipertenso torna-se monótona quando o hipertenso não é aderente ao tratamento: eu insisto numa adesão a bons hábitos de vida porque você não é aderente ao tratamento. Eu me retraio porque você insiste numa adesão a bons hábitos de vida. Segundo Watzlawick et al.¹⁹, o problema está, primordialmente, na incapacidade de metacomunicação de ambos os sujeitos sobre os padrões respectivos de sua interação.

Quando se trata de um hipertenso aderente ao tratamento, a sequência muda, e surge um novo padrão. Trata-se de uma interação na qual a enfermeira consegue a aderência do tratamento em duas vertentes: através do assujeitamento do hipertenso aos atos de fala de comando e às ordens do discurso manifestas e/ou através de uma troca dialética em que o hipertenso participa do seu tratamento ativamente.

A manifestação de uma relação dialética observada leva em consideração a identidade e o estilo dos sujeitos envolvidos. O estilo é o aspecto discursivo das formas de ser, identidades. Quem você é, é parte de uma questão de como você fala, como você escreve, assim como é uma questão de incorporação. Estilos estão ligados à identificação, e esta é traçada entre os aspectos pessoais e sociais da identidade – identidade social e personalidade.

A identidade está intimamente associada com discurso, identidade é frequentemente referida como sendo um efeito do discurso, construído no discurso. Identidades são também agentes sociais que fazem coisas, criam coisas, mudam coisas²⁰.

Apresenta-se, nesse momento, o último axioma a ser analisado neste trabalho: **todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam ou na igualdade ou na diferença**¹⁹. Pragmaticamente esse axioma mostra-se através de relações complementares, que se baseia na maximização da diferença na interação.

Existem sempre duas posições diferentes da relação complementar, um parceiro ocupa o que tem sido diversamente descrito como posição superior, primeira ou de cima, papel do enfermeiro, e o outro a correspondente posição inferior, secundária ou de baixo. Essa relação é estabelecida pelo contexto social.

Os teóricos Watzlawick et al.¹⁹ enfatizam a natureza conjugada da relação, em que comportamentos dessemelhantes, mas ajustados, provocam-se mutuamente. Um parceiro não impõe uma relação complementar ao outro, mas, comporta-se de maneira que pressupõe o comportamento do outro, enquanto que ao mesmo tempo fornece razões para tal comportamento.

Na maioria das interações existiu uma subserviência da hipertensa ao responder às perguntas da enfermeira. Vejamos como a complementaridade da relação acontece:

Enfermeira: *A senhora não come salgado não né?* Hipertenso 1: *Não, eu como assim né, com pouco sal!* Enfermeira 1: *Só 'frio a sal'! Pronto a senhora está ótima! Uma pressão 10 por 06!* Ao responder a pergunta, a hipertensa aceita a ordem de comer “frio a sal” com uma passividade que agrada a enfermeira.

Considerações Finais

Esse estudo mostrou que a prática de comunicação da enfermeira com o hipertenso ocorre de maneira unilateral, caracterizando uma relação assimétrica de poder entre esses sujeitos. As atitudes corporais, as tensões, os movimentos e o verbal dentro da unidade básica de saúde compõem uma cenografia que permite rigorosamente a imposição de um modo de vida idealizado, com restrições, e sem levar em consideração a bagagem individual que o hipertenso traz consigo.

Mostrou-se assim uma ruptura com a abordagem dialética, a partir de uma visão e prática reducionista de cuidado. Na maioria das vezes, a enfermeira não se preocupa conscientemente com questões como pedir a vez de falar, mostrar aos interlocutores que acredita no que estão falando, no intuito de controle do ato de falar e ouvir.



O delineamento da prática social configurou-se em uma abordagem sistemática da linguagem nas interações observadas. O relacionamento da rede de práticas sociais da enfermeira com a problemática do cuidado ao hipertenso diz respeito à transcendência de uma gama de valores que constroem a prática dessa profissional, e que torna o processo de reflexão da prática um momento rígido e difícil de ser consolidado.

A abordagem teórica utilizada postula mostrar conexões e causas que estão ocultas e, por outro, intervir socialmente para produzir mudanças que favoreçam aqueles que possam se encontrar em situação de desvantagem. Acredita-se, com este estudo, que uma mudança efetiva na prática do cuidado ao hipertenso pela enfermeira deve ocorrer no campo discursivo, visto

ser esse o maior instrumento que mantém tal estrutura de dominação delineada no presente trabalho, apesar de tratar-se de um contexto específico colabora reflexivamente para mudanças dialeticamente relacionadas ao controle da hipertensão arterial.

Passar a entender o cuidado ao hipertenso em um contexto sistêmico de relacionamentos é compreender o processo de reciprocidade e desse modo bilateral ou dialógico de cuidado. Fica a motivação para a possibilidade de construção de práticas emancipatórias que transcendam essa estrutura cristalizada, através da percepção de um problema que se baseia em relações assimétricas, construídas sobre materiais simbólicos das práticas sociais sob a legitimação do paradigma da consulta de Enfermagem em curso em nossa sociedade.

Colaboradores

JWP Borges e NMG Pinheiro participaram de todas as etapas desde a definição do estudo até a preparação final do artigo. ACC de Sousa colaborou na discussão e redação final do artigo.



Referências

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). In: V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); 2006.
2. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev esc enferm USP* 2005; 39(2):181-188.
3. Moreira TMM, Araújo TL. Sistema interpessoal de imogene king: as relações entre pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enf* 2002; 15(3):35-73.
4. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev Latino-ame Enferm* 2003; 11(2):207-214.
5. Fairclough N. *Analyzing discourse: textual analyzing for social research*. Londres: Routledge; 2003.
6. Resende VM, Ramalho V. *Análise do discurso crítica*. São Paulo: Contexto; 2006.
7. Magalhães I. Introdução: a análise de discurso crítica. *D.E.L.T.A.* 2005; 21(especial):1-9.
8. Murillo LFR. *Uma proposta de interface entre dois domínios da análise de discurso: a linha francesa e a sua relação com a teoria crítica do discurso*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. [acessado 2008 out]. Disponível em: <http://spider.ufrgs.br/discurso>.
9. Alencar CN. *Análise do discurso francês* [aula expositiva da disciplina Análise Discurso do Mestrado em Linguística Aplicada – 2º semestre]. Fortaleza (CE): UECE, CMALA; 2008.
10. Chouliaraki L, Fairclough N. *Discourse in late modernity*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1999.
11. Borges JWP. *Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: estudo da comunicação de saberes e práticas de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde da Família* [monografia]. Fortaleza (CE): Faculdade Integrada da Grande Fortaleza; 2008.
12. Foucault M. *A arqueologia do saber*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forence; 1997.
13. Campos CEA. A organização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Com* 2006; 2(6):131-147.
14. Mendonça HM, Vasconcelos MM, Viana AL. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):4-5.
15. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1171-1181.
16. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):149-146.
17. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comun Saude Educ* 2006; 10(20):374-362.
18. Richardson RJ. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
19. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix; 1997.
20. Weil P, Tampakow R. *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1986.
21. Knapp ML, Hall J. *Comunicação não-verbal na interação humana*. Tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo (SP): JBN; 1999.
22. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Artigo apresentado em 28/03/2010

Aprovado em 16/08/2010

Versão final apresentada em 03/09/2010