UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GEANNE MARIA COSTA TORRES

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA – CEARÁ
2016

GEANNE MARIA COSTA TORRES

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Irismar de Almeida

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Torres, Geanne Maria Costa .
A comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Geanne Maria Costa Torres. - 2016.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 122 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Área de concentração: Saúde da Família.
Orientação: Prof.ª Dra. Maria Irismar de Almeida.

1. Comunicação. 2. Terapêutica. 3. Relações interpessoais. 4. Hipertensão. 5. Estratégia saúde da família. I. Título.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, n.º 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: **"A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**
Nome da Mestranda: **Geanne Maria Costa Torres**
Nome da Orientadora: **Prof.ª Dr.ª Maria Irismar de Almeida**

DISSERTAÇÃO AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo
(1º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(2º membro)

Defesa em: 20/07/2016

Ah! Se o mundo inteiro me pudesse ouvir
Tenho muito pra contar,
Dizer que aprendi

E na vida a gente tem que entender
Que um nasce pra sofrer
Enquanto o outro ri

Mas quem sofre sempre tem que procurar
Pelo menos vir achar
Razão para viver

Ver na vida algum motivo pra sonhar
Ter um sonho todo azul
Azul da cor do mar

(TIM MAIA)

Azul da Cor do Mar

Ao Senhor Deus, pela conquista alcançada, fazendo-se presente, SEMPRE, nos momentos mais difíceis desta longa caminhada. Sem Ele não há luz na minha vida, por isso: “Tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus amados pais, José e Neci, que me concederam a vida e me ensinaram a viver com dignidade e responsabilidade.

Às minhas irmãs Eliete, Francinete, Liziete; e aos meus irmãos, Francinaldo, James, José Edinaldo e Luis, pelo amor, carinho, apoio e força, contribuindo decisivamente para meu crescimento pessoal e profissional.

Vocês são meu PORTO SEGURO, meu TUDO!

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo incentivo, torcida e apoio na realização desse sonho, sendo meu alicerce.

Às minhas sobrinhas, Alana, Ana Liz, Maraiza, Narjara, Priscilla; e aos meus sobrinhos, João Gabriel e José Victor, por se orgulharem de mim e acreditarem no meu potencial, sempre! Vocês são joias raras que Deus me concedeu.

À minha tia Cleonice, por comparecer a todos os momentos da minha vida; pedra fundamental nessa trajetória, sempre me estimulando e incentivando na concretude dos meus sonhos.

Às minhas cunhadas, Jelva, Magda, Sandra e Thaysa, pelo apoio e incentivo nessa árdua caminhada. Por vocês entenderem meus sentimentos, ansiedades e por me aturarem nesse período “tão atribulado”.

Aos meus cunhados, Francisco e José, pelo apoio, incentivo e imenso carinho, colaborando sempre para realização dos meus sonhos.

À Universidade Estadual do Ceará, por ensejar meu crescimento acadêmico e profissional.

À Prof.a Dr.a Ana Patrícia Pereira Morais, pela amizade, sabedoria, partilha de seus sábios conhecimentos e compromisso com que rege o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

À Prof.a Dr.a Annatália Meneses de Amorim Gomes, pelos ensinamentos e amável convivência, compreendendo as angústias, aflições e inquietudes, sempre com uma palavra de força e um abraço sincero e reconfortante.

À minha eterna orientadora, Prof.a Dr.a Maria Irismar de Almeida, pela serenidade, compromisso e acompanhamento na realização dessa pesquisa. Pelos ensinamentos, palavras, conselhos e escuta sensível nos momentos de ansiedade, angústias e inquietações, acalentando meu coração, pelo afeto e carinho. Acreditou em mim, dando-me força e coragem para trilhar a caminhada, mostrando-se sempre disponível para conversar, escutar e partilhar conhecimentos, permeado pela comunicação terapêutica. Sou imensamente grata a você!

Ao Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto, pelas preciosas contribuições ao meu projeto de pesquisa durante a banca de qualificação.

À Prof.a Dr.a Maria Fátima Maciel Araújo, pela prontidão e disponibilidade em participar da minha defesa, contribuindo com sua sabedoria, reflexões e sugestões para o aprimoramento dessa pesquisa.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadoras FIOCRUZ/UECE, pela dedicação, compromisso e conhecimentos compartilhados com nossa turma.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família (2014-2016), pelas palavras de apoio, incentivo, companheirismo e momentos divididos juntos, pois, mais do que colegas, souberam ser (e são) amigos! Orgulho-me de cada um de vocês, FLORES DE CACTO!

Aos amigos conquistados no mestrado, Auricélio e Inês, por dividirem alegrias e angústias, conhecimentos e experiências, conselhos sinceros que, humildemente, levarei como guia para o resto da vida.

A todos os que fazem parte do Espaço Mundo Verde (UECE), em especial, Claudinha e Tatiane, por toda atenção, carinho, disponibilidade e gentileza. Foi maravilhoso contar com vocês!

Às Prof.as Dr.a. Dra. Emiliane Silva Santiago e MSc. Keyle Samara Ferreira de Souza, pelos ensinamentos e contribuições no projeto de pesquisa, apoio e palavras de incentivo para meu aperfeiçoamento acadêmico. Queridas professoras, mesmo distante, estão sempre comigo por meio das redes sociais.

Ao José Francisco, por acreditar e incentivar, constantemente, na minha trajetória acadêmica e profissional, dando força e me encorajando para continuar a minha caminhada.

À Secretaria de Saúde de Salitre, pela compreensão nos momentos de minhas ausências e autorização na coleta de dados.

Aos profissionais de saúde e hipertensos da unidade pesquisada, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade em participar dessa pesquisa.

Esta caminhada só foi possível, graças a vocês!

Mais uma vez, muito obrigada, por tudo!

“Sendo impossível não se comunicar e sabendo que toda comunicação tem consequência, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência de que todos seus comportamentos têm impacto nos seus utentes e nos outros profissionais”.

(JOSÉ MANUEL MENDES NUNES).

RESUMO

A comunicação terapêutica é o instrumento potencializador nas relações recíprocas e interativas, permitindo a criação de laços de confiança, empatia e vínculo que fortalecem o ato de cuidar e contribuem para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e da comunidade. A comunicação eficaz e efetiva torna-se determinante para o sucesso das ações direcionadas às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. O estudo teve como objetivo analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família. Realizou-se um estudo descritivo, como uma abordagem qualitativa. Participaram do estudo 14 usuários hipertensos e dois profissionais da ESF da Sede do Município de Salitre, Ceará, no período de abril a maio de 2016. Utilizou-se para coleta de dados, um instrumento elaborado para a observação sistemática não participante, contendo os grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica: expressão, clarificação e validação. Usou-se, ainda, um diário de campo para registro das informações referentes às observações e outras anotações necessárias. O material obtido com apoio no levantamento documental, das observações e do diário de campo foi tratado pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, elegendo três categorias temáticas que configuram a análise da pesquisa: Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF; Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação; e Produção do cuidado e os elementos emanados na interação interpessoal. Foram respeitados os preceitos éticos envolvendo seres humanos e submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pelos resultados, foram evidenciados que as estratégias de comunicação terapêutica devem ser aprimoradas na ESF, em virtude das baixas frequências durante as observações. A adoção dessa tecnologia leve abre caminhos que instrumentalizam os profissionais de saúde na utilização de novas habilidades no processo comunicacional que fortalecem a produção do cuidado. Observamos, ainda, o excesso da comunicação verbal, em detrimento dos sinais não verbais, necessitando, portanto, maior compreensão dos significados da linguagem não verbal pelos profissionais de saúde para o estabelecimento de uma comunicação mais eficaz e completa. Foram notadas na prática do cuidado relações harmoniosas e acolhedoras, permeadas por empatia, respeito mútuo, confiança e acompanhamento do hipertenso nas suas reflexões. Ainda se observou, no entanto,

um cuidado centrado na atenção à doença, nas medidas prescritivas e nas informações necessárias ao controle da HAS. Em vista do que foi observado nas consultas médicas e de enfermagem, desvelou-se que as estratégias de comunicação terapêutica são pouco exploradas pelos profissionais de saúde, necessitando, portanto, desenvolver habilidades para empregá-las, adequadamente, no cuidado ao hipertenso.

Palavras-chave: Comunicação. Terapêutica. Relações interpessoais. Hipertensão; Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Therapeutic communication is an instrument that promotes reciprocal and interactive relationships, enabling the creation of trust, empathy and bonding that strengthen the act of care and contributes to an improved quality of life of people and community. Effective and efficient communication becomes imperative to the success of actions directed to people with non-communicable chronic diseases. This study aimed to analyze the therapeutic communication in the care of hypertensive patients in the Family Health Strategy. It was a descriptive study with qualitative approach. The study comprised 14 hypertensive patients and two professionals from the FHS in the municipality of Salitre, Ceará, Brazil, from April to May 2016. For data collection, an instrument designed for systematic non-participant observation was applied, which contained the strategy groups of therapeutic communication: expression, clarification, and validation. A field journal was also used for recording information concerning observations and other necessary notes. The material obtained from the documentary survey, observations and field journal was analyzed through the content analysis technique proposed by Bardin, electing three thematic categories that constitute the analysis of the research: Therapeutic communication in the care of hypertensive patients in the FHS; Understanding the meanings attributed to communication modalities; and Care production and elements originating from interpersonal interaction. The ethical principles of research involving human subjects were respected and the project was submitted to the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceará (UECE). Results enabled to verify that therapeutic communication strategies should be improved in the FHS, given the low frequencies observed. Adopting this light technology creates paths that provide health professionals with the necessary tools to use new skills in the communication process that enhance the care production. The excess of verbal communication was also identified, to the detriment of non-verbal signals, thus requiring greater understanding of the meanings of non-verbal communication by health professionals in order to establish a more effective and complete communication. In the care practice, it was noted harmonious and warm relationships, permeated by empathy, mutual respect, trust, and monitoring of hypertensive patients in their reflections. In addition, however, it was observed a care focused on the disease, in the prescriptive measures and information necessary for the hypertension control. In this context, the

findings from the medical and nursing consultations demonstrate that therapeutic communication strategies are underused by health professionals, hence requiring the development of skills to use them properly in the care of hypertensive patients.

Key-words: Communication. Therapeutics. Interpersonal relations. Hypertension. Family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Vista aérea da sede de Salitre - CE..... 53
Figura 2 – Município de Salitre, mostrando a localização no Estado e os limites..... 54
Figura 3 – Localização do Município de Salitre na Região..... 56
Figura 4 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Salitre - CE 57
Figura 5 – Representação figurada dos grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica..... 79
Figura 6 – Mapeamento dos significados atribuídos às formas de comunicação. ESF Sede, Salitre, CE, 2016..... 82
Figura 7 – Representação figurada da distância interpessoal..... 84
Figura 8 – Representação figurada dos elementos emanados durante as consultas médicas e de enfermagem, ESF Sede, Salitre, CE, 2016..... 90
Figura 9 – Representação figurada da produção do cuidado..... 91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Componentes ambientes de Salitre - CE..... 55
Tabela 2 – Índices de desenvolvimento de Salitre - CE, 2009 e 2010..... 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESPCE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FUNCEME	Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IDS-O	Índice de Desenvolvimento Social de Oferta
IDS-R	Índice de Desenvolvimento Social de Resultado
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LPD	Laboratório de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	19
1.1	IMPLICAÇÃO COM A ESCOLHA DA PESQUISA.....	19
1.2	A HISTÓRIA DA CAMINHADA EM RELAÇÃO AO OBJETO.....	27
2	**OBJETIVOS.....**	30
2.1	GERAL.....	30
2.2	ESPECÍFICOS.....	30
3	**REVISÃO DE LITERATURA.....**	31
3.1	O CUIDADO COMO ESSÊNCIA NA INTERAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	31
3.2	A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	41
4	**TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO.....**	52
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	52
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	53
4.2.1	***Locus* da pesquisa.....**	57
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
4.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS....	61
4.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	62
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	65
5	**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....**	68
5.1	As categorias.....	67
5.1.1	Categoria 1 - Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF	68
5.1.2	Categoria 2 - Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação.....	80
5.1.3	Categoria 3 - Produção do cuidado e os elementos emanados da interação interpessoal.....	87
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**	94
6.1	**O fim da caminhada.....**	94
	REFERÊNCIAS.....	98

APÊNDICES..... 110
APÊNDICE A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO..... 111
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - HIPERTENSO(A) 112
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL DE SAÚDE..... 114
APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA..... 116
ANEXOS..... 118
ANEXO A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃ - A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA (PROFISSIONAL DE SAÚDE/USUÁRIO) 119
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 120

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMPLICAÇÃO COM A ESCOLHA DA PESQUISA

Que linda camarinha! Era tão feia!
- Você me disse um dia que sua vida era toda escuridão,
cinzenta, fria, sem um luar, sem um clarão...
Por que você não experimenta?
A moça foi tão bem sucedida...
Ponha uma telha de vidro em sua vida!

(RACHEL DE QUEIROZ).

Na nossa trajetória pela Enfermagem, na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), pude presenciar e viver muitas experiências alusivas à Atenção Primária à Saúde (APS), destacando atividades educativas realizadas pelas equipes das Unidades de Saúde e pelos estudantes de Enfermagem, concedendo-nos aprendizados que contribuíram à inserção na nossa vida profissional.

Inicialmente, tudo parecia *"[...] sem luar, sem um clarão [...]",* conforme escreveu Rachel de Queiroz (2010 p. 208), talvez pela timidez em desenvolver as práticas educativas. Só que, ao longo do curso, situamos como foco uma frase de Cecília Meireles (2001, p. 132), *"[...] palavra que não direi [...]",* para que esta condição não nos impossibilitasse de promover a educação em saúde, tão importante para o profissional de Enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Sentimo-nos mais envolvida no último semestre, na Disciplina "Enfermagem em Saúde Pública", ficando deslumbrada por essa área que enseja trabalhar com os diversos ciclos da vida, tendo como essência a produção do cuidado. Foi nessa disciplina que nos identificamos com as doenças crônicas, especificamente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), por vivenciarmos situações de défice de autocuidado, contribuindo para o surgimento das complicações advindas da doença quando não controlada adequadamente. Então, realizamos como trabalho de conclusão de curso: Resposta à Adaptação do Hipertenso em Relação ao Estilo de Vida, enfatizando a Teoria do Autocuidado, desenvolvida por Dorothéa Elizabeth Orem. Foram muitas idas e vindas, momentos de (des)construção e construção, trilhado por muito aprendizado. E mais uma vez nos reportamos a Rachel de Queiroz (2010, p. 208), *"Ponha uma telha de vidro em sua*

vida!", pois pesquisar é essa telha de vidro em nossas vidas, que ilumina nosso cotidiano e nos transforma, provocando mudanças na produção do conhecimento. Nessa caminhada, constituímos saberes, extravasamos ideias, num processo de (des)aprender e (re)aprender, sempre, contribuindo para ampliar o espaço de descobertas.

Concluído o Curso de Graduação em Enfermagem, ingressamos na ESF no Município de Campos Sales, sendo uma experiência de muito aprendizado e determinante no nosso trabalho. Começar na nossa cidade natal era reconhecer a responsabilidade como profissional da saúde em proporcionar uma assistência de qualidade, humanizada e acolhedora para todos os munícipes.

Na nossa aproximação com o campo da prática, evidenciamos que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em particular, os hipertensos, não divergiam das experiências vivenciadas na nossa trajetória acadêmica. Nos trabalhos com grupos na ESF e nas consultas de Enfermagem, percebemos as suas dificuldades em seguir o tratamento, de modo continuado, por esquecimento em tomar a medicação, não apresentar sintomas, pressão arterial controlada, comprar os medicamentos, seguir a dieta, falta de um cuidador, de atividade física e de tempo.

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, precisando de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Para isso, ser sensível à linha da argumentação torna-se fundamental, pois favorece maior compreensão das necessidades do outro, contribuindo para transcender mudanças nas práticas direcionadas à ampliação da capacidade de dialogar e dar respostas adequadas aos hipertensos nas relações de cuidado.

Abreu (2009), ressalta que argumentar envolve a habilidade de dialogar, discutir assuntos que sejam de domínio dos agentes envolvidos, do convencimento, da astúcia em persuadir alguém a fazer alguma coisa, contribuindo para os relacionamentos pessoal e profissional. E ainda complementa ao exprimir que esse processo de argumentar não se limita somente a saber falar bem; vai muito mais além.

É algo que requer diálogo, vínculo com o gesto humano, empatia, espírito de finesse e gentileza, para abrir caminhos, outras práticas educativas que fortaleçam as habilidades de comunicação para que as dimensões na melhoria da saúde dos hipertensos promovam qualidade de vida. Então, apoderar-se de virtudes, como prudência, coragem, generosidade, simplicidade, tolerância e amor, é essencial para fortalecer a harmonia relacional, como bem cita Sponville (2002, p 118), no livro “Pequeno tratado das grandes virtudes”, é preciso *“um olhar para dentro e se conhecer. Saber, mesmo que temporariamente, quais são seus valores e crenças”.*

A importância desse fenômeno pelos profissionais que atuam na Atenção Básica permite a articulação da ação dos hipertensos numa concepção ampliada de saúde, favorecendo humanizar o atendimento, articulando-o com o acolhimento, na perspectiva da oferta na melhoria das práticas do cuidado e das relações interpessoais.

Para isso, a escuta, o afeto, a cordialidade, o respeito e o amor devem permear a questão civilizatória da gestão nas relações de cuidado. Então, imbuída desses valores, no decorrer da nossa prática, procuramos ir além do repasse de informações e do contato pessoal, utilizando-nos das palavras para proporcionar melhoria na qualidade de vida dos hipertensos. Como bem retratou Rubem Alves (2015, p. 96), *“as palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor. Aprendemos palavras para melhorar os olhos”.*

Com efeito, não podemos deixar de nos reportar ao discurso amoroso para fortalecer as habilidades de comunicação e as relações interpessoais, pela paixão pelos hipertensos e pelo cuidado ao próximo. Barthes (2003, p 124), ao escrever “Fragmentos de um discurso amoroso”, ressaltou a importância da *“compreensão do amor através da única voz que legitima tal discurso: a voz do sujeito apaixonado”.* E ainda destaca que a *“linguagem sensível se tornou clara e prazerosa”.*

Nesse entremeio, permeado de reflexões e sensibilidade, fomos para a gestão, sempre acompanhada pelas inquietudes em relação ao grupo social em que estávamos imersa. Surgiu a oportunidade de fazer o Curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica, na Escola de Saúde Pública - ESP-CE, levando-nos mais uma vez a abordar a temática relacionada aos “Fatores de risco a que estão

expostos os hipertensos na ESF", considerando sua importância à Saúde Pública e por nos sentir implicada por essa investigação.

A oportunidade fez-nos mergulhar novamente na busca de mais conhecimentos, por percebermos que atitudes impositivas e prescritivas direcionadas a comportamentos desejáveis à manutenção dos níveis pressóricos não levam os hipertensos a aderirem ao tratamento, corroborando Santos *et al.* (2005), quando reiteram que a problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores a ela estão associados: paciente; doenças; crenças, hábitos culturais e de vida; tratamento; instituição; e relacionamento com equipe de saúde.

É frequentemente relatada a necessidade de se estabelecer estratégias para melhorar a adesão do paciente, tornando-se imprescindível que sejam planejadas individual e coletivamente, considerando as potencialidades e limitações de cada usuário e as características da comunidade (WERBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

Permeada pelas múltiplas vozes do sujeito apaixonado, permitindo-nos deleitar pela licença poética e pelo argumento do estranhamento com o intuito de inovar aquilo que já se tornou habitual em nossas vidas, debruçamo-nos em trabalhar a comunicação junto aos hipertensos, buscando alcançar a eficácia nas trocas comunicacionais, como diz Guimarães Rosa (2008, p. 86), *"quando nada acontece, há um milagre que não estamos vendo".*

Era preciso, portanto, repensar o planejamento das ações, as práticas educativas, a interação dos diversos agentes socais para conceber melhoria nas abordagens de fala e escrita, na autonomia e na produção do cuidado dessa população, permeando por caminhos que reduzam o discurso entre a teoria e a prática, rememorando as palavras de Paulo Freire (2006, p. 32), quando reforça a noção de que, *"é fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática."*

Ao longo dessa caminhada, buscamos trabalhar sob essa óptica, mas é desafiador, pois requer trabalho em equipe, elaboração coletiva, compromisso mútuo, inter-relação com a criatividade e a subjetividade humanas, para deflagrar mudanças na qualidade de vida e na manutenção de um padrão adequado para o controle da doença. E, mais uma vez, citamos Paulo Freire (2006, p. 30), *"onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender"*, pois novos aprendizados provocam mudanças substanciais

nos profissionais de saúde e usuários, favorecendo possibilidades de restabelecer o vínculo, a confiança, o amor e o cuidado pelo próximo.

Continuando a nossa trajetória profissional, trabalhamos nos municípios de Araripe e Salitre, tanto na assistência como na gestão. O campo de prática mudou, mas os problemas se repetiam, instigando-nos a mais reflexões sobre essa problemática e seus meandros. Durante essas reflexões, tivemos a oportunidade de fazer a Especialização em Linhas do Cuidado em Enfermagem, na modalidade a distância, pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, optando pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por *"cresce(r) de importância para o meu olho",* como escreveu Manuel de Barros (2001, p. 39). Então, os caminhos percorridos, as vivências, as experiências, as reflexões, os passos e os (des)compassos que nos acompanharam nesse percurso, nortearam nossa perspectiva para os hipertensos por estar imbuída da melhoria na qualidade e da relação entre serviço-profissional-usuário.

Entre tantas inquietações, ficamos intrigada quando uma usuária nos relatou que não estava tomando a medicação prescrita porque o profissional de saúde entregou-lhe a receita e disse: *"Quando chegar em casa, compre esse remedinho e tome".* Pela expressão *"remedinho",* ela considerou não ser importante e não comprou. A situação fez-nos despertar para o estudo em foco, abrindo-nos outra possibilidade para abordar a HAS, a comunicação no cuidado ao hipertenso, pelas indagações suscitadas durante esse espaço para conversa.

Aproveitando nosso envolvimento e, especialmente, os questionamentos sobre o processo comunicacional e o cuidado em saúde direcionados a essa clientela, em 2014, concretizamos a proposta de investigação sob o modo de projeto de pesquisa para nos submeter ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará (UECE). As interrogações provocadas aqui foram germinadas das vivências como profissional da saúde atuando na assistência-gestão-assistência, trazendo-nos inquietudes quanto às práticas de cuidado ofertadas aos hipertensos, principalmente no uso de uma comunicação eficaz, consciente e voltada para uma dimensão holística.

Isto aguçou-nos mais ainda, no retorno como enfermeira assistencial na ESF no Município de Salitre, onde observamos que muitos usuários não compreendem as informações repassadas pelos profissionais de saúde, em virtude de trocas comunicacionais pouco eficazes e não direcionadas. Percebemos que, ao

realizarmos o acompanhamento dos hipertensos, é comum deixarem de tomar a medicação por acharem que não são mais hipertensos e por estarem com a pressão arterial controlada. Além disso, não praticam atividades físicas e não aderem às dietas recomendadas, o que favorece o retorno aos altos níveis pressóricos encontrados anteriormente ao tratamento.

Com o reconhecimento desse problema, buscamos suscitar outra visão junto aos profissionais de saúde, permitindo abrir caminhos que possamos permear ensinamentos que processem mudanças no modo de atuar na saúde dos hipertensos. Outra perspectiva voltada para uma comunicação que permita crescimento e maior ampliação sobre a visão do cuidar, trabalhando com a comunicação direcionada para uma gestão com base no enfoque civilizatório do cuidado.

Dentre os fatos mencionados, a HAS constitui-se um problema de Saúde Pública, necessitando de estratégias eficazes que favoreçam a melhoria da qualidade de vida desde que as trocas comunicacionais contribuam para uma assistência humanizada e promotora da saúde. Oliveira (2009) relata que apenas uma comunicação simples e de mão dupla será capaz de desenvolver o empoderamento da pessoa, dando-lhe força para experimentar novas práticas de saúde.

Ao considerar a HAS como uma doença que necessita de uma reeducação, de mudanças nos hábitos de vida, cuja adaptação é lenta, na maioria das vezes, percebi a necessidade de fortalecer a comunicação na ESF para que proporcione um repensar nas atitudes, posturas e condutas no cuidado à saúde dos hipertensos. E parafraseando Barthes (2003, p. 128), *“[...] é o momento das histórias contadas, o momento da voz, que vem me hipnotizar, me siderar [...]”.*

Partindo da premissa de que a comunicação quando utilizada, de maneira adequada por todos os que trabalham na ESF, possibilita melhoria na assistência prestada à população, promovendo mudanças nas condições de vida e de saúde, pretendemos analisar neste estudo, a maneira como acontece a comunicação terapêutica junto aos hipertensos, haja vista que a eficácia de suas estratégias permite vivências que envolvem o pensar, o agir e o cuidar da saúde. Para Stefanelli e Carvalho (2012), é um caminhar árduo, mas que nos torna mais hábeis no processo de comunicação humana.

A ESF, tendo como foco ações promotoras de saúde, possibilita mudanças no processo de trabalho e permitem melhoria nas condições de saúde da população. Então, fascinada pelo inacabado, percebe-se a importância de utilizar práticas de cuidados direcionadas à redução e/ou minimização dos fatores de risco para aqueles que têm o diagnóstico de hipertensão arterial, criando espaços para intervenções mais efetivas que produzam qualidade de vida.

Em razão da magnitude que representa o trabalho da ESF no Município, entendemos que todos os esforços devem ser feitos no sentido de fortalecer as questões relacionadas à comunicação com os hipertensos, haja vista ser a base na relação profissional-paciente, bem como contributiva tanto na promoção quanto na assistência à saúde, sendo imprescindível a essa demanda pelo fato de negligenciem os cuidados necessários ao controle da doença. Com efeito, justificamos nosso interesse em realizar este experimento, haja vista sua importância para a Saúde Pública.

A comunicação instrumentaliza os profissionais atuantes na ESF na ajuda terapêutica junto aos pacientes, contribuindo na sua autonomização e na corresposanbilização do cuidado imprescindível à saúde. Como diz Teston *et al.* (2013), a comunicação efetiva é o elemento-chave para o estabelecimento de uma relação de cuidado.

Consoante leciona Barthes (2003, p. 48), *“a linguagem é uma pele: fricciono minha linguagem contra o outro. Como se eu tivesse palavras à guisa de dedos, ou dedos na ponta de minhas palavras [...]”.* Com isso, a ESF deve ser um espaço de trocas comunicacionais importantes para o êxito nas ações dirigidas às pessoas hipertensas, por possibilitar o compartilhamento de ideais, vivências e crenças, bem como propicia o diálogo, a escuta receptiva, o respeito mútuo e o cuidado continuado. Para Haddad (2011), é por meio da comunicação que as relações se estabelecem, não só para a veiculação de informação e educação, mas também, como espaço e meio para a revelação do outro.

A fim de que aconteça uma comunicação terapêutica, tornam-se necessários empatia, respeito, confiança, vínculo e conhecimento da população atendida, ou seja, cultura, crenças, valores, religião, nível de escolaridade, dentre outras variáveis que precisam ser entendidas por todos, para que favoreça a tomada de decisões terapêuticas. Para Cardoso (2004), a comunicação tem um papel

importantíssimo em qualquer trabalho em equipe e possibilita a criação de vínculos entre seus membros.

Boa comunicação exige respeito pelos pensamentos, crenças e cultura do próximo (BRASIL, 2014). Assim, os profissionais que atuam na ESF precisam entender o significado das mensagens enviadas e recebidas pelos hipertensos para traçar um plano terapêutico adequado às suas reais necessidades. Consoante Silva (2011), a equipe de saúde tem de conhecer os mecanismos e estratégias de comunicação que podem melhorar o relacionamento com o usuário e, também, entre os profissionais.

A consolidação desse veículo precisa ser apoiada por um processo que conceda mudanças na atuação dos profissionais da ESF, sendo imprescindível haver maior interação dos profissionais e hipertensos, aspectos fundamentais para o sucesso da comunicação terapêutica.

Compreendo, então, que a relevância do estudo em foco, está em vislumbrar a capacidade de inovar e modificar o campo de prática e instrumentalizar os profissionais que atuam na ESF no desenvolvimento de competências adequadas para trabalhar a comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso, haja vista pouco se falar sobre essa temática no cotidiano do trabalho. Assim, reconhecendo a importância do objeto deste estudo, emergiram as seguintes perguntas de pesquisa:

Como acontece a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família?

Quais as maneiras de comunicação utilizadas no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família?

Que fatores favorecem e interferem a comunicação entre hipertensos e profissionais na Estratégia Saúde da Família?

Elucidar esses questionamentos favorecerá maiores conhecimentos sobre comunicação terapêutica como feito de possibilitar melhorias no cuidado no âmbito do processo de trabalho na ESF, contribuindo para reduzir as lacunas existentes no campo do conhecimento e na realização das práticas direcionadas aos hipertensos.

Por ser um dos instrumentos de trabalho, o processo comunicativo deve ser usado eficaz e conscientemente por todos os que militam na saúde, continuamente, para dar um novo significado ao que ouvem, falam e se comunicam. Mais uma vez citamos Barthes (2003, p. 31), *[...] É preciso afirmar. É preciso ousar. Ousar amar [...]”*

1.2 A HISTÓRIA DA CAMINHADA EM RELAÇÃO AO OBJETO

[...] Pois de tudo fica um pouco.
Fica um pouco de teu queixo no queixo de tua filha.
De teu áspero silêncio um pouco ficou, um pouco nos muros zangados,
nas folhas, mudas, que sobem.

(CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE).

Os versos à epígrafe sintetizam a história da existência terrena de cada um de nós, envolvendo ao longo do tempo vários protagonistas que, aos poucos, chegam, vindos de outras histórias, de lugares distintos, para desempenhar seus papéis em nossas vidas.

Talvez todas as trajetórias ocorrem com a mesma carga de emoção, alegria e tristeza, exatamente porque não são histórias isoladas. São como se fossem fios de uma malha infinita de uma grande história, que nunca terminará de ser contada. Cada um dos fios desse novelo, grande e embaraçado, tem a capacidade de influenciar aqueles que lhe cruzam os caminhos ou que sigam próximos e, ao mesmo tempo, também são por eles influenciados, compondo outras histórias, como canta Renato Teixeira (2007), *"cada um de nós compõe a sua história".*

Nessa travessia, ora na Atenção Básica, ora na Gestão, fomos edificando nossa história vivendo um paradoxo de sentimentos, permeado por alegrias e tristezas, ânimos e desânimos, fortaleza e debilidade, mas, sempre, com o compromisso e a determinação para continuar na luta pelo caminho trilhado, partilhando com vários protagonistas novas histórias, saberes, ensinamentos e aprendizados, "*[...] Pois de tudo fica um pouco,"* nas palavras de Carlos Drummond de Andrade (2000, p. 94).

Nas idas e vindas, fui caminhando a passos firmes em direção à melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde ofertados à população, principalmente, aos hipertensos, por todas as angústias e inquietações vivenciadas e por, mais uma vez, querer provocar mudanças na realidade em que me encontro inserida. Como destaca Fernando Pessoa (2014, p. 152), *"é o tempo da travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre, à margem de nós mesmos"*.

Com efeito, escolhemos trabalhar a comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso, com a alegria e a esperança de aprender mais para trazer novas

contribuições a esse grupo social e por sermos apaixonada pela arte de estudar e pesquisar. A esperança é um impulso natural do ser humano, devendo ocorrer momento das inquietações, pois possibilita lutar contra os empecilhos que entravam o processo de trabalho, a fim de alcançar uma comunicação mais eficaz na produção do cuidado, que é a essência desse trabalho.

O cuidado como uma ação integral é permeado de significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito, com suporte em interações positivas de usuários, com profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008).

A efetivação do cuidado tem-se expressado como um desafio nos usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial, os hipertensos, por estarem relacionadas a diminuição da qualidade de vida, mudanças de hábitos para adesão ao tratamento e comunicação ineficaz. Stefanelli (1993) destaca que a comunicação deficitária no contexto da saúde denota-se como fator limitativo de adesão ao tratamento.

Entre tantos problemas que persistem com essa clientela, tanto pelas experiências vivenciadas no cotidiano do trabalho, como nas pesquisas realizadas ao longo da nossa vida acadêmica e profissional, tivemos o lance de repensar as interfaces envolvidas no processo de trabalho, o que me deixou impulsionada a abordar a comunicação, elemento fomentador para provocar transformações nos agentes sociais envolvidos no processo.

Na comunicação estabelecida com o paciente, podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que atribui aos fatos que lhe ocorrem, tentando ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde (STEFANELLI, 1993).

Em sendo assim, ficamos nos questionando: que comunicação? A comunicação terapêutica! Pela sua importância para um cuidar diferenciado e por contribuir, inquestionavelmente, para a efetiva qualidade no cuidado aos hipertensos. Então, lembrei-me de Fernando Pessoa (2014, p. 102): *“Tudo o que chega, chega sempre por alguma razão [...]”.*

Para isso, nos debruçamos na pesquisa, leitura, estudo, noites de muito estudo, para escrever sobre essa temática que permite maior interação de

profissionais de saúde com hipertensos, visando a ajudá-los no enfrentamento dos problemas decorrentes da doença. Stefanelli e Carvalho (2012), reiteram a ideia de que comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais e enfrentar os desafios à autorrealização.

Percebemos, pois, que a condição essencial para o sucesso no cuidado às pessoas ganha força quando profissionais de saúde se apropriam de processos comunicacionais efetivos, destacando a importância da relação empática, da vinculação, do acolhimento, da constituição de trocas solidárias e do relacionamento interpessoal.

Nessa caminhada de dificuldades e superações, (des)construções e construções, aflorada por sentimentos de alegria, tristeza, dedicação, carinho e outros sentimentos, lembramo-nos da música “A Estrada”, de Cidade Negra (2008), muito *[...] caminhei, pra chegar até aqui, percorri milhas e milhas antes de dormir [...]”.* Então, buscamos outros conhecimentos, numa permanente descoberta de mais saberes e aprendizados, os quais foram aprofundados no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família. E, agora, podemos dizer: Antes um sonho, hoje conquista!

Temos uma vitória na bagagem, pois foram dois anos de dedicação, perseverança, estudo e muito esforço. E outras caminhadas virão, como bem dizia Charles Chaplin (s/d):

> Tua caminhada ainda não terminou
> A realidade te acolhe
> dizendo que pela frente
> o horizonte da vida necessita
> de tuas palavras [...]

Então, tenho que continuar essa caminhada. É preciso!!!

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as modalidades de comunicação utilizadas no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família.
- Identificar os fatores que favorecem e interferem na comunicação terapêutica entre hipertensos e profissionais na Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O CUIDADO COMO ESSÊNCIA NA INTERAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

> O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano... Sem o cuidado, ele deixa de ser humano.
> Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre.
>
> (LEONARDO BOFF).

Nas tendências epidemiológicas recentes relacionadas às DCNT, as doenças cardiovasculares se sobressaem por elevados índices de complexidade de controle, além de um número de mortes crescente a cada ano (BRASIL, 2006a). As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis (BRASIL, 2011).

Efetivamente se enquadra a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que, por ser uma doença controlada não somente com medicamentos, mas também pela adoção de hábitos saudáveis de vida, aumenta o risco de complicações advindo do tratamento incorreto.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. Sua prevalência no Brasil varia de 22% a 44% para adultos (32%, em média), chegando a mais de 50% para pessoas de 60 a 69 anos e 75% naquelas de mais de 70 anos (BRASIL, 2014).

> Os profissionais da Atenção Básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. (BRASIL, 2013a, p. 21).

No nosso país, a reorganização do modelo assistencial desde a AB, tendo como foco a Estratégia Saúde da Família (ESF), fundamentada na atenção integral na perspectiva do cuidado pela clínica ampliada, demanda compreender a singularidade dos sujeitos e o processo saúde-doença nas suas múltiplas dimensões.

A clínica ampliada permite uma assistência mais próxima à realidade individual e coletiva, considerando os planos singular e particular do processo saúde-doença (HADDAD, 2011). Ampliar e compartilhar a clínica significa estabelecer processos de saúde nas relações entre serviços, usuários e familiares, conjunta, participativa e negociadamente (BRASIL, 2009a). Enfatizamos, então, o fato de que esses espaços possibilitam um cuidado integral, acolhedor e promotor da saúde.

Cuidar é a ciência e a arte dos profissionais de saúde direcionados ao usuário, à família e à comunidade, almejando resolver às necessidades de saúde, fomentando a tomada de decisão compartilhada e o avigoramento das relações interpessoais. Para Maturama (2001), é de uma emoção central para a nossa existência como ser humano [...] é a emoção que funda o social e não se esgotou, ele está aí. Se não estivesse aí, não haveria dinâmica social, não estaríamos na aceitação do outro.

Entendemos como uma relação de reciprocidade, carinho, compreensão, troca, partilha, interação de atos produtivos, o que deve compor o campo de prática dos profissionais de saúde para promover a conquista de melhores condições de saúde, estabelecer vínculos e a satisfação dos usuários.

Assim sendo, cuidar é projetar, responsabilizando-se. Aquele que cuida e o que é cuidado, deve-o tomar para si o sentido mais radical de responsabilizar-se pelo cuidado prestado (AYRES, 2004, p. 6).

> Esse processo envolve o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se ela a ação em saúde. Ou seja, o cuidado aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações, trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, forma o processo produtivo da assistência, onde os profissionais põem em prática seus saberes e modos de agir, para interferir no processo de saúde-doença, curando, mantendo e restaurando a vida. (AYRES, 2004, p. 6).

Para cuidar de alguém e criar um vínculo de confiança, torna-se necessário um comportamento empático com atitudes, como olhar diretamente nos olhos, inclinar o tórax, menear positivamente a cabeça enquanto o escuta, além de usar palavras adequadas e compreensíveis (SILVA, 2011).

Para que aconteça esse cuidado, o usuário precisa ter segurança e confiança no profissional que o assiste, para facilitar a adesão ao tratamento e

emergir o efetivo acompanhamento direcionado aos seus problemas de saúde, como bem citam Araújo, Silva e Puggina (2007), o cuidado só é eficaz quando o ser cuidado - o usuário - consente em ser alvo dessas ações, cooperando e aderindo ao plano assistencial planejado pelo profissional.

Isso é corroborado por Silva (2001), quando reforça a ideia de que, para permitir esse cuidado, o usuário precisa sentir-se seguro, confiar no profissional. Esse vínculo de confiança é dependente da comunicação interpessoal, uma vez que só confiamos em alguém quando percebemos coerência e constância entre o que ele diz e o que ele faz.

Aprofundando essa discussão, Backes, Erdmann e Büscher (2009) destacam que, para que aconteça o cuidado, é necessário que exista compreensão, acolhimento, escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, capazes de estabelecer interconexões que envolvem a saúde/doença.

O cuidado permeado pela empatia, atenção, respeito, confiança, envolvimento e coparticipação entre os sujeitos ativos na produção da saúde - profissional e hipertenso, mediante a escuta qualificada possibilita criar outros processos de trabalho, cuja essência é promover qualidade de vida por meio de relações acolhedoras, comprometidas e humanizadoras.

Para Boff (2011), o cuidado é o que se opõe ao descuido e ao descaso, pois cuidar é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Cunha (2008) destaca que o cuidado exige, além do conhecimento, paciência, coragem, doação, solidariedade, ou seja, envolve sentimentos visando preservar o sentido humano da vida, corroborando Castro e Pereira (2011, p. 487), que valorizam as práticas do cuidado,

> Como aquelas que apontam para a ideia do acolhimento, da resolutividade e da formação de vínculo, indo além do atendimento às necessidades biológicas e mais imediatas e alcançando a compreensão da necessidade que o usuário do serviço expressa no processo relacional que aproxima o cuidador do sujeito cuidado. (CASTRO; PEREIRA, 2011, p. 487).

O cuidado constitui-se fator-chave nas relações de assistência à saúde, sendo considerado força humanizante no binômio cuidador-cuidado. Expressa-se interpessoalmente, numa relação recíproca e acolhedora entre os sujeitos que dele partilham.

O espaço do cuidado se estabelece por meio da empatia entre ambos, sujeito que cuida e sujeito que é cuidado, mediante a escuta atenta e de ações concretas (CASTRO; PEREIRA, 2011).

Ressaltamos que o cuidado é intrínseco ao ser humano que deve, desde uma relação dialógica e acolhedora na interação profissional e usuário, buscar melhorias no espaço intercessor - encontro e intervenção, utilizando-se de estratégias flexíveis e potentes que transformem as práticas do cuidado em saúde.

Waldow (2009) reforça a prática reflexiva e a reflexão-na-ação no momento de cuidar, que significa pensar o que se faz enquanto se está fazendo, haja vista que o momento de cuidar se constitui no encontro entre o ser que cuida e aquele que é cuidado.

O direcionamento de nova perspectiva para os hipertensos na ESF, buscando fortalecer o vínculo, o acolhimento e a humanização, torna-se indispensável por evidenciar essa clientela. Lima (2011, p. 25) ressalta que

> O cuidado que se constrói no cotidiano dos serviços proporciona ao usuário com HA a aquisição de uma vida controlada por condutas, vinculada ao discurso disciplinador, marcada por monitoramentos constantes, pela necessidade de controle pautado em abstinências, pela referência clínica do "viver correto", incluindo medicalização da alimentação, da atividade física, dos hábitos de vida em geral.

Ainda parafraseando o autor, a atenção é focada na abordagem queixa-conduta, centrada no saber médico e no ato prescritivo, sem interação de trabalhadores com usuários, anulando a importância dos espaços de fala/escuta na produção do cuidado.

Evidenciamos a necessidade de fortalecer a relação dialógica entre usuários e profissionais da ESF na solução dos problemas que afetam a saúde, especialmente, daqueles com diagnóstico de hipertensão arterial, pensando em estratégias potentes que transformem as práticas do cuidar e proporcionem qualidade de vida.

O diálogo constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, visto que possibilita uma prática comunicativa que provoca na equipe a escuta do outro, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Compreendemos, então, que a produção do cuidado é um dispositivo potente para proporcionar transformações nas práticas de saúde, mediante uma

abertura humana, empática e respeitosa com o usuário, alicerçada pelo vínculo, compromisso, respeito e ética.

Para Santos, Nery e Matumoto (2013), os profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado a usuários com HAS devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos da doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar as ações que efetivem os princípios do SUS.

> A adoção de uma linha de cuidado é importante, com uma rede de serviços que suporte as demandas surgidas e um projeto terapêutico apropriado a cada usuário, onde se valorize a integralidade do cuidado, a articulação intersetorial, as condições e necessidades locais e a autonomia dos sujeitos. (GIROTTO *et al.,* 2013, p. 1771).

Trabalhar na lógica dessa linha possibilita mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde, contribuindo na reorganização dos serviços, na integralidade da assistência à saúde, na autonomia dos usuários e na apropriação de novos saberes que aprimoram as práticas do cuidado. Isso possibilita ganhos promissores na relação de ajuda e na melhoria dos serviços ofertados aos hipertensos, favorecendo a redução das complicações que comprometem a sua saúde.

Malta e Merhy (2010) destacam que o caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência.

No estabelecimento de fluxos e linhas terapêuticas na produção do cuidado, torna-se necessário o uso das tecnologias leves, as quais estão direcionadas às relações, ao vínculo, à escuta sensível, ao acolhimento e à autonomia. Os profissionais que atuam na ESF devem apropriar-se desses meios para que produzam o cuidado, cotidianamente, respeitando-se as subjetividades dos usuários.

A escuta sensível significa a aceitação incondicional do outro, sem barreira ou julgamento, favorecendo a conexão intima e profunda, possibilitadora de atenção de qualidade, aproximadora, holística e individualizada, em função de necessidades especificas expressas pelo usuário, permitindo sua legitimação como sujeito do cuidado (IGNATTI, 2012).

O cuidado produzido pelas ESF aos hipertensos, nem sempre, retrata a valorização dessas tecnologias, sendo marcante o uso das tecnologias 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) que, frequentemente, não representam diminuição da prevalência da hipertensão e melhoria da qualidade de vida dos usuários (ALMEIDA; FERREIRA, 2009; MERHY, 2007).

Santos (2010) destaca que, as tecnologias leves possuem potencial para tornar as ações de saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas, estabelecendo relação de confiança, respeito e compromisso entre os sujeitos, na perspectiva de novos modos de produção em saúde, com maior possibilidade de enfrentamento das diversas situações de saúde.

O uso dessas tecnologias pela ESF alicerça as relações, a confiança e o apoio necessários à produção do cuidado, revitalizando o processo de trabalho e a corresponsabilização dos envolvidos, essenciais na autonomia e no estímulo para o autocuidado.

Dias *et al.* (2015) destacam que a APS, balizada pela integralidade, territorialidade e continuidade com cuidado, é o espaço de possíveis ações sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Acrescem, ainda, que ela potencializa mais espaços que fortalecem o trabalho vivo como tecnologia leve, que produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a saúde.

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde é expressa como ‘relações intercessoras’ que estão na produção do trabalho - descrito como ato de cuidar - e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo (SANT’ANNA; HENNINGTON, 2011). Quando o profissional de saúde depara o usuário no processo de trabalho,

> Estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato”, conhecido como uma interseção partilhada. Neste espaço, segundo o autor, o agente produtor, ou seja, o trabalhador da saúde utiliza-se de suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) na busca da realização de um produto/utilidade necessário pelo consumidor (usuário da saúde) ou população, sem, contudo, reduzi-lo a um mero objeto de sua ação, uma vez que permite que expresse suas intencionalidades, conhecimentos e representações sobre o seu processo saúde-doença. (MERHY, 2007, p. 57).

Parte das transformações na produção do cuidado está na governabilidade dos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família, tendo como sustentáculo o trabalho vivo em ato, sendo percebido por Merhy (2007) e Cecílio (2009), como a ação do próprio trabalhador, por meio de processos relacionais, em cujo encontro entre este e o usuário transitam afetos capazes de produzir cuidado.

> O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados a esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado. (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 3).

O cuidado, por ser considerado uma relação intersubjetiva que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço à negociação e à inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (LOSEKANN, 2013).

Com efeito, é 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 (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

O conhecimento por parte dos usuários sobre o cuidado produzido pela equipe de saúde é fundamental para (re) pensarmos as práticas de saúde dos profissionais da equipe por meio de intervenções organizadas no processo de trabalho, visando a melhorar as condições de saúde da população (NERY *et al.,* 2011).

Esses elementos representam eixos integradores e essenciais à efetivação do cuidado, devendo ser referenciais seguidos por todos os que atuam na Atenção Básica para que os aspectos relacionais sejam produtivos, influenciando, positivamente, no estado de saúde dos usuários, da família e da comunidade.

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 correponsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

O envolvimento dos profissionais com a equipe e os hipertensos fortalece a relação dialógica, bem como vislumbra melhorias no cuidado direcionado a essa

clientela, contribuindo para sua interdependência, independência e gerenciamento da sua saúde.

O comportamento e a conduta de todo ser humano estão pautados no modo como percebe, ou seja, dá sentido aos acontecimentos, sendo preciso comunicar essa percepção e sentido para relações de vínculo e corresponsabilização na assistência à saúde (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

O trabalho dos profissionais das ESF juntos aos hipertensos deve estar direcionado para uma atenção integral que possibilite responsabilidade compartilhada, atitude acolhedora, humanizada e escuta receptiva, a fim de promover mudanças na produção do cuidado.

> A atuação das equipes de saúde da família é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como fundamentos a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social, as relações de vínculo e responsabilização e, principalmente, a promoção da equidade. (BRASL, 2008, p. 40).

O trabalho desenvolvido pelas ESF intenciona a realização de processos relacionais por meio de práticas de intervenção interdisciplinar, produzida por todos os profissionais que compõem a equipe, buscando novas maneiras de se produzir o cuidado aos usuários (MERHY, 2007).

> Para que isso ocorra, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde assumam uma postura capaz de acolher e escutar cada usuário, atentando para as subjetividades que permeiam esse processo, no intuito de suscitar um clima de confiança e respeito mútuo, propulsor de uma interação entre equipe de saúde, família e comunidade suficientemente sólida para que cada encontro entre o profissional e o usuário se torne uma oportunidade de construir modos saudáveis de vida e de transformação social. (SANTOS, 2010, p. 20).

O trabalho da ESF é o elemento chave que propicia à ligação afetiva com o outro, sob a lógica do cuidado, vínculo, empatia, acolhida e humanização na assistência ofertada à pessoa e à coletividade. Para Nery *et al.* (2011, p. 397-398),

> A Estratégia Saúde da Família tem impulsionado a produção do cuidado mediante estabelecimento de vínculo entre família e equipe de saúde, por meio da escuta e participação do usuário no planejamento e intervenções das ações realizadas, apropriando-se do uso de tecnologias em saúde que contribuam para a autonomia do usuário e substitua o ato mecânico e frio do cuidado.

Para Sarti *et al.* (2012), a ESF foi responsável por uma reorientação do antigo modelo de atenção à saúde ao propor um deslocamento do eixo de ação da pessoa e sua doença para o cuidado integral de pessoas em seu contexto familiar e comunitário.

Em sendo de uma doença que se relaciona às Atividades de Vida Diária (AVD) e, desde o estabelecimento do diagnóstico, pode produzir sentimentos de desespero e aflição, diminuindo a potência da pessoa para agir e pensar, impõe-se a necessidade de um cuidado integral à saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Isso requer nova atitude, ou seja, os usuários com DCNT necessitam ter maior entendimento para gerenciar suas vidas, imbuídos num processo longitudinal que promova qualidade de vida e autonomia.

Para fortalecer o processo do cuidar na ESF, necessário se faz o uso da comunicação como elo entre o profissional e o hipertenso, feito possibilidade de potencializar o vínculo, o acolhimento e a humanização na assistência, como bem abordam Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), quando reiteram a ideia de que o estabelecimento de uma relação permeada pelo acolhimento, vínculo e respeito tem o potencial de transformação das práticas e pode impulsionar uma nova dinâmica nos serviços de saúde.

> Entendida como o alicerce de nossas relações interpessoais, o cuidado, nesta perspectiva, associa-se à prática de comunicar-se. A comunicação, em suas variadas formas, tem um papel de instrumento de significância humanizadora e, para tal, a equipe precisa estar disposta e envolvida para estabelecer essa relação e entender que é primordial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado e não passivo a ele. (BROCA; FERREIRA, 2012, p. 98).

O encontro entre quem cuida e quem é cuidado se estabelece no cuidar, sendo permeado pela objetividade técnica do cuidado, pelo conhecimento e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação (FERREIRA, 2006). A autora ainda complementa, exprimindo que a relação estabelecida no encontro entre aquele que cuida e o cliente é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação, conduzindo a interação deles.

No processo relacional, a comunicação é essencial e permite a produção de um cuidado com empatia, humanizada e corresponsabilizada entre os agentes sociais. Para Santos *et al.* (2014), a comunicação, sendo realizada eficazmente,

procura assumir a criação de um vínculo, com base na confiança e no respeito, atendendo integralmente à pessoa.

A comunicação, como capacidade do diálogo entre os trabalhadores da equipe e desses com os clientes, permite que o processo de trabalho constitua instrumento para produzir a corresponsabilidade, a resolubilidade e a autonomia dos clientes para a transformação dos fins em produto (CARDOSO *et al*., 2011).

As trocas comunicacionais devem permear todos os momentos na consulta dos profissionais de saúde, cabendo-lhes interpretá-la, desvendá-la e compreendê-la adequadamente para provocar mudanças e comportamentos benéficos junto aos hipertensos. Ferreira (2006) reforça que a comunicação é a base importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz.

Partindo das premissas de Stefanelli e Carvalho (2012), a comunicação é uma das necessidades humanas fundamental na prestação dos cuidados à saúde, pois sem ela não haveria um relacionamento interpessoal terapêutico de profissionais e usuários.

Esse meio é o alicerce para o investimento nas práticas do cuidado, fortalecendo o vínculo de confiança e ensejando melhoria na qualidade dos serviços ofertados aos hipertensos. Trabalhar as habilidades de comunicação possibilita maior compreensão das linguagens verbal e não verbal, permitindo a equipe de saúde ofertar uma assistência eficaz e efetiva na interação com o usuário, à família e à comunidade.

A atuação da equipe no cuidado ao hipertenso deve estar pautada numa comunicação clara e compreensível, fortalecendo o relacionamento terapêutico e as ações promotoras da saúde, imprescindíveis à oferta de uma assistência integral. No processo comunicacional, deve-se trabalhar sob a óptica das estratégias de comunicação terapêutica para potencializar melhorias nas condições de vida e saúde desses usuários. Avançar na utilização dessas tecnologias possibilita ganhos promissores nas ações da ESF rumo à constituição de espaços acolhedores e humanizados que fomentam vínculos de confiança no cuidado à saúde.

3.2 A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

> A comunicação no âmbito da saúde deve ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e através deste favorece tranquilidade [...], respeito, ética e empatia pela pessoa cuidada.
>
> (TASSIA BRUSCHINI BERTONE).

A comunicação é o meio pelo qual as pessoas interagem umas com as outras, no compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, sendo efetivada pela compreensão da mensagem entre o emissor e o receptor (DAMASCENO *et al.,* 2012). Para Stefanelli (1993), implica compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, influenciando o comportamento das pessoas envolvidas, caracterizando um campo interacional.

Enfatizar o processo comunicacional é desvelar sua relevância como tecnologia leve, que possibilita o estabelecimento de confiança, fortalece a relação interpessoal e recobra a importância de cultivá-la para prestar uma assistência à saúde efetiva e integral. Merhy (2007), destaca que as tecnologias leves utilizam como recurso as relações, mediante as quais se estabelecem o vínculo, o acolhimento e a maneira de gerenciar.

A despeito disso, torna-se necessário utilizar a comunicação que é algo inerente ao ser humano. Braga e Silva (2007) exprimem a ideia de que somos seres de relações e essa compreensão nos conduz a demandar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridos no processo comunicativo.

A comunicação faz parte da vida do ser humano e, na área da saúde, é essencial, na obtenção de valiosas informações para conduta terapêutica, embora, no cotidiano, muitas pessoas tenham dificuldade de se expressar ou de interpretar a linguagem da comunicação (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Partilhando da opinião de Silva (2011), cabe à equipe da ESF conhecer os mecanismos comunicacionais que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao usuário, bem como fortalecer o relacionamento entre os próprios membros da equipe.

Utilizando-se de uma boa comunicação, é possível estabelecer vínculos, laços mais fortes com o paciente e facilitar o diagnóstico e a terapêutica. Além disso,

quando o profissional de saúde possui um bom diálogo, é notória uma relação maior de confiança, em que o paciente passa a ter facilidades na exposição de fatos relacionados com a sua enfermidade (COSTA; SILVA, 2012).

Dias (2015) destacam que, mediante a comunicação, consegue-se criar vínculos com o usuário e a família, além de fornecer um atendimento mais humanitário, voltado especialmente para as mais diversas necessidades de cada cliente.

Machado, Haddad e Zoboli (2010) ensinam que a comunicação na saúde, especialmente na Atenção Básica, abre-se aos profissionais de saúde como uma junção de meios para acionar o trabalho diário.

> O ato comunicativo, enquanto fenômeno interativo e interpretativo revela a relação necessária entre os seres humanos uma vez que é a partir do processo comunicacional que compartilhamos vivências, angústias e inseguranças ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades enquanto seres de relação. (MORAIS *et al.,* 2009, p. 325).

A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes (SILVA, 2011). Para uma comunicação ser efetiva, devem ser levados em conta não somente aspectos verbais, como também não verbais (TESTON *et al*., 2013).

A eficiência no processo comunicativo provoca mudanças esperadas no comportamento das pessoas, por meio do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional (SANTOS; SILVA, 2003). Assim, os profissionais que atuam na ESF devem se comunicar com os usuários, seja de maneira verbal ou não, fortalecendo o diálogo, demonstrando atenção, interesse e cuidado. Ferreira (2006) reforça a noção de que o diálogo é uma das estratégias humanas em que reside o potencial de comunicação.

É fundamental que o profissional proponha o agir comunicativo como instrumento de trabalho, pois este viabiliza a comunicação efetiva entre cliente, família e profissional, possibilitando o estabelecimento de um objetivo em comum (MEIER; NASCIMENTO, 2003). Acrescentam, ainda, que há a valorização do cliente, de seus sentimentos e percepções, bem como dos aspectos saúde-doença.

Seja qual for o modo da comunicação, verbal ou não verbal, ela está sempre na cena terapêutica, veiculando conteúdos conscientes e inconscientes, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorre (STEFANELLI, 1993).

Um dos aspectos que reforçam a ideia de que a capacidade de estabelecer diálogo pode ser aprendida é a observação de que aqueles que se comunicam bem são mais atentos ao que o outro fala, como se movimenta, se expressa por meio verbal ou não verbal, reforçando, assim, a necessidade de interagir com todas as modalidades de expressão do paciente (LEITE; CAPRARA, 2004; COELHO FILHO, 2007).

A comunicação não se reduz à linguagem, menos ainda à linguagem estruturada e codificada numa língua. Ela ultrapassa e é mais eficiente que esse formato, realizando-se no silêncio, no contato dos corpos, nos olhares, nos ambientes (MARCONDES FILHO, 2004). É mais do que uma troca de palavras, pois é dinâmica e permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (BRASIL, 2006b).

A comunicação, procedimento humano pelo qual se emitem e se recebem mensagens, acontece por meio de duas modalidades: comunicação verbal e não verbal.

> Comunica-se com palavras, mas comunica-se com também com o tom de voz, com a postura do corpo, com as expressões faciais. Comunica-se pela palavra, mas também pelos silêncios, pelos gritos ou pela ausência, irresponsabilidade ou omissão. Comunica-se pela expressão de afetos e também de desafetos, ou pela não expressão. Comunica-se pelo corpo e pelo adoecimento. (OLIVEIRA, 2009, p. 21).

O processo comunicativo é um elemento fundamental no trabalho em equipe, pois permite maior aproximação entre cliente-profissional de saúde. Isso possibilita respeito, confiança, empatia e vínculo entre membros da equipe e comunidade, quando ocorre compreensão das mensagens enviadas e recebidas, seja verbal, não verbal e paraverbalmente.

A competência em comunicação interpessoal - verbal e não verbal - é uma habilidade fundamental a ser adquirida, a qual possibilita a excelência do cuidar em saúde (BRAGA; SILVA, 2007).

A capacidade de ouvir e compreender o outro, para que haja uma boa comunicação e interação das pessoas, não inclui somente a linguagem verbal, mas

também os movimentos do corpo, conhecido como comunicação não verbal (SILVA, 2011).

É necessário estarmos atentos às expressões faciais de tristeza, desprezo, nojo ou mau humor, para, então, suavizá-las e não causar constrangimento nos usuários de quem cuidamos (PUGGINA; SILVA, 2009).

A compreensão do processo comunicativo, seja por meio da fala, do olhar, dos gestos, do toque, da expressão facial, do tom de voz, promove a interação e contribui para superação das dificuldades relacionadas ao cuidar. Para Stefanelli (1993) implica entender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, influenciando o comportamento das pessoas envolvidas e caracterizando este campo interacional.

A comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem ao modo de palavras como elementos da linguagem que usamos para nos comunicar (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

> O primeiro aspecto a ser considerado, na comunicação verbal, quando a fala é normal, é a clareza quanto àquilo que desejamos informar. Quando interagimos verbalmente com alguém, estamos, basicamente, tentando nos *expressar* (transmitir), *clarificar* um fato (entender um raciocínio, uma ideia, uma postura, um gesto, um comportamento que esteja acontecendo no momento) ou *validar* a compreensão de algo (verificar se a compreensão está correta e se nos fizemos entender). (SILVA, 2011, p. 31-32).

Depreende-se, portanto, a importância da comunicação verbal na interação de profissionais de saúde e usuários, ajudando na exposição de suas ideias e experiências com outras pessoas, contribuindo para validar os significados inerentes aos assuntos abordados.

Broca e Ferreira (2012) reforçam a noção de que, para haver sucesso no processo comunicativo, é preciso que se tenha clareza das mensagens transmitidas, sendo necessário ter uma linguagem, escrita ou falada, compatível entre os sujeitos envolvidos nas trocas comunicacionais.

No ato de se comunicar, destaca-se, também, o papel da comunicação não verbal, que necessita do reconhecimento pelos profissionais de saúde por estar envolvida por gestos, expressões e significados durante o processo relacional. Sua compreensão permite o desempenho adequado das mensagens transmitidas.

A comunicação não verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite à pessoa não

somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

> A comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro de seu contexto específico. (SILVA, 2011, p. 15).

É oportuno enfatizar a ideia de que, quando o profissional de saúde atende um usuário, deve atentar para os distintos tipos de comunicação não verbal, entendendo os significados, expressões e manifestações do corpo para compreender o processo comunicativo.

> **Cinésica**, também conhecida como a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimento dos membros, meneios com a cabeça, até expressões sutis, como as faciais; **Proxêmica**, estuda os espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interação. Destaca-se, aqui, dois conceitos muito importantes: o espaço pessoal, representando o quanto nosso corpo aguenta a proximidade de alguém; e a territorialidade, área que o indivíduo determina como sua, defendendo-a de outras pessoas; **Tacêsica**, estuda o toque, não só como instrumento de sensação, mas também como expressão de afetividade. Na saúde, tem-se os toques instrumental, expressivo ou afetivo e terapêutico. O toque instrumental relaciona-se ao contato físico necessário para a realização de uma tarefa específica, como verificar a temperatura. O toque expressivo ou afetivo retrata o contato espontâneo e afetivo para demonstrar carinho, empatia, apoio e segurança ao paciente. O toque terapêutico designa o uso das mãos como técnica terapêutica; **Paralinguagem ou paraverbal**, estuda o tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, os grunhidos que utilizamos ao falar, o silêncio. (STEFANELLI; CARVALHO, 2012, p. 53; SILVA, 2011, p. 33).

Silva (2011) exprime as funções básicas da comunicação não verbal nas relações interpessoais: **complementar à comunicação verbal,** reforçando, reiterando ou complementando, mediante o sinal não verbal, o que foi dito verbalmente; **substituir a comunicação verbal**, por via de sinais que substituam palavras; **contradizer o verbal** - quando o sinal não verbal não é em relação ao que foi dito verbalmente; e **demonstrar sentimentos** - pelas expressões faciais. Em complemento, a autora destaca que estudar o não-verbal é recobrar a capacidade do ser humano em perceber com precisão sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização das pessoas, além de ajudar a potencializar a comunicação da pessoa, principalmente, no que diz respeito ao seu modo de transmitir a mensagem.

É perceptível, então, a importância do emprego da comunicação verbal e não verbal na Atenção Primária à Saúde (APS), por constituir um dos pilares imprescindível no cuidado à saúde. Isso pode ser corroborado por Almeida e Ciosak (2013), quando relatam que a ESF é o solo fértil para concretização das ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, sendo necessária a articulação de saberes relacionados às formas verbais e não verbais de comunicação.

Starfield (2004) relata que este nível de atenção no Brasil é o *locus* de cuidado estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS). É por meio das ações da APS que se tem a completa constituição e implantação do SUS, tornando-se uma realidade prioritária de ensino e pesquisa em habilidades de comunicação.

Falar sobre a APS é destacar a importância do diálogo permeado pela comunicação terapêutica para maior aproximação entre o cuidador e o cuidado, pois, como reiteram Stefanelli e Carvalho (2012), necessário se faz o uso consciente da competência em comunicação humana para o bem-estar de quem necessita de cuidado à saúde, quaisquer que sejam seu local de atendimento e os resultados esperados.

O diálogo, além de ser uma conversa entre duas pessoas ou mais, indica que houve a comunicação e a troca de ideais. Também estão envolvidos o encontro, o relacionamento, a presença e o chamado - resposta (SILVEIRA; CAMPOS; FERNANDES, 2008). Utilizar-se do arsenal teórico das comunicações verbal e não verbal aprimora as ações de saúde e a relação terapêutica com o usuário, perfazendo o caminho para um maior conhecimento da comunicação terapêutica na APS, que enseja relações interpessoais humanizadas, favorece a adesão ao tratamento e melhora a prática do cuidar.

> 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. (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006, p. 111).

Efetivamente, pois, a comunicação terapêutica é a condição básica para que se constituam relações interpessoais de segurança e sensibilidade na atenção à saúde. Uma comunicação clara e apropriada é benéfica na adesão ao tratamento e

no entendimento da equipe, entre si e com os usuários e famílias (BERTACHINI, 2012).

> Urge destacar que a comunicação terapêutica consubstanciada na linguagem verbal e não-verbal contribui para a prática de um cuidado humano e propícia um espaço de aprendizagem para o paciente. Assim, possibilitará maior aproximação entre paciente e profissional de saúde, pautada em uma relação de confiança. (MORAIS *et al.,* 2009, p. 326).

Para Stefanelli e Carvalho (2012), é da competência do profissional de saúde usar o conhecimento sobre a comunicação humana para estabelecer uma relação de ajuda ao outro, de maneira que possa descobrir e utilizar sua capacidade para enfrentar os desafios e ajustar-se ao que não pode ser mudado. O entendimento de Valverde (2007) segue a mesma direção, conceituando-a como a comunicação que ocorre em uma relação onde uma pessoa desempenha o papel de ajudar a outra.

A apropriação desse meio no cuidado ao paciente na ESF, na visão de Stefanelli e Carvalho (2012), favorece a integração do ser pessoa com o ser profissional, sendo essencial no cuidado humanitário. E Valverde (2007) acrescenta a importância do profissional pensar desde um enfoque terapêutico, refletindo sobre o quê, o porquê e o para quê do que faz e diz o paciente.

A interação dialógica do cuidador com o ser cuidado se exprime como uma possibilidade de elaboração de práticas assistenciais humanizadas; logo, é inegável a relevância da comunicação como a mola impulsionadora no que concerne à humanização do cuidado (MORAIS *et al.,* 2009). Acrescem, ainda, a ideia de que somente acontece a comunicação terapêutica porque existe a interação envolvendo troca, colaboração e compartilhamento de informações expedidas e recebidas entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

Para isso, necessário se faz trabalhar com os elementos constitutivos da comunicação terapêutica destacados por Valverde (2007), a saber: o pensamento terapêutico, a empatia, a escuta, a atenção às emoções do usuário, o acompanhamento deste em suas reflexões, a ajuda para aumentar sua dignidade, a autorreflexão e a auto-observação.

Stefanelli e Carvalho (2012) reiteram, também, a noção de que sentimentos como a empatia, o respeito mútuo e a confiança interferem beneficamente no processo de comunicação, sendo componentes básicos da comunicação terapêutica.

Pelo fato de o estudo realizar-se na Atenção Básica, optamos por empatia, respeito mútuo, confiança, escuta receptiva e acompanhamento do paciente em suas reflexões. Os profissionais atuantes nas ESF devem se apropriar desses elementos para melhor redirecionamento das ações voltadas aos agravos à saúde, principalmente, das DCNT como a HAS, pois um dos fatores do controle inadequado dessa doença se relaciona à falta de adesão do hipertenso ao tratamento.

A compreensão dos afetos alheios decorre, então, da empatia do profissional, cujo desenvolvimento demanda autoconhecimento e a capacidade de identificar as manifestações verbais ou não verbais, explícitas ou contraditórias, do sofrimento de outrem (SCHOLZE; JÚNIOR; SILVA, 2009).

> A empatia é um componente de valor extremo no estabelecimento de uma relação terapêutica, uma vez que objetiva ajudar ao usuário. A capacidade de empatia está intimamente ligada a capacidade de envolvimento emocional, confiança e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento entre pessoas. (STEFANELLI; CARVALHO, 2012, p. 71-72).

Falar de respeito mútuo é tratar o usuário como o profissional gostaria de ser tratado, com todos os direitos de um ser humano, que é sujeito de sua vida e centro do sistema de saúde (VALVERDE, 2007). Outro elemento importante é a confiança que, segundo Stefanelli e Carvalho (2012), se refere a um sentimento que permite que a pessoa aprenda a lidar com o mundo e resolver problemas. Inclui respeito, honestidade, consciência, fé e esperança.

Nos aspectos relacionais, trabalhar a escuta é fundamental na comunicação terapêutica, permitindo a criação de ambientes favoráveis na relação interpessoal, permeada por atos de atenção, respeito e confiança, o que favorece o estabelecimento de vínculos e a compreensão das necessidades de saúde dos hipertensos.

> Por meio da escuta receptiva, a partir do que o usuário diz e como diz, o profissional pode elaborar cuidados que lhe proporcione melhor qualidade de vida. Ao falar de sua experiência, o usuário, por meio da escuta de sua própria narrativa, pode entender como vê o seu problema de saúde, como esta situação influencia sua vida e de sua família, podendo se tornar capaz de indicar um processo de adaptação às mudanças frente a essa nova realidade. (VALVERDE, 2007, p. 67).

Ainda parafraseando a autora, acompanhar o paciente em suas reflexões é propiciar à pessoa de quem cuidamos uma reflexão sobre sua situação de saúde e

as maneiras de melhor viver com ela. Para isso, é primordial acreditar no que esta fala, devendo mostrar compreensão e empatia.

Na utilização desses componentes junto aos usuários de doença crônica ou transtorno outro que exige cuidados mais prolongados que experimentam uma gama de fenômenos, sentimentos, pensamentos e reações, ocorre uma interferência benéfica no processo de comunicação (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Para a continuidade ao cuidado, os profissionais de saúde devem aliar esses elementos às estratégias de comunicação terapêutica para proporcionar bem-estar ao paciente, atender as necessidades em todas as suas dimensões e fortalecer as relações interpessoais, essenciais para o desenvolvimento de uma assistência à saúde acolhedora e humanitária.

Silva (2011) e Stefanelli e Carvalho (2012) desenvolveram várias estratégias ou técnicas de comunicação terapêutica, representadas didaticamente, em três grupamentos: expressão, clarificação e validade.

As estratégias que compõem o primeiro grupo - expressão - destaca a ajuda ao outro, demonstrando ou exteriorizando ideias e sentimentos, descrevendo fatos vivenciados. Levando em consideração a Atenção Básica, destacam-se:

> 1. Ouvir reflexivamente; 2. Usar terapeuticamente o silêncio; 3. Verbalizar aceitação; 4. Verbalizar interesse; 5. Usar frases reticentes ou em aberto; 6. Repetir o comentário feito pelo paciente; 7. Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente; 8. Introduzir problema relacionado; 9. Fazer perguntas; 10. Fazer pergunta relacionada ao que o paciente disse; 11. Direcionar a pergunta feita pelo paciente para a pessoa dele (devolver a pergunta); 12. Usar frases descritivas; 13. Manter o paciente no mesmo assunto; 14. Permitir ao paciente que escolha o assunto; 15. Colocar em foco a ideia principal; 16. Verbalizar dúvidas; 17. Dizer não; 18. Estimular a expressão de sentimentos subjacentes (verbalizar o implícito); e 19. Usar terapeuticamente o humor. (STEFANELLI; CARVALHO, 2012, p. 83).

Ainda citando as autoras, o segundo grupo - clarificação - instrumentaliza o profissional a esclarecer, favorecer o entendimento do que o paciente intenta expressar, ou seja, explicitar a mensagem emitida pelo usuário. Destacando a Atenção Básica, o grupo aborda: 1. Estimular comparações; 2. Solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns; 3. Solicitar ao paciente que precise o agente de ação; e 4. Descrever os eventos em sequência lógica.

As mesmas autoras exibem o terceiro grupo - validação - que possibilita apurar a existência de significação comum da linguagem expressa, ou seja, permite ao profissional averiguar que a mensagem expressa pelo paciente foi corretamente

compreendida. Tendo em vista a Atenção Básica, grupo focaliza: 1. Repetir a mensagem do paciente; 2. Solicitar ao paciente para repetir o que foi dito; e 3. Sumarizar o conteúdo da interação.

Trabalhar as técnicas de comunicação terapêuticas favorece maior interação do profissional com o usuário, permitindo que as trocas comunicacionais sejam compreendidas e direcionadas, contribuindo para uma assistência holística e humanizada. Stefanelli e Carvalho (2012) reiteram a noção de que, todos os que trabalham com serem humanos devem possuir conhecimento sobre comunicação humana e comunicação terapêutica.

> O profissional de saúde há de empenhar-se no aprendizado das técnicas e estratégias de comunicação. Esse aprendizado constitui um processo dinâmico, no qual o aperfeiçoamento se conquista cotidianamente pelo esforço e pela dedicação motivados pela compreensão de que ao outro inclui a busca do próprio aprimoramento. (MACHADO, 2011, p. 30).

A comunicação terapêutica é um instrumento fundamental no cuidado ao hipertenso na ESF, destacando as múltiplas dimensões do ser humano, agregando saberes para trabalhar com a singularidade de cada pessoa e fortalecer as práticas do cuidar, por meio de um diálogo respeitoso, aberto e compreensivo.

> A Estratégia Saúde da Família traz como proposta a criação de vínculo entre equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, por meio de uma relação de diálogo que se desenvolve entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. Neste cenário, a comunicação, além de meio de veiculação das ações educativas, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço. (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006, p. 136).

Quando ocorre um comportamento empático, acolhedor e humanizado por meio da comunicação interpessoal adequada, percebe-se na sua essência o cuidado que contribui na melhoria da qualidade da assistência ofertada aos hipertensos, indo ao encontro de Oriá, Morais e Victor (2004), quando destacam que a comunicação ocorre numa relação terapêutica e deve ser praticada em toda e qualquer interação.

> A relação terapêutica pode proporcionar o desenvolvimento do autocuidado no paciente. Dessa relação, pode surgir um interesse participativo do paciente, tornando-se um agente operante no seu processo saúde-doença e não um ser passivo. Ele passa a ter independência e a adquirir responsabilidades na sua recuperação. (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008, p. 316).

Ainda pautado nessas autoras, o cuidado não existe sem comunicação entre o profissional de saúde-equipe e profissional de saúde-usuário. Assim, a abordagem inicial da pessoa com HAS deve ser desenvolvida e sustentada pela comunicação terapêutica, ajudando na efetivação do vínculo, necessário à continuidade da prática do cuidar. Vidal, Adamuz e Feliu (2009) enfatizam que, na comunicação terapêutica, o paciente é o protagonista, que fala, e o profissional aquele que ouve e o acompanha em seu processo de produção.

Isso é sustentado por Stefanelli (1993), quando destaca que essa abordagem de comunicação cria oportunidade de aprendizagem para o usuário, despertando sentimento de confiança entre o usuário e o profissional de saúde, possibilitando-lhe experienciar a sensação de segurança e satisfação.

Para isso, torna-se essencial que a equipe de saúde desenvolva a sua percepção e sensibilidade, para aproximar-se do outro e possibilitar a expressão plena do que comunica e do que é comunicado, refletindo-se em um cuidado diferenciado (OLIVEIRA *et al.,* 2006).

> Por meio da comunicação terapêutica o usuário se sente acolhido. Cria-se uma relação de confiança, favorecendo a revelação do outro. Nesse momento, é possível vislumbrar o estabelecimento de ações efetivas em direção ao tratamento, a partir da individualização do cuidado. (HADDAD, 2011, p. 85).

É um expediente que viabiliza a qualidade da assistência prestada ao usuário nos serviços de saúde (HADDAD, 2011). Com efeito, a interação dos elementos e estratégias de comunicação terapêutica pelos profissionais da ESF permitem transformações benéficas, preservam e restauram a saúde dos hipertensos, bem como ofertam uma atenção integral e humanizada às suas necessidades de saúde quando atendidos nas unidades básicas de saúde.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Todos perdem quando não
usamos a pesquisa na prática.

(GERARD VERGNAUD)

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa dos dados.

A abordagem qualitativa é ressaltada sem, contudo, tangenciar os elementos quantitativos. Baseada em pequenas amostras que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema (MALHOTRA, 2006; TOBAR; YALOUR, 2001). Os autores citados complementam, desvelando que a eleição do uso combinado ou não se dará em razão da necessidade de gerar dados que ampliem e aprofundem conhecimentos sobre o tema em estudo. Acrescem, ainda, a ideia de que esse tipo de metodologia de pesquisa procura usar abordagens nem sempre possível ou conveniente para obter respostas às informações dos respondentes; pode-se quantificar dados e geralmente aplica-se alguma forma de análise estatística. A combinação dos dois tipos pode fornecer uma compreensão muito rica que pode auxiliar na formulação de estratégias de produção de conhecimentos bem-sucedidas.

O trabalho de campo é uma etapa imprescindível da pesquisa qualitativa, pois,

> [...] no campo, os sujeitos fazem parte de uma realidade de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo amplo de construção de conhecimentos. (MINAYO, 2014, p. 125).

Ela se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes, tendências comportamentais (LAKATOS; MARCONI, 2010). Assim, optamos por esse tipo de pesquisa em razão da oportunidade de aduzir contribuições na mudança, na criação ou na formação de opiniões de determinado grupo, permitindo, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dessas pessoas (GIL, 2010).

Com efeito, utilizamos o discurso amoroso, retratado por Barthes (2003), que revelou a importância do papel da comunicação na roteirização do laço amoroso. O autor complementa, exprimindo que, essa comunicação é uma dimensão interpessoal que auxilia na constituição do sentimento amoroso.

Este espaço de múltiplas dimensões permite um comportamento empático e cordial, respeitando a singularidade e a subjetividade dos sujeitos, transcendendo a fala e perpassando a linguagem dos gestos, do corpo e da expressão do olhar. E, citando Roland Barthes (2003, p. 115), *“a linguagem me parece pusilânime: sou transportado para fora da linguagem [...]”.*

Sob tal perspectiva, almejamos aprofundar os conhecimentos em torno das trocas comunicacionais no cuidado aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de despertar nos profissionais de saúde a importância da utilização das estratégias de comunicação terapêutica na dinâmica do processo de trabalho e na essência das relações interpessoais.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com hipertensos da Estratégia Saúde da Família Sede, na cidade de Salitre-CE, no período de abril a maio de 2016.

Salitre foi desmembrado de Campos Sales e elevado à categoria de município pela Lei N.º11.467, de 30 de junho de 1988. Teve como fundadores, os senhores Francisco Pereira de Souza e Antônio Leite de Alencar, resultado do adensamento do arrumado que se formou em torno da capela de São Francisco de Assis, construída em 1938.

Figura 1 – Vista aérea da Sede de Salitre - CE

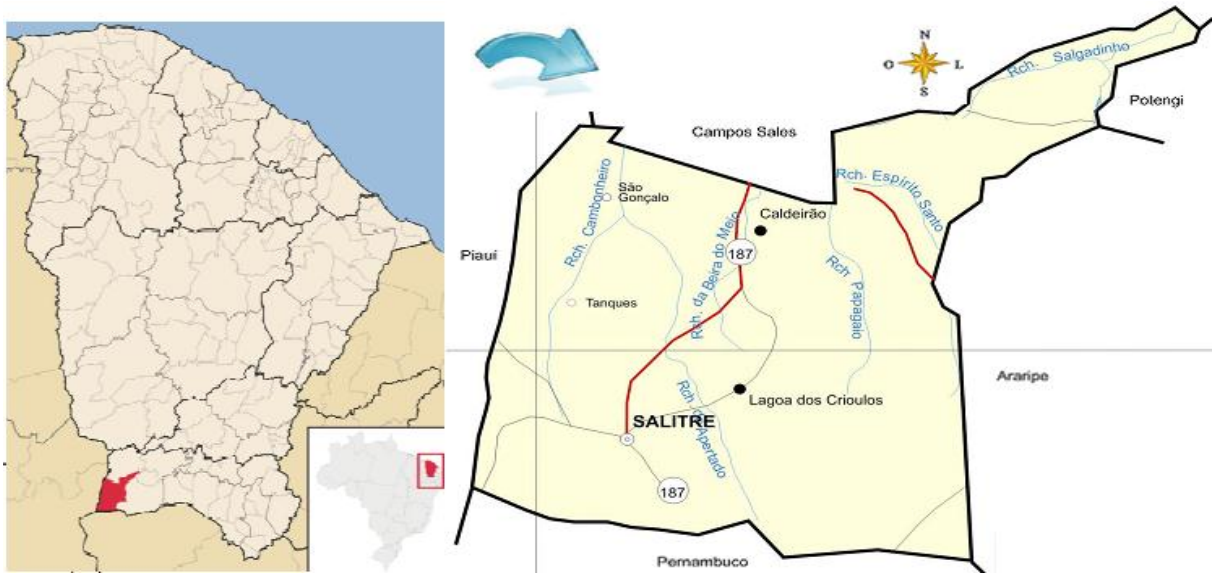
Fonte: Salitre, 2015.

Seu nome originou-se de uma mina de salitre (nome dado ao nitrato de sódio oriundo de grandes jazidas naturais), existente no sopé da Chapada do Araripe, descoberta por viajantes que faziam a travessia entre o Município do Crato, Estado do Ceará, para o vizinho Estado do Pernambuco. Segundo os moradores mais antigos, na exploração da mina de Salitre, extraía-se o minério que se utilizava na fabricação de fogos de artifício.

Possui uma população estimada de 16.070 habitantes e dista da Capital do Ceará, Fortaleza, 585 km. O acesso pelo Município pode ser feito pelas rodovias - CE 060, 375, 284, 371 e 187. Situa-se na mesorregião do Sul Cearense e microrregião Araripe.

Possui área de 889,82 km² e está a 600 m de altitude. Suas coordenadas geográficas são 7º 17’ 05” de latitude e 40º 27’ 26” de longitude. Limita-se com os seguintes municípios: Potengi, Campos Sales e Estado do Piauí ao norte; Estado de Pernambuco ao sul; Araripe e Potengi ao leste; Estado do Piauí ao oeste, conforme visualizado na Figura 2 (IBGE; IPECE, 2014).

Figura 2 – Município de Salitre, mostrando a localização no Estado e os limites



Fonte: Adaptação, Wikipédia (2015); Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE (2014).

O relevo se caracteriza por depressão sertaneja - Chapada do Araripe. O solo é latossolo vermelho-amarelo e podzólico vermelho-amarelo. A vegetação é de floresta caducifólica espinhosa e carrasco. (FUCEME; IPECE, 2014).

A Tabela 1 traz os componentes ambientais do Município.

Tabela 1 – Componentes ambientes de Salitre - CE

RELEVO	SOLOS	VEGETAÇÃO	BACIA HODROGRÁFIA
Depressão Sertaneja, Chapada do Araripe	Latossolo Vermelho-Amarelo, Podzólico Vermelho-Amarelo	Floresta Caducifólia Espinhosa, Carrasco	Alto Jaguaribe

Fonte: Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos - FUNCEME; Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE (2014).

Em relação aos acidentes geográficos, podemos citar os riachos Cambonheiro, Apertado, Baixa do Meio, Papagaio e Espírito Santo (SOUSA, 2015). Seu clima é tropical quente e semiárido, mas a temperatura é amena.

Os índices de desenvolvimento do Município de Salitre, em relação ao Estado e aos demais municípios cearenses, estão explicitados na Tabela 2.

Tabela 2 – Índices de Desenvolvimento de Salitre - CE, 2009 e 2010

ÍNDICES	VALOR	POSIÇÃO NO RANKING
Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) - 2010	14,40	165
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - 2010	0,540	184
Índice de Desenvolvimento Social de Oferta (IDS-O) - 2009	0,345	148
Índice de Desenvolvimento Social de Resultado ((IDS-R) - 2009	0,386	182

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE (2014) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2010).

Em relação aos dados no PNUD (2010), o IDH desagregado revela que o IDH Longevidade (índice de 0,732) é o que mais contribui positivamente para o Município, seguido do IDH Renda (índice 0,497) e do IDH Educação (índice de 0,442). O período analisado refere-se ao ano 2010.

No Município, o IDH expressa nível médio (intervalo 0,500-0,800) nos três níveis que variam de baixo a alto. Conforme critérios do PNUD (2010), a avaliação do índice indicará maior desenvolvimento quanto mais próximo estiver de 1.

Em termos administrativos, o Município está dividido em oito secretarias municipais; de Saúde, Educação, Obras, Administração, Meio Ambiente, do Trabalho e Desenvolvimento Social, Transportes e Secretaria de Cultura, Juventude e Turismo.

A Atenção Básica foi implantada no Município em 2000, substituindo, gradativamente, o modelo de saúde até então vigente, com vistas a ampliar a extensão da sua cobertura, em decorrência dos novos direcionamentos expressos à saúde do País.

Atualmente, está organizada com sete equipes de Saúde da Família (eSF): Alto Alegre, Caldeirão, Pau d'Arco, Lagoa dos Crioulos, Roncador, Sede e Serra do Salitre, com uma cobertura de 100% da população; quatro equipes de Saúde Bucal (eSB): Alto Alegre, Caldeirão, Lagoa dos Crioulos e Roncador; e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para dar suporte matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família.

Salitre está inserido na macrorregião do Cariri e na 20ª microrregião de Crato, juntamente com os demais municípios da Região, de acordo com a Figura visualizada abaixo:

Figura 3 – Localização do Município de Salitre na Região

Fonte: 20ª Coordenadoria Regional de Saúde (20ª CRES), Crato, Ceará.

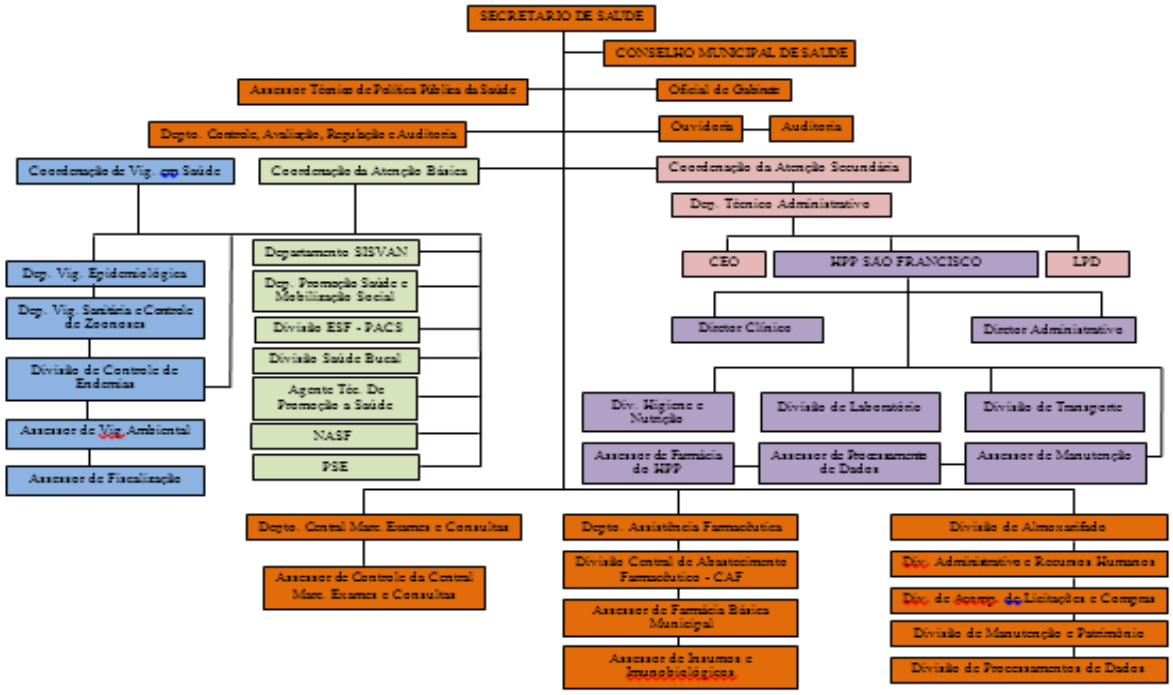
O Sistema Municipal de Saúde denota capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário de saúde. Além das eSF, eSB e NASF, dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório de Prótese Dentária (LPD), especialistas na área de Cardiologia, Gineco-Obstetrícia e Ultrassonografia, bem como um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Básico, além do Hospital de Pequeno Porte (HPP) com uma Sala de Estabilização (SE), raio-x, laboratório de análises clínicas e um centro de Fisioterapia.

O Município de Salitre procura assegurar a integralidade da assistência, por intermédio dos equipamentos próprios, conveniados/contratados e das referências pactuadas à Policlínica Bárbara Pereira de Alencar, em Campos Sales, à Microrregional do Cariri, no Crato, e à Macrorregião Cariri, em Barbalha.

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde está demonstrada na Figura 4.

Figura 4 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Salitre - CE



Fonte: Salitre, 2015.

4.2.1 *Locus* da pesquisa

O local da pesquisa foi a Estratégia Saúde da Família Sede. A equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 1.205 famílias, tendo 4.084 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SALITRE, 2015), sendo 1.975 do sexo masculino e 2.109 do sexo feminino. Dessa população, no momento da pesquisa, contava 419 hipertensos.

Minayo (2010) destaca que o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou uma pergunta, bem como

estabelece uma interação com os “atores” que configuram a realidade, possibilitando constituir um importante conhecimento empírico.

A opção pela equipe deu-se pela facilidade de acesso, rentabilidade de tempo e conhecimento do ambiente e da dinâmica de trabalho, pela experiência já vivida nesta unidade de saúde. Atualmente, estamos inserida na Estratégia Saúde da Família do bairro Alto Alegre, onde evitamos fazer a pesquisa para não incorrer no risco de tendenciosidade.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) está em um território que agrega escolas do Ensino Infantil, Fundamental e Médio, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), brinquedoteca, igrejas, secretarias municipais e participação efetiva da comunidade nas ações de saúde promovidas pela equipe, que realiza atividades em grupo com os diversos ciclos de vida.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos em Enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia, nove agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de serviços gerais e um motorista.

Os serviços oferecidos são: acolhimento, pré-natal, puericultura, consulta médica e de Enfermagem, visitas domiciliares, administração de medicamentos, imunização, nebulização, dispensação de medicamentos básicos, prevenção do câncer do colo de útero e de mama, acompanhamento do hipertenso e diabético, encaminhamento para especialidades, dispensação de preservativos e contraceptivos, educação em saúde, planejamento familiar, tratamento odontológico, acompanhamento de tuberculose e hanseníase, curativo, teste do pezinho, antropometria, suplementação de vitamina A, combate à desnutrição, atendimento ao portador de deficiência, dentre outros. São realizadas reuniões com a equipe para avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde.

A UBASF Sede passou por uma reforma, ampliando sua estrutura física com consultórios médico, de Enfermagem e odontológico, sala de recepção para os usuários, sala de vacina, sala de reuniões, sala de curativos, farmácia, sala de central de material e esterilização, banheiros, dentre outros. Conta com outros dois consultórios para atendimento dos profissionais do NASF, que prestam serviços de Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia.

No que se refere ao saneamento básico, segundo os dados do SIAB (2015), 15,52% famílias acompanhadas pela equipe possuem abastecimento de

água proveniente da rede pública; 57,10% de poço ou nascente e 97,01% famílias possuem energia elétrica em sua residência. No que concerne ao tratamento da água, 40,25% realizam a cloração; 35,68% a filtração; 10,71% a fervura e 13,36% fazem uso sem tratamento.

A recolha de lixo é realizada por coleta pública, 79,59% três vezes por semana; 9,98% queimam ou enterram o lixo doméstico e 10,54% deixam a céu aberto. Dentre as famílias, 7,14% possuem sistema de esgoto; 84,15% fossa e 8,71% deixam a céu aberto fezes e urina.

Quanto à escolaridade das famílias cadastradas, 86,57% de crianças com idade de sete a 14 anos frequentam a escola e 88,04% de 15 ou mais anos são alfabetizadas. Quanto ao tipo de moradia, 100% famílias vivem em casa de tijolos.

No tocante aos atendimentos de saúde, a ESF Sede realizou, no ano de 2014, a média de consultas médicas/mês 1,03; 524 atendimentos de enfermagem/mês e 9.991 visitas domiciliares (SALITRE, 2014). Nesse período, não houve atendimentos odontológicos por não ter implantada a saúde bucal na unidade em estudo.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa envolveu os hipertensos da equipe Saúde da Família Sede do Município de Salitre-CE.

Escolhemos os hipertensos, buscando melhorar a adesão ao tratamento, utilizando-se das estratégias da comunicação terapêutica, tendo em vista ser uma doença onde muitos usuários não fazem as mudanças necessárias em seu estilo de vida, nem tomam medicações ou se esquecem de tomá-las para seu controle.

O critério de escolha da amostra em pesquisa de natureza qualitativa não é numérico, embora o pesquisador, muitas vezes, precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas (MINAYO, 2014). Para obtenção da amostra, empregamos as técnicas de amostragem não probabilística e acidental.

> A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra e acidental porque consiste em escolher indivíduos, pelo fato da sua presença, num local determinado e num preciso momento. (FORTIN, 2009, p. 319).

Na seleção dos participantes, obedecemos aos critérios de inclusão e exclusão que, segundo Fortin (2009), são determinadas, com a ajuda de critérios, as características que se tenciona encontrar nos elementos da amostra.

Para participar da pesquisa, os usuários deveriam preencher os critérios de inclusão:

1. Serem cadastrados.
2. Residirem na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
3. Serem hipertensos.
4. Terem acompanhamento regular por, pelo menos, seis meses consecutivos.

Os critérios de exclusão:

1. Apresentarem perturbações cognitivas.
2. Serem acamados.

Tais critérios foram estabelecidos como necessidade da pesquisa em analisar situações de encontro e acompanhamento regular e contínuo entre equipe de saúde e hipertensos. Para vislumbrar uma possível comunicação terapêutica, o encontro interpessoal deve ocorrer com frequência, não esporadicamente.

Para isso, efetuamos visitas à UBASF Sede para solicitar à equipe consulta nos prontuários, com o intuito de garantir que fossem obedecidos os critérios predefinidos, após a autorização oficializada pelo Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE A). Posteriormente, realizamos contato pessoal com os hipertensos para tecer informações sobre a pesquisa. O levantamento documental facilita a caracterização da instituição e servirá de fonte para possíveis contrapontos e associações com os dados obtidos nas fontes primárias (PÁDUA, 2009; TURATO, 2011).

A amostra representa a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, um subconjunto dos elementos ou sujeitos tirados da população, convidados a participarem do estudo (FORTIN, 2009).

No estudo, não tencionamos ter uma amostra representativa, mas sim aquela que proporcionasse maior riqueza de dados correlacionados com os objetivos. Polit, Beck e Hungler (2004), defendem a posição de que a importância da amostra é centrada, fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam experiências individuais ou específicas de cada sujeito. Acrescem, ainda, o fato de que o investigador pode determinar um número mínimo de participantes, uma vez

que a representatividade da amostra apenas diz respeito aos dados e não ao número de pessoas.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados, tarefa importante na pesquisa, envolve passos, como a delimitação da população a ser estudada, a elaboração do instrumento de coleta, a programação da coleta e também os dados e a própria coleta (CERVO; BERVIAN, 2002).

Com efeito, com a população delimitada, recorremos à técnica de observação sistemática não participante.

> Na observação sistemática, o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para a organização e registro das informações. Na observação não participante, o pesquisador toma contato com a comunidade, o grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora. Presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de expectador. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 104-105).

Em complemento, Minayo (2014) reforça a ideia de que essa é a técnica propícia para se captar a realidade empírica, sendo uma parte fundamental do trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa.

Na coleta de dados, empregamos como instrumento um *check list* elaborado para a observação, contendo os grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica: expressão, clarificação e validação, adaptado por Stefanelli e Carvalho (2012) (ANEXO A).

A observação ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais as pessoas não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (LAKATOS; MARCONI, 2010). Além disso, o pesquisador tem contato mais direcionado com a realidade.

Esse método de investigação foi realizado durante as consultas médica e de Enfermagem com os hipertensos na UBASF Sede. Antes de começar a observação, realizamos contato inicial com os hipertensos, explicitando a natureza do estudo e sua finalidade.

Essa técnica de coleta de dados foi utilizada para analisar, de modo mais amplo, as trocas comunicacionais na dinâmica do trabalho desses profissionais junto

aos hipertensos, como um processo que se traduz no cuidado com função terapêutica, fundamentado por empatia, respeito, confiança, escuta receptiva e acompanhamento do paciente em suas reflexões.

> Observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um amplo objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação é vital para o estudo da realidade e de suas leis. Sem ela, o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido à simples conjetura e adivinhação. (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 27).

Na observação sistemática não participante, o observador pode realizar anotações dos fatos observados para, posteriormente, estabelecer relações entre os dados anotados e a análise da situação. O principal instrumento de trabalho da observação é o diário de campo (MINAYO, 2010). Na coleta de dados, recorremos a esse instrumento, seguindo-se de um roteiro para apreender e anotar os fatos que foram surgindo durante a pesquisa (APÊNDICE E).

Fiorentini e Lorenzato (2009), reforçam o argumento de que o diário é um dos instrumentos mais ricos de coleta de informações, registrando, de maneira detalhada e sistematizada, acontecimentos, rotinas e conversas, que contribuirão para a análise das ocorrências.

As anotações permitem a inclusão dos fatos observados, como gestos, expressões, falas e comportamentos, contribuindo para melhor conhecimento da realidade acerca da comunicação estabelecida entre profissionais e hipertensos.

Cada participante foi observado, em média, por 15 minutos, totalizando 210 minutos de registro. Seus nomes foram substituídos por denominações que simbolizam sentimentos e emoções, evidenciados com suporte nas observações, para salvaguardar o seu anonimato. Participaram, ainda, dois profissionais de saúde, representados pelas letras M (Médico) e E (Enfermeira).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Nas pesquisas qualitativas, durante a análise dos dados, é obrigatória o uso de uma visão multifacetada sobre a totalidade dos resultados, consideradas as observações e as entrevistas que compõem o corpus textual (CAMPOS; TURATO, 2009).

O material obtido com amparo no levantamento documental, das observações e do diário de campo, foi tratado pela Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011), a qual fornece informações complementares ao leitor crítico de uma mensagem. Esta escolha deu-se, também, em virtude da valorização do significado do conteúdo das mensagens de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa.

A autora destaca o fato de que esse método tem como principais objetivos: a ultrapassagem da incerteza, o enriquecimento da leitura, a verificação prudente ou uma interpretação brilhante. Reitera, ainda, a ideia de que como técnica de análise, busca a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por finalidade a interpretação dessas comunicações.

A análise dos dados foi embasada pela técnica de Análise de Conteúdo Categorial Temática, proposta por Bardin (2011), que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Seguindo a autora, utilizamos o percurso metodológico norteado pelas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise:

> Organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais, por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, onde ocorreu o estabelecimento do contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolhe os documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise. (BARDIN, 2011, p. 75).

Dando continuidade, o segundo passo proposto pela autora é a exploração do material,

> Destinada a sistematização de categorias de análise e de unidades de sentido. Consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. É a fase da descrição analítica, relacionado ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. A codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. (BARDIN, 2011, p. 76).

Terminadas essas etapas, procedemos ao tratamento dos dados e sua intepretação. Para Bardin (2011), esse momento, destina-se ao tratamento dos resultados, ocorrendo a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Em complemento, a autora destaca que é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

O primeiro instante consistiu na organização do material. Em seguida, realizamos leituras flutuantes para examinar profundamente o conteúdo dos materiais empíricos, buscando dirimir o sentimento de caotização advindo do seu contato inicial.

Em seguida, ocorreu a exploração do material, destacando tudo considerado significativo para constituição do *corpus*, definido por uma palavra, uma frase, um recorte do diário de campo, para a escolha das unidades de registro, destacando os principais pontos para facilitar o entendimento e interpretação do material.

Bardin (2011) exprime que, uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase, que guia o pesquisador na busca de informações contidas no texto.

Isso levou a novas reflexões para o agrupamento adequado dos dados e o estabelecimento das categorias de análise. Para Bardin (2011), a categorização é uma operação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, pelo reagrupamento, segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Ainda citando a autora, na criação das categorias, é preciso levar em conta homogeneidade (classes bem definidas), exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em mais de uma categoria), exaustividade (esgotar a totalidade do texto) e pertinência (adaptada ao conteúdo e ao objetivo).

Isso demandou muitas idas e vindas, necessitando de esforço e dedicação para sua leitura e maior compreensão dos dados em análise. Bardin (2011) destaca que, nessa fase, os dados brutos são transformados organizadamente, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

O material coletado no trabalho de campo foi agrupado em categorias temáticas baseadas no objeto de estudo e nas leituras exaustivas disponíveis na literatura consultada, para que fosse possível analisar os aspectos relacionados à

comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família, no Município sob exame.

A análise elegeu três categorias temáticas extraídas das observações e dos registros no diário de campo, que configuram a análise da pesquisa.

Categoria 1: Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF.

Categoria 2: Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação.

Categoria 3: Produção do cuidado e os elementos emanados na interação interpessoal.

Na última etapa, o tratamento dos resultados e da sua interpretação, foi produzida uma análise reflexiva, bem como houve sua inferência com apoio nos dados investigados para responder às questões norteadores que alicerçaram esta experiência. Para isso, lançamos mão da literatura, para defrontar os resultados com outras pesquisas relacionadas a essa temática, além das nossas percepções e reflexões.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovado sob o Parecer n° 1.506.165/2016 e CAAE 50475315.5.0000.5534. Com efeito, os participantes do estudo foram convidados a participarem da pesquisa, onde usamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), obedecendo às normas da Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que preconiza determinações a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos - a chamada investigação *in anima nobili* (BRASIL, 2013b). Requeremos o consentimento de profissionais de saúde, apesar de que os sujeitos do estudo fossem os hipertensos (APÊNDICE C). Após a aprovação pelo CEP (ANEXO B) e da autorização da Secretária Municipal de Saúde (APÊNDICE D) efetuamos a pesquisa nas dependências da UBASF Sede, no Município de Salitre, Ceará.

Apresentamos e explicamos o TCLE aos participantes, por intermédio de uma linguagem clara e minuciosa. Aqueles que aceitaram colaborar com a pesquisa, assinaram em duas vias, como também o fizemos. Uma via ficou em poder do voluntário e a outra em poder conosco.

Além disso, foram esclarecidos o tema, os objetivos e a relevância do estudo, bem como respeitamos qualquer ato de recusa por parte dos entrevistados em participar da pesquisa, sendo garantida a confidencialidade de suas informações.

Os dados coligidos foram utilizados exclusivamente para essa pesquisa, reforçando o fato de que sua produção foi levada à Instituição de Ensino, além de ser utilizada para elaboração de artigos científicos e encaminhados para publicação em revistas científicas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 As categorias

Comunicar com qualidade passa pela
compreensão do que queremos trocar com as
pessoas, o que queremos
colocar me comum, qual a nossa capacidade de
estar trocando
com o outro, qual o nível de troca
que somos capazes de fazer
com alguém que está precisando
de ajuda, da disponibilidade e
do conhecimento de alguém
que se dispõe a ser um
profissional de saúde.

(MARIA JÚLIA PAES DA SILVA)

Produzir ciência requer rigor metodológico. Seguir esse caminho é essencial para navegar por outros campos do saber que direcionam para o alcance dos objetivos propostos nesse estudo. Assim supondo, a este capítulo cumpre mostrar e analisar os dados coligidos durante a pesquisa de campo.

A investigação contou com a participação de 14 hipertensos. Destes, 86% eram mulheres (n=12). Os extremos de idade foram 39 e 72 anos, sendo a média de 59,5 anos. Relativamente à situação conjugal, 57% (n=8) responderam serem casados, seguidos de viúvos, 21,4% (n=3). A maioria de analfabetos, 71,4% (n=10), tendo apenas 28,6% (n=4), possuindo o Ensino Fundamental I incompleto (1° ao 4° anos).

A organização e mostra dos dados da pesquisa de campo permitiram determinar as unidades de registro extraídas das observações e anotações no diário de campo, facilitando a elaboração dos temas relacionados ao objeto de estudo, que foram agregados por homogeneidade, exclusividade, exaustividade e pertinência.

Com origem nas unidades de registro, foram constituídas três categorias temáticas:

1. Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF.
2. Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação.
3. Produção do cuidado e os elementos emanados na interação interpessoal.

Procedemos, então, à mostra e análise dessas categorias, subsidiadas pelo *check list* e pelos recortes dos textos considerados relevantes que compuseram

as unidades de registro, permitindo refletir e discorrer acerca de eventos importantes, evidenciados no decorrer da pesquisa.

5.1.1 Categoria 1 - Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF

> Na comunicação terapêutica, o enfoque centra-se nos aspectos emocionais da situação mais do que nos intelectuais. Muitas das dificuldades para adaptar-se a doença que as pessoas enfrentam decorrem da falta de informação e, especialmente, da falta de elaboração das emoções.
>
> (CLARA VALVERDE GEFAELL).

Esta categoria reúne os dados coletados no *check list* e nos recortes registrados no diário de campo durante as observações nas consultas médicas e de Enfermagem, sendo agrupadas de acordo com as estratégias: expressão, clarificação e validação, representadas pelos valores de 97, 10 e 5, respectivamente.

O grupamento da expressão permite expressar, verbalmente, pensamentos e sentimentos, facilitando sua descrição e possibilitando a exploração de áreas problemáticas para o paciente (SILVA, 2011). Sua utilização nas práticas incorporadas à saúde possibilita o alcance de resultados que proporcionam melhores condições de atuar na Estratégia Saúde da Família.

Os profissionais de saúde devem atentar para as singularidades de cada caso específico, para aplicá-las adequadamente e atender às necessidades de saúde dos usuários em cada situação, favorecendo a autonomia e a corresponsabilização nos cuidados à saúde. Stefanelli e Carvalho (2012) reforçam essa asserção, quando lembram que as técnicas devem ser individualizadas, tendo em vista que cada paciente é único e o ato comunicativo não se repete.

Durante a análise realizada, as estratégias de expressão “verbalizar interesse”, “usar frases descritivas” e “fazer pergunta relacionada ao que o paciente disse” sobressaíram-se no processo comunicativo. As visualizações dessas técnicas foram identificadas nos depoimentos:

> M - O senhor realizou a consulta com o cardiologista [...]
> Delicadeza - Sim, doutor.
>
> E - Que bom! A senhora está fazendo a dieta recomendada pela nutricionista”.
> Alegria - Sim, doutora. E estou me sentindo muito bem [...]

> E - Vou explicar para a senhora entender [...]
>
> Preocupação - Doutor, estou passando por coisas que não estão me fazendo bem.
> M - O que está preocupando a senhora?
>
> E - A senhora disse que vai deixar de tomar a medicação [...].

As falas remetem-nos ao diálogo e à interação dos profissionais de saúde e hipertensos, contribuindo para uma assistência de qualidade e à dignidade do ser humano. Nesse entremeio, a produção do cuidado ocorre na perspectiva da humanização evidenciada nas relações face a face.

Para Silva, Chernicharo e Ferreira (2011), a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir. Por meio da comunicação, as identidades subjetivas são acessadas e colaboram para uma assistência de qualidade e para a valorização do paciente em sua dignidade.

Trabalhar com essas estratégias facilita a relação interpessoal, permitindo conhecer os hipertensos para incentivar mudanças de atitudes e promover um atendimento com qualidade e humanizado, permeado por confiança, respeito e compromisso entre os agentes sociais.

Segundo Rios (2009), a humanização reconhece o campo das subjetividades, da comunicação e do diálogo como instâncias fundamentais para melhor compreensão dos problemas e para busca de soluções compartilhadas.

Assim, impõe-se ressaltar que a utilização dessas técnicas possibilita explorar os problemas de saúde, dando ensejo a uma assistência de qualidade, humanizada e individualizada que torna o hipertenso um ser ativo e corresponsável pelo autocuidado. Sequeira (2014) reitera a noção de que o profissional de saúde deve utilizar-se de técnicas/habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a se relacionarem melhor consigo e com os outros, a adaptarem-se a sua condição de saúde e contexto de vida.

No grupo expressão, as técnicas são utilizadas no início do relacionamento terapêutico, sendo necessário que as pessoas se conheçam e estabeleçam um clima de confiança entre elas (STEFANELLI, 1993). Para isso, é essencial fortalecer as relações interpessoais e criar uma ambiência de confiança, vínculo, gentileza e respeito mútuo. Para Grunig (2009), a comunicação é um *continuum*, sendo uma das maneiras mais eficazes de negociação e colaboração.

É importante destacar o fato de que a argumentação deve permear esse processo para haver maior credibilidade nas trocas comunicacionais, criando um ambiente harmonioso e um contato positivo para o alcance de melhorias das condições de saúde dos hipertensos.

Abreu (2009) destaca a noção de que argumentar é a arte de convencer e persuadir. Convencer é saber gerenciar informação, é falar à razão do outro, demonstrando, provando. Persuadir é constituir ideias no terreno das emoções, é sensibilizar o outro para agir. Quando persuadimos alguém, esse alguém realiza algo que queremos que ele realize.

Pelas falas, evidenciam-se habilidades comunicacionais que pregam o espírito de finesse, a gentileza e a cordialidade nas palavras, permitindo convencer e persuadir os hipertensos para seguir as orientações necessárias para a melhoria da sua condição de saúde. No entanto, urge a necessidade de refletir a respeito da importância da comunicação terapêutica como instrumento para o cuidado acolhedor, humanizado e comprometido com a demanda atendida.

Ao se comunicar, a escuta é primordial. Escutar significa permitir que o usuário expresse queixas mesmo que estas não interessem diretamente ao diagnóstico e tratamento. É necessário ajudá-lo a compreender a doença e correlacioná-la com a vida, evitando, assim, uma atitude passiva perante o tratamento (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a adoção das estratégias de comunicação terapêutica faz-se necessária por permitir explicações, orientações, esclarecimentos e informações importantes sobre situações que envolvem os distintos contextos em que estão inseridos os hipertensos. Esses guias estimulam reflexões nas trocas comunicacionais, contribuindo para uma assistência acolhedora e humanizada que favorece a emancipação desses usuários.

No decorrer das observações, outras estratégias foram empregadas no relacionamento terapêutico, como “ouvir reflexivamente”, “verbalizar aceitação”, “fazer perguntas” e “devolver a pergunta feita”, sendo identificadas nas consultas médicas e de Enfermagem. O emprego dessas técnicas foi visualizado nas seguintes narrativas:

> Leveza - A doutora me escuta [...]
> E - A senhora só sai quando finalizar o que começou [...]
>
> Simpatia - O doutor adora ouvir minhas brincadeiras [...]

M - Pode continuar [...]

Carisma - Doutora, a senhora pode ver meus exames?
E - Posso sim [...]. Estão bons. Parabéns! Desejo muita saúde para você.

E - A senhora está sentindo o quê?

Ansiedade - Doutor, posso tomar esse remédio?
M - Por que a senhora quer tomar esse remédio?

Leveza - Doutora, não fiz o exame.
E - Por que a senhora não fez o exame?

Sobre a importância dessas falas, evidenciam-se atitudes favoráveis no binômio profissional de saúde-hipertenso, permitindo um olhar crítico para a necessidade de fortalecer o uso dessas estratégias por esses profissionais. Refletir sobre esses encontros permite compreender as relações interpessoais, as condutas ante o tratamento e a prática de um cuidado humanizado, no intuito de oferecer uma assistência qualificada e integral, por meio da comunicação terapêutica.

A comunicação terapêutica consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento para ajudar a pessoa a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado, além de superar os bloqueios para enfrentar seus problemas, a exemplo daqueles relacionados à saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

No processo comunicacional, os hipertensos podem querer confidenciar fatos relacionados a sua vida, permeado por angústia, tristeza e preocupação. Para isso, os profissionais de saúde precisam se apropriar dessas habilidades para compreender os significados expressados nas verbalizações.

As técnicas de comunicação verbal representam um recurso na interação face a face. Permitem criar uma rede de conexão que torna a comunicação efetiva, possibilitando a compreensão entre as pessoas (HADDAD *et al.,* 2011). Em complemento, Broca e Ferreira (2012) destacam que, na interação, os agentes da comunicação estão inter-relacionados, isto é, um com o outro, na tentativa de conjugar dois organismos, de cobrir a lacuna entre pessoas pela produção e recepção das mensagens que tenham sentido para ambas.

A ida ao campo de prática demonstra ser preciso dirimir as lacunas da comunicação, o entendimento das singularidades do sujeito e a valorização na capacidade de trabalhar com estratégias que fortalecem o relacionamento interpessoal. Braga e Silva (2007) reiteram a ideia de que as lacunas observadas no

processo comunicacional entre profissionais de saúde e usuários mostram que a comunicação humana é complexa e multidimensional e requer competências, habilidades e atitudes para ser instrumentalizada.

Por outro lado, os profissionais de saúde acolhem os hipertensos amável e carinhosamente, compreendendo as suas angústias e tensões, por meio de uma relação interpessoal empática, confiável e saudável, utilizando-se de uma linguagem clara e acessível.

Na comunicação com o paciente, faz-se necessário o uso de uma linguagem de compreensão clara, sem nunca fugir da verdade, respeitando-se o ritmo do paciente, sem produzir desesperança nem lhe ferir a autoestima (CENEVIVA; CASTRO E SILVA, 2008).

Nas observações, ainda houve as estratégias “colocar em foco a ideia principal”, “verbalizar dúvidas”, “dizer não” e “usar terapeuticamente o humor”, sendo manifestadas nos seguintes depoimentos:

> Paz - Estou com a pressão alta hoje.
> E - Algum problema? A senhora quer me dizer o que aconteceu?
>
> M - Todos cuidam da senhora?
> Solidão - Não. Só minha filha mais velha [...].
>
> Curiosidade - Quero fazer esse exame [...], doutor.
> M - Não. Não vejo a necessidade da senhora fazer esse exame agora. Não é urgente [...]
>
> Carisma - Gosto de conversar com o doutor [...], esqueço o que estou sentindo [...]

Na comunicação entre profissionais de saúde e hipertensos, percebemos que as informações são repassadas clara e concisamente, para compreensão das mensagens estabelecidas entre os envolvidos. Embora seja o grupo mais utilizado, os fatos observados demonstram profissionais competentes para atuar junto aos problemas de saúde relatados pela sua clientela, mas pouco afinados para trabalhar as questões concernentes à comunicação terapêutica.

Resultados similares são encontrados no âmbito hospitalar, destacados por Andrade *et al.* (2015), Negreiros *et al.* (2010), Fermino e Carvalho (2007) e Oliveira *et al.* (2005), destacando as estratégias de expressão como as mais frequentes na interação com o usuário.

Evidencia-se, então, o fato de haver muitas virtudes no processo comunicacional. Os profissionais de saúde, no entanto, necessitam apoderar-se

desses expedientes para que esse encontro permeado por subjetividade favoreça o estabelecimento de um plano de cuidado direcionado às suas reais necessidades com o propósito de satisfazê-las. Partindo dessa premissa, Sequeira (2014) reforça a noção de que é necessário melhorar a formação e a consciencialização dos profissionais de saúde para a necessidade de promoverem a utilização e o potencial da comunicação terapêutica.

No grupamento clarificação, formado por quatro técnicas, revelaram “solicitar ao paciente que precise o agente de ação” e ‘estimular comparações”, nas consultas médicas e de Enfermagem no transcorrer das observações. As falas seguintes demonstram essas situações no processo comunicativo:

> Esperança - Quando eles brigam passo mal, sinto um aperto no peito, a pressão sobe [...]
> M - Eles quem?
> Esperança - Meu genro e minha filha.
>
> Tranquilidade - Nós tomamos o remédio direitinho, todos os dias [...]
> M - Nós. De quem o senhor está falando?
> Tranquilidade - De mim e da minha velha, risos [...]
>
> E - A senhora pode relatar outra situação que aconteceu na sua vida semelhante com o que acabou de me dizer?

Na interpretação das falas, percebem-se habilidades dos profissionais na condução das mensagens transmitidas pelos hipertensos, esclarecendo as ideias subtendidas no processo comunicacional. A utilização dessas técnicas favorece o entendimento dos fatos narrados, instigando os hipertensos a falarem sobre si e dos problemas que os envolvem, com o intuito de corrigir as ambiguidades e verificar a acurácia na compreensão das mensagens enviadas.

Convém ressaltar o fato de que esse grupamento ajuda a clarificar as mensagens, esclarecendo os fatos incompreensíveis e incongruentes, permitindo suas correções e evitando prejuízos nas relações de cuidado. Convém destacar a importância dos profissionais de saúde se apropriarem dessas técnicas para aprimorarem o processo de trabalho e as relações interpessoais, a fim de que as atividades se façam laborativas, mais construtivas e eficazes.

O profissional de saúde precisa entender as mensagens emitidas pelos hipertensos, clarificando os fatos emergidos. Para elucidar o que foi dito, a utilização dessa categoria é essencial por permitir corrigir as ambiguidades emergidas nas

trocas comunicacionais, desenvolvendo uma atenção de qualidade que contribui na intervenção de novas maneiras de cuidar e atuar na saúde desses usuários.

Na clarificação, procura-se entender o que está acontecendo naquele momento, ou seja, compreender uma ideia, um gesto ou um comportamento (SILVA, 2011). A abordagem dessa estratégia propicia o reconhecimento dos problemas de saúde, contribuindo para o agir adequadamente sobre eles. Essa proximidade favorece uma relação de confiança e ajuda no entendimento mútuo que favorece a assistência individualizada e a capacidade de produzir mudanças para adaptar-se à condição de hipertenso, contribuindo na adesão ao tratamento e na promoção do autocuidado.

As estratégias desse grupamento são utilizadas para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens enviadas pelos pacientes, quando parte delas ou o todo contém ambiguidades (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A melhoria da qualidade da assistência, mudança ética necessária na Atenção Básica, é almejada quando se estabelece uma comunicação efetiva com o usuário, percebendo, nas expressões verbal e não verbal, suas necessidades de saúde (HADDAD *et al.,* 2011). Essa compreensão possibilita a comunicação compartilhada e o entendimento das situações relatadas por parte de cada um dos sujeitos envolvidos no processo, proporcionando um atendimento acolhedor, humanizado e de qualidade pelos profissionais que os assistem.

Para Barbosa *et al.* (2008), a comunicação é uma tecnologia fundamental para a prática dos profissionais de saúde no que tange à humanização da assistência, seja direcionada ao paciente ou à equipe de saúde.

Depreende-se, então, a ideia de que somente duas estratégias desse grupo foram identificadas no campo de pesquisa. Necessário se faz que os profissionais de saúde desenvolvam novas competências e habilidades para trabalhar com meios relevantes na qualidade da assistência prestada aos hipertensos. Fermino e Carvalho (2007) destacam que o emprego dessas técnicas também foi pouco evidente em outros estudos.

É preciso proceder-se a uma reviravolta nas questões da assistência à saúde que reúnem o uso de tecnologias leves, como a comunicação, especialmente na Atenção Básica (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). As autoras ainda complementam, ao expressarem que é um veículo essencial no reconhecimento e

na efetivação do profissional e do usuário como protagonistas na coprodução de saúde e na humanização do SUS.

Na prática profissional, restaram constatadas posições passivas dos hipertensos no processo comunicativo, os quais recebem orientações adequadas dos profissionais de saúde, de modo acolhedor e humanizado, mas numa interatividade unidirecional. Ainda é observada a necessidade de superar os desafios expressos nas trocas comunicacionais, na busca de utilizar dispositivos que modifiquem essa direção. Em complemento, Cardoso e Nascimento (2010), ressaltam uma realidade comunicativa de natureza linear e unidirecional. Esse modelo prejudica o processo comunicativo, comprometendo as tecnologias relacionais.

Ao refletir sobre isso, percebe-se a necessidade de se pensar a comunicação sob a óptica de produzir mudanças nos processos de trabalho, possibilitando o diálogo entre os agentes envolvidos, com o intuito de contribuir significativamente no atendimento às necessidades e prioridades dos hipertensos.

Quando se estabelece a comunicação com o outro, precisa-se pensar que o ato de comunicar não se inicia nem se encerra na palavra, que esta palavra não é tudo no ato de comunicação. Pode ser expressa nos gestos, expressões e emoções (FERREIRA, 2006). Compreendê-los favorece a interação interpessoal, estabelecendo uma relação de compromisso, envolvendo a escuta qualificada, a confiança e o respeito mútuo.

Em sendo grupamento de validação, que denota três técnicas, as observações mostraram que sobressaiu a estratégia “sumarizar o conteúdo da interação”, conforme ilustrado nas seguintes narrativas:

> M - A senhora recebeu as orientações sobre o tratamento da pressão alta, como tomar as medicações corretamente, a dieta adequada e a importância das caminhadas para melhorar sua condição de saúde.
> Paz - Fica em silêncio, ouvindo o doutor.
>
> E - A senhora disse que sua filha no posto?
> Solidão - Sim, doutora, ela está lá fora [...]

Pelo exposto, evidencia-se o uso limitado das estratégias de validação, importantes para verificar se as mensagens relatadas tiveram os mesmos significados para os envolvidos nas trocas comunicacionais. Considera-se, então, a

demanda expressiva nas unidades de saúde, levando os profissionais a não se preocuparem com a clareza nos conteúdos das mensagens emitidas pelos usuários.

Esta técnica visa a colocar em relevo os pontos principais da interação, levando o paciente a pensar ativamente sobre suas áreas de maior preocupação e, consequentemente, ajudá-lo a encontrar seus objetivos, perceber opções de solução para seus problemas e traçar um plano de ação (STEFANELLI, 1993).

O fato de não validar as ideias narradas pelos hipertensos pode comprometer a assistência ofertada e centrada para atender as suas necessidades de saúde, causando prejuízos na autonomia e no autocuidado. As dúvidas e incompreensões produzidas no processo comunicacional interferem na qualidade do cuidado prestado.

A organização dos pensamentos dos hipertensos e a maneira de expressá-los devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde por meio de mensagens compreensíveis e linguajar oportuno entre os envolvidos no processo de comunicação, para que ocorra assistência adequada.

No cotidiano das ações em saúde, marcadas pelo encontro - ou, muitas vezes, desencontro - dos distintos agentes, o processo comunicativo acontece no contexto das relações preestabelecidas por modelos de assistência cristalizados e acriticamente reproduzidos (DESLANDES; MITRE, 2009). Em contrapartida, Zinn, Silva e Telles (2003), destacam a ideia de que a comunicação com o paciente diferencia o profissional, pois lhe reforça o interesse na promoção do cuidado de qualidade.

A validação permeia todo o processo que envolve a relação terapêutica, contribuindo para verificar a acurácia da compreensão nas mensagens envolvidas na comunicação, possibilitando melhoria na qualidade da assistência prestada aos hipertensos.

Esta técnica tem importância fundamental na verificação do entendimento das informações e orientações dadas ao paciente pelos profissionais de saúde. Ela ajuda a ter uma visão mais realista do mundo e a experienciar a sensação de ser compreendido (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

De acordo com a literatura, essa técnica consiste em certificar-se de que a compreensão está correta e se nos fizemos entender (SILVA, 2011). Pela complexidade que envolve as trocas comunicacionais, evidencia-se o fato de que os profissionais de saúde não utilizam, adequadamente, as estratégias de comunicação

terapêutica, o que, de certo modo, compromete a continuidade no cuidado, suporte no desenvolvimento do autocuidado, autonomia e bem-estar dos hipertensos.

A complexidade dos processos comunicacionais ainda predomina, seja nas práticas de saúde, seja naquelas de comunicação de risco, evidenciando-se uma relação unilinear entre um emissor e um receptor de mensagens (RANGELS, 2007).

Os grupamentos das estratégias de comunicação abrem espaços para que os profissionais de saúde provoquem mudanças no processo de trabalho, contribuindo na identificação das necessidades de saúde dos usuários, promovendo-lhes bem-estar, autonomia e corresponsabilização pela sua saúde.

Quando a comunicação é utilizada de maneira terapêutica, propicia segurança ao paciente e um cuidado humanizado, permitindo identificar as reais necessidades do paciente, ajudando-o no enfrentamento da situação de doença e de hospitalização (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Os profissionais da área de saúde realmente preocupados com o ser humano procuram desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer a ele a oportunidade de uma existência mais digna, compreensiva e menos solitária (STEFANELLI, 1993).

Na pesquisa realizada, percebemos a utilização deficitária das estratégias de comunicação terapêutica pelos profissionais de saúde, comprometendo a abertura de espaços que possibilitam identificar as necessidades multidimensionais dos pacientes acometidos por pressão alta. Este fato, decorre do parco conhecimento desses meios, inviabilizando o estabelecimento da comunicação terapêutica na interação profissional de saúde-hipertenso.

Estudos recentes apontam que o processo comunicacional ou o relacionamento interpessoal entre pacientes e demais profissionais de saúde ainda é considerado pouco efetivo (NOREÑA-PEÑA; CIBANAL-JUAN, 2008; NEGREIROS *et al.,* 2010). Necessário se faz preparo técnico e humano dos profissionais envolvidos (DAMASCENO *et al.,* 2012).

As estratégias de comunicação terapêutica devem ser aprimoradas na Estratégia Saúde da Família em estudo, em virtude das baixas frequências identificadas durante as observações. Evidenciamos, ainda, maior frequência das técnicas durante as consultas médicas em virtude da demanda maior para esse profissional.

Segundo a literatura, as grandes demandas e exigências nas unidades são pela consulta médica e pela medicação. Os usuários se expressam com baixa noção de direitos e responsabilidades e pouco disponíveis às intervenções de promoção de saúde (BRASIL, 2009b).

Devemos romper com paradigmas tradicionais nas práticas de saúde e reconhecer a importância da comunicação terapêutica que fortalece a interação interpessoal, contribuindo na ajuda e no aprendizado mútuos. Mourão *et al.* (2009) destacam a necessidade de ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente.

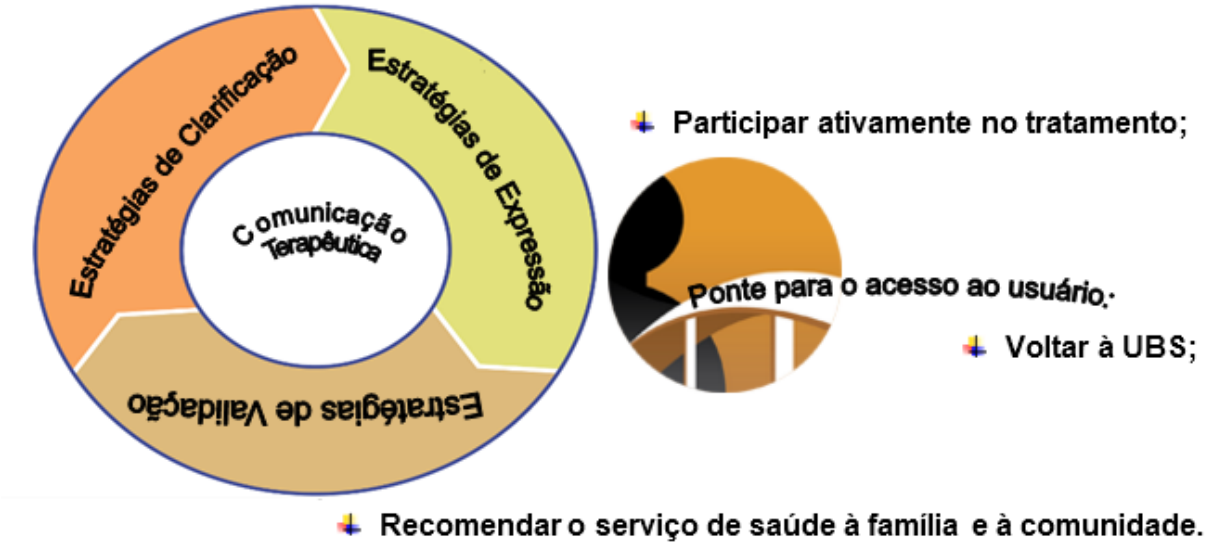
Durante a observação, evidenciamos a necessidade de investir nas técnicas de comunicação terapêutica, ressaltando os benefícios advindos dessa prática assistencial, que proporciona aos hipertensos autonomia e atitude ativa perante sua condição de saúde. A adoção dessa tecnologia abre caminhos que instrumentalizam os profissionais de saúde na utilização de novas habilidades no processo de comunicar, fazer e atuar nas equipes Saúde da Família.

> É preciso que haja transformação do processo de trabalho em saúde na perspectiva da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, o que envolve, dentre outros aspectos, a necessidade de reconstruir a relação entre os sujeitos que fazem o cotidiano dos serviços de saúde, realidade esta, atrelada ao processo de comunicação entre profissionais e usuários. (BEZERRA *et al.,* 2014, p. 44).

Não reconhecer a importância da comunicação terapêutica, contribui para o insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde. Em contrapartida, o uso efetivo constitui um contributo essencial nos serviços de saúde, por adaptarem as suas respostas à especificidade de cada pessoa e comunidade, aumentando os ganhos em saúde (OMS, 2008). Produz-se um ambiente de conforto emocional que facilita o conhecimento do usuário sobre sua situação de saúde e como se cuidar.

Pela Figura 5, vemos que a comunicação terapêutica abre oportunidades para fortalecer o relacionamento terapêutico, possibilitando trocas comunicacionais bidirecionais que garantem a continuidade no cuidado, consumando-se numa assistência integral e humanizada. Além disso, permite a constituição de intervenções individualizadas que buscam atender às necessidades de saúde dos usuários.

Figura 5 – Representação figurada dos grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Deve ser utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas nos processos de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades (SEQUEIRA, 2014). Ainda citando o autor, reporta-se a um conjunto de intervenções efetuadas por estes profissionais que, autónoma ou complementarmente, tem um potencial terapêutico no processo de recuperação das pessoas.

> As estratégias para tornar terapêutica a comunicação, não devem ser utilizadas como uma receita pronta, ao contrário, têm de ser individualizados para cada ser humano. Esses guias estimulam a verbalização e clarificação de seus sentimentos e pensamentos; ajudam a perceber as relações entre causa e efeito e a identificar sua participação na experiência. Torna-se então necessário o desenvolvimento da competência interpessoal para que essas estratégias possam ser utilizadas. (STEFANELLI, 1993, p. 83).

Partindo dessa premissa, é notória a necessidade premente da utilização dessas estratégias pelos profissionais que atuantes na Atenção Básica, vislumbrando a interação de todos os agentes envolvidos, para potencializar a comunicação terapêutica, mediante um trabalho coeso, consistente e eficaz.

5.1.2 Categoria 2 - Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação

> Não existe discurso de qualidade ou de humanização que se sustente se
> não colocarmos atenção na nossa comunicação verbal e não verbal,
> se não tivermos a intenção
> de sermos mais inteiros
> quando estamos
> com as pessoas.
>
> (MARIA JÚLIA PAES DA SILVA).

Esta categoria empírica destaca os significados atribuídos às formas de comunicação, constituída por meio dos instrumentos de observação e do diário de campo, enfatizando as modalidades verbais e não verbais durante o processo comunicativo.

As linguagens verbal e não verbal perpassam todos os profissionais de saúde durante a relação interpessoal, necessitando, portanto, que eles identifiquem, adequadamente, os significados das falas, gestos e expressões reveladas pelos usuários, para que se compreenda o que está sendo propagado, a fim de evitar mensagens incompreendidas entre as partes envolvidas.

Silva (2011) ressalta que podemos aumentar nossa efetividade na comunicação ao tomarmos consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no tocante à proximidade, postura e contato visual.

Os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família devem efetivar a dimensão comunicacional para fortalecer as relações interpessoais e as práticas do cuidado. Ceron (2011) destaca que a comunicação possui importância ainda maior. É fundamental conquistar e manter vínculo com as diversas famílias do território [...], visando à realização do cuidado em acordo com os princípios [...] do SUS.

Os múltiplos significados embutidos no processo comunicacional precisam ser compreendidos para avançar nas habilidades de comunicação e maximizar os ganhos inerentes ao cuidado à saúde, com o propósito de fortalecer o potencial do relacionamento terapêutico. Segundo Oriá, Moraes e Victor (2004), a comunicação é o intercâmbio compreensivo de significados por meio de símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal.

Stefannelli (1993) acrescenta que, seja qual for o modo da comunicação, verbal ou não verbal, ele está na cena terapêutica, veiculando conteúdos conscientes ou inconscientes, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorre.

No concernente à comunicação verbal, as observações retratam momentos de expressão, clarificação e validação que simbolizam a interação interpessoal e o elo no cuidado à saúde. O emprego dessas estratégias está representado nas seguintes narrativas:

> M - Vou explicar e desenhar na receita os horários que a senhora deve tomar a medicação [...].
>
> Preocupação - Doutor, não estou me sentindo bem hoje?
> M - Por favor, fale mais sobre o que senhora está sentindo [...].
>
> E - Sua pressão hoje está muito alta [...]
> Delicadeza - Lá em casa, ninguém ajuda [...], fico irritada
> E - Ninguém ajuda?
> Delicadeza - [...] uma sobrinha que mora comigo.
>
> E - O senhor ao sair daqui passa na recepção para agendar a consulta com a fisioterapeuta. Depois vá ao hospital para marcar esses exames. Quando fizer, volte aqui para me mostrar.

Pelos depoimentos, as trocas comunicacionais acontecem num ambiente permeado de respeito e confiança, que favorece o relacionamento terapêutico e a ampliação na prática do cuidar. Observamos, entretanto, momentos de introspecção e passividade dos hipertensos durante as consultas, corroborando com os estudos de Mendes (2012) que atestam que haver evidências de passividade das pessoas usuárias nas suas relações com as equipes de saúde.

A comunicação verbal permeou todos os momentos da interação, permitindo maior compreensão dos fatos narrados por meio da escuta e do diálogo entre profissionais de saúde e hipertensos. Sua cooperação no processo de espaços intercessores fortalece a produção do cuidado.

Para fortalecer essa relação, o emprego das estratégias de comunicação verbal cria uma rede de conexões que favorece constituir uma ação terapêutica, possibilitando uma assistência integral e humanizada.

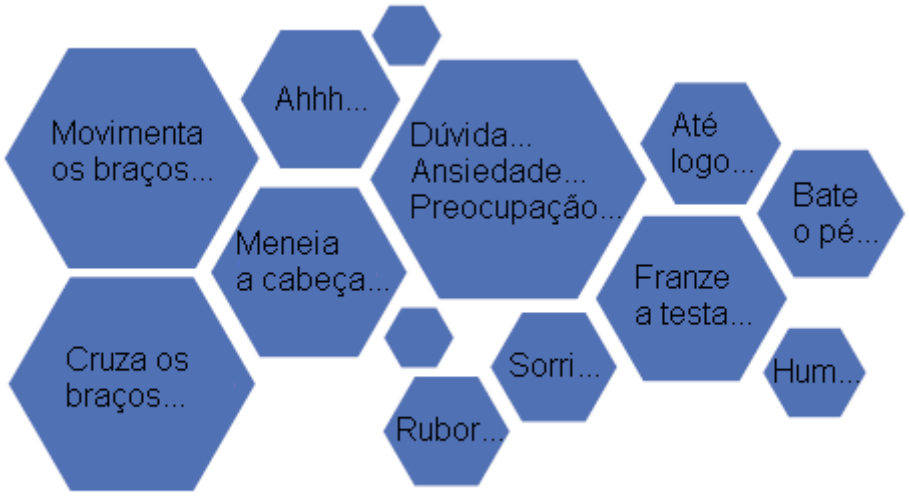
Martins e Ivanov (2009) destacam que a comunicação verbal se refere às palavras utilizadas no processo comunicacional. Pontes, Leitão e Ramos (2008)

complementam, exprimindo que essas estratégias facilitam a interação e oferecem segurança à tomada de decisões me conjunto com o usuário.

No decorrer das observações, foram percebidas as duas maneiras de expressão: verbal e não verbal, evidenciando a necessidade de melhorar as trocas comunicacionais, principalmente, no aspecto não verbal. As interações verbais jamais ocorrem sozinhas, pois sempre há o diálogo entre o verbal e o não verbal, como cita Silva (2011), não existindo comunicação verbal sozinha.

A Figura 6 mostra o mapeamento dos significados do processo comunicacional, destacando algumas expressões no estabelecimento da interação relacional.

Figura 6 – Mapeamento dos significados atribuídos às modalidades de comunicação. ESF Sede, Salitre, CE, 2016



Fonte: Elaboração própria, 2016.

A linguagem não verbal acontece por meio dos órgãos dos sentidos, simbolizando o que não foi escrito ou falado, sendo representado por gestos, postura, expressões corporais, emoções, entre outras modalidades sutis de expressão.

A comunicação não verbal ocorre na interação pessoa-pessoa, excluindo-se as palavras por elas mesmas, ocorrendo por meio de quatro categorias: paralinguagem, cinésica ou linguagem do corpo, proxêmica e tacêsica (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Esse modo especial de comunicação qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções que permitem à pessoa perceber não apenas o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Inferimos, então, que os profissionais de saúde devem estar atentos às mensagens que ficam nas entrelinhas e que permeiam as relações interpessoais, com o intuito de potencializar o processo de comunicação. Guariente *et al.* (2012) reforçam o argumento de que esses profissionais devem ser comunicadores efetivos, pois atuam em áreas em que a comunicação desempenha ação central.

Uma das modalidades de comunicação não verbal nas observações é a paralinguagem, representada pelos grunhidos "*ahhh*", "*hum*", "*suspiros"*, movida por um relacionamento interpessoal dócil e tranquilo. Broca e Ferreira (2014) reforçam a ideia, exprimindo que esse fato de se comunicar, compõe-se de grunhidos, o tom usado na expressão das palavras, o ritmo e a velocidade das palavras, o suspiro, o pigarrear e o riso.

Percebemos na análise de conteúdo das observações que os profissionais se utilizam do tom de voz apropriado nas palavras expressas, mas necessitam entender as diversas situações demonstradas pelos usuários, como tossir, sorrir, entre outros importantes reguladores nas conversas, os atos de silenciar e ficar quieto, para evitar falhas no processo comunicativo.

Stefanelli e Carvalho (2012) reforçam que, instrumentalizado da linguagem paraverbal, o profissional de saúde percebe quando deve utilizar o silêncio como meio de comunicação. Em outras situações, o ato de ouvir é uma ação terapêutica.

Sendo assim, as mensagens transmitidas devem ser compreendidas para fortalecer a interação de profissionais com usuários, no intuito de efetivar as trocas comunicacionais e constituir espaços terapêuticos na produção do cuidado.

Outro ponto que merece destaque relaciona-se à linguagem do corpo, onde se veiculam emoções, sentimentos, preocupações, nem sempre emergidos de modo consciente, representam a essência do ser. Silva (2011) reitera a noção de que o corpo fala alto [...] E sem máscaras!

As manifestações corporais de *"movimenta os braços", "meneia a cabeça", franze a testa",* não foram devidamente valorizadas durante a interação, necessitando, portanto, de que os profissionais de saúde tenham um olhar

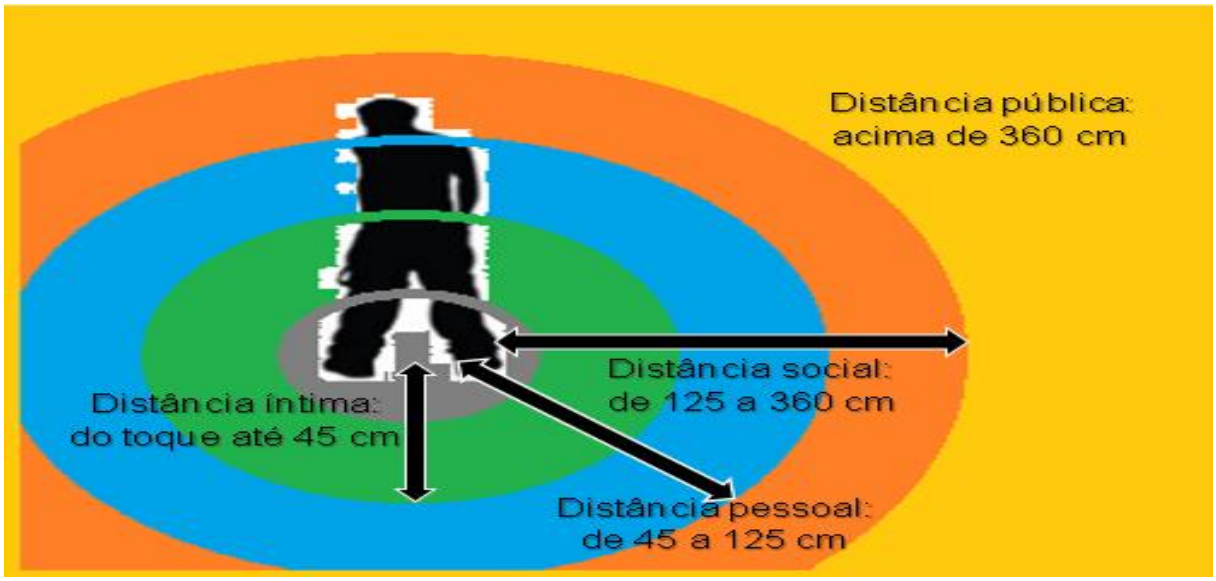
diferenciado às mensagens corporais, que podem simbolizar raiva, ansiedade, aprovação, impaciência, medo, entre outras manifestações emblemáticas.

Amorim e Silva (2014) reforçam o fato de que a cinésica é a linguagem do corpo, com seus movimentos, gestos manuais, movimentos de membros, meneios de cabeça e expressões faciais. Em complemento, Silva (2011) ressalta a necessidade de compreender essas mensagens, não apenas por trazer informações sobre as pessoas, mas também porque o nosso corpo é um importante centro de informações.

A compreensão dessas linguagens se faz fundamental e eficaz na relação interpessoal, pois contribui para minimizar situações de estresse, ansiedade e outras dificuldades no momento em que se operacionaliza a interação. Então, torna-se necessário que os profissionais de saúde valorizem essas expressões e busquem entender os significados atribuídos às maneiras de comunicação durante o encontro com os usuários. Brito *et al.* (2014) complementam, dizendo que é com base nessa interação com o outro que o ser humano se constitui.

Em relação a linguagem proxêmica, observou-se durante as consultas dos profissionais de saúde uma interação frente a frente com os hipertensos, representada por uma distância pessoal.

Figura 7 – Representação figurada da distância interpessoal



Fonte: Elaboração própria, 2016; Silva, 2011.

O uso do espaço é um meio de comunicação não verbal que influencia o relacionamento interpessoal. A proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, examina como a pessoa humana estrutura, consciente ou inconscientemente, o próprio espaço (SILVA, 2011).

A distância estabelecida entre profissionais de saúde e hipertensos torna-se importante no processo comunicativo, pois dar atenção, fixar o olhar no usuário, observar, respeitar as diferenças e fortalecer as relações espaciais transmitem confiança, segurança e conforto, fundamentais para facilitar a interação.

Em se tratando da linguagem tacêsica, ficou evidenciado o toque instrumental no momento da aferição da pressão arterial por outros profissionais da equipe de saúde. Percebemos demonstrações de carinho, afeto, apoio e conforto durante as consultas médica e de Enfermagem, mas o abraço, o aperto de mãos, o toque nas mãos, braços e ombros, que simbolizassem trocas comunicacionais afetivas não foram identificados nas observações.

Existem vários tipos de toques e um deles é o expressivo e afetivo, que tem a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em relação à pessoa (SILVA, 2011). Em complemento, a autora destaca que o toque instrumental constitui o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica, exemplificando, fazer um curativo e injetar uma medicação.

A prática do toque numa relação terapêutica fortalece o estabelecimento de vínculo e cuidado entre os sujeitos envolvidos, proporcionando-lhes apoio e segurança, que contribuem para elevar a autoestima dos hipertensos.

Trabalhar o não verbal é fator determinante para compreender e interpretar as atitudes e palavras, haja vista que as expressões faciais e corporais ativam as emoções dos usuários, favorecendo a interpretação das mensagens. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais não verbais para implementar medidas adequadas na assistência prestada aos hipertensos.

Isso exige treino e disposição, pois apenas o conjunto dos sinais possibilita a percepção fidedigna da mensagem. Reconhecer isso se faz necessário, uma vez que, para interpretar a comunicação do outro, é preciso saber lidar com a sua maneira de se comunicar (SILVA, 2011).

Nos serviços de saúde, ainda é observado o excesso da comunicação verbal, em detrimento dos sinais não verbais, que são capazes de valorizar o outro e suas expressões faciais, gestuais e corporais. Compreender a sua essência na

interação profissional serve de sustentáculo no processo do cuidar e na melhoria da qualidade de vida.

Fortalecendo esta ideia, Broca e Ferreira (2012) consideram a comunicação não verbal essencial para entender e observar o processo comunicacional na equipe de saúde; e complementam, ressaltando que, se comunica com o outro para ter um processo efetivo e alcançar o objetivo da comunicação, sendo que o não verbal facilita essa validação.

Os sinais não verbais do comportamento humano devem ser valorizados por todos os que atuam na área da saúde, devendo ser uma habilidade necessária para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, relacionamento terapêutico e compreensão dos diversos significados atribuídos aos modos de comunicação.

Veríssimo e Sousa (2014) destacam o fato de que, nas pessoas de quem cuidamos, a comunicação sempre existe, quer pelo seu olhar, pela expressão da sua face, pelos seus gestos e suas palavras, quer até pelo modo como ocupam o seu ambiente. Silva (2011) complementa, exprimindo que não existe comunicação verbal sozinha: a mensagem transmitida é sempre uma interação do verbal com o não verbal. As palavras são o início da interação, mas, além delas, está o solo firme sobre o qual se perfazem as relações humanas: a comunicação não verbal.

A comunicação verbal está vinculada à não verbal, complementando-se e apoiando-se. Compreendê-las é imprescindível na interação interpessoal, pois propicia maior entendimento e percepção das mensagens transmitidas pelos usuários, contribuindo para o estabelecimento de uma comunicação mais eficaz e completa.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem apoderar-se desses meios, buscando provocar mudanças nas relações estabelecidas entre os hipertensos, no processo de trabalho e nas práticas do cuidado, ampliando o processo de comunicação sob a perspectiva da intersubjetividade.

5.1.3 Categoria 3 - Produção do cuidado e os elementos emanados na interação interpessoal

> O cuidado aparece quando a existência de alguém se torna importante, através da disponibilidade, da dedicação, da responsabilidade de participar daquela vida.
>
> (LEONARDO BOFF).

Esta categoria privilegia os recortes do diário de campo que simbolizam os elementos emanados na interação interpessoal, por meio das relações dialógicas e dos encontros nos distintos espaços do cuidar, revelando atitudes adequadas para um cuidado direcionado e humanizado.

Ao longo das consultas médicas e de Enfermagem, observamos a prática do cuidado permeada de elementos contributivos à qualidade da assistência prestada aos hipertensos. Nesse ponto, foram notadas as relações estabelecidas harmoniosa, acolhedora e humanizadamente. As singularidades de cada paciente são refletidas por ações de empatia, respeito mútuo, confiança, escuta receptiva e o acompanhamento nas suas reflexões.

O acolhimento e a humanização recriam possibilidades no cuidar, fortalecendo o vínculo, a amorosidade e a interação interpessoal. Para Teixeira (2005), o acolhimento é uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento, ajudando no conhecimento das necessidades dos usuários que buscaram por atendimento.

A humanização procura fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (BRASIL, 2004). Essas práticas, fortalecidas pela comunicação e o diálogo, aproximam os profissionais de saúde e hipertensos, criando vínculos solidários e momentos reflexivos e vivenciais que aprimoram o cuidado à saúde.

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

No serviço estudado, foram observados profissionais de saúde que procuram “se colocar no lugar do outro”, projetando-lhes aquilo que gostariam de

receber caso as circunstâncias fossem contrárias, demonstrando compreensão, sentindo o que elas sentem e pensando o que elas pensam.

Muitos autores definem empatia como uma habilidade de apreciar as emoções e os sentimentos dos outros, um atributo que permite entender as experiências dos pacientes e comunicar este entendimento (SMAJDOR; STÖCK; SALTER, 2011).

Cuidar com empatia significa entender e compreender o outro como gostaria de ser compreendido e cuidado. Esta relação se desenvolve com procedência na capacidade de colocar-se no lugar do outro, seja em situações gratificantes ou de frustração (BAGGIO, 2006).

Situações de dúvidas, angústias e sofrimentos foram identificadas nos relatos dos hipertensos, como "*[...] tem me dado muito trabalho [...]. Sofro com isso [...]."* O profissional demonstra preocupação, solidarizando-se e sendo sensível ao seu problema. Esse comportamento foi evidenciado por ambos os profissionais de saúde.

O cuidado está na vida humana, sempre que exercido por meio de processos relacionais, interativos e associativos (BETTINELLI; WASKIEVIC; ERDMANN, 2003)

> Quando essa percepção do mundo do outro acontece, pode-se dizer que está ocorrendo a empatia ou comunicação empática, podendo ser transmitida de modo verbal ou não verbal, ocorrendo quando se consegue transmitir ao outro a percepção de como ele é e de como vivencia seu mundo. (STEFANELLI; CARVALHO, 2012, p. 72).

Numa atitude de empatia, evidencia-se como devolutiva uma resposta empática, permitindo aproximação entre os profissionais de saúde-hipertensos, possibilitando um cuidado de qualidade e, consequentemente, a formação de vínculo entre os envolvidos na comunicação empática.

As múltiplas dimensões que envolvem o ser humano, o ambiente no qual se encontra inserido e as relações interpessoais, que transmitem segurança, conforto e respeito, contribuem para o cuidado humanizado.

O profissional que se move pela ética do cuidado caminha com a pessoa de quem cuida, fazendo conviver nos encontros a técnica, a efetividade e a eficácia em um clima de empatia e cuidado para promover sua saúde (ZOBOLI, 2009).

Para isso, a comunicação empática deve estar inserida em todos os momentos junto aos hipertensos, a fim de facilitar o conhecimento sobre sua situação de saúde e maior adesão ao tratamento. Segundo a literatura, cabe aos profissionais de saúde encontrar soluções para favorecer a adesão ao tratamento, mostrando seus benefícios e adotando uma visão holística (ALVES; CALIXTO, 2012).

A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

No decorrer das observações, não foram evidenciadas situações de “ironias”, “desprezos”, “julgamentos”, “jargões”, “culpabilização” e “desatenção” dos profissionais de saúde na abordagem aos hipertensos. Percebemos momentos de respeito e confiança, os quais propiciam e potencializam a produção do cuidado.

Falar com respeito ao usuário significa minimizar o que ele diz, o que vive e como se expressa (VALVERDE, 2007). Em complemento, destaca o fato de que, por ser a Atenção Básica a porta de entrada do SUS, o profissional de saúde pode atuar como “defensor do paciente”. Ante a complexidade do sistema, seria falta de respeito abandoná-lo à própria sorte.

Por meio do respeito mútuo e da escuta receptiva, centrados numa relação de ajuda, apoio e confiança, os hipertensos receberam intervenções adequadas e esclareceram suas dúvidas para os cuidados direcionados a sua saúde. Segundo Medeiros *et al.* (2010), a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da ESF com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que estabelece o diferente, isto é, entre as práticas das ações de saúde.

A confiança é um sentimento que permite a pessoa aprender a lidar com o mundo, resolvendo os problemas. Inclui respeito, honestidade, consciência, fé e esperança (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). E a escuta qualificada propicia a percepção do usuário em suas diversas dimensões e enseja o atendimento das suas reais necessidades, além de favorecer reflexões sobre sua situação de saúde (VALVERDE, 2007).

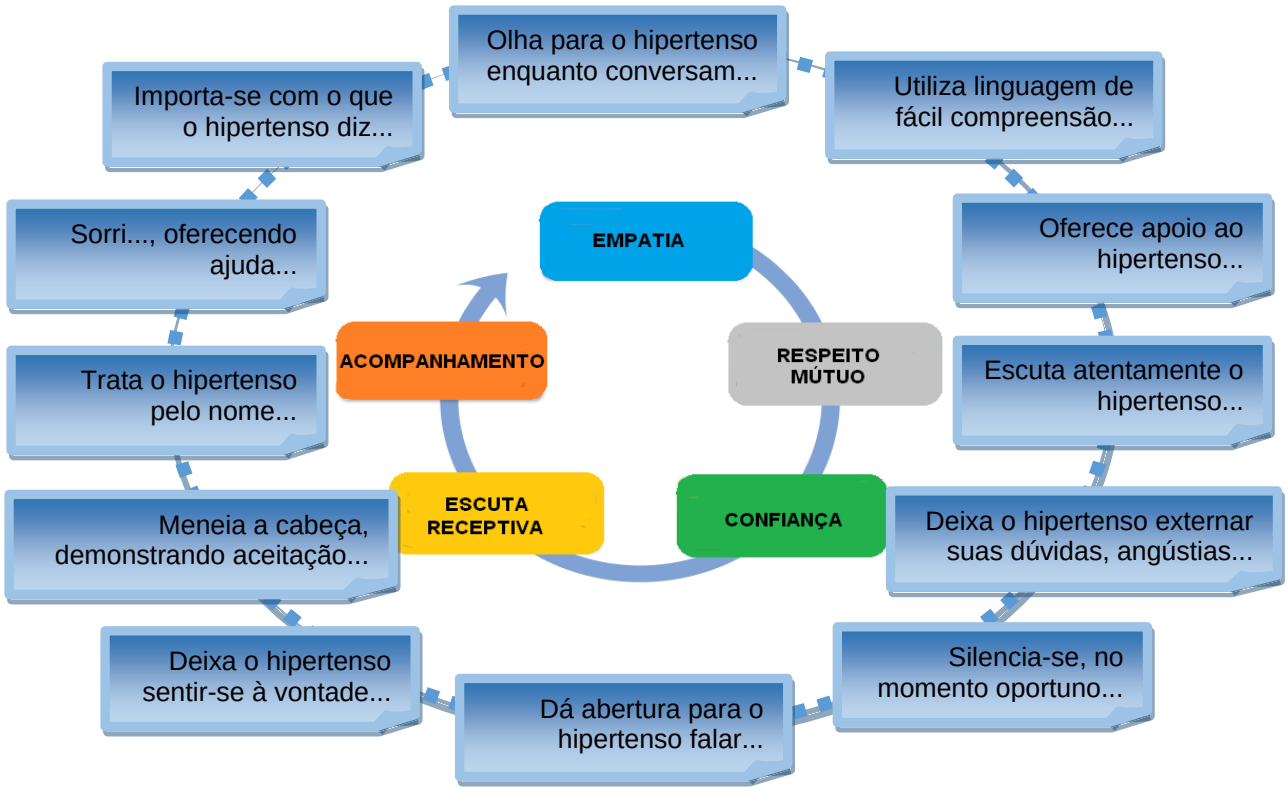
Essa elaboração deve-se dar dentro da lógica da confiança e do respeito, por meio de uma comunicação clara e acessível que abra espaços para

acompanhamento das reflexões dos hipertensos. Tal consideração aprimora as relações interpessoais, contribuindo para atitudes efetivas e criação de vínculos entre profissionais de saúde e hipertensos, pautada no respeito e na confiança, vislumbrando uma assistência acolhedora e de qualidade.

O acompanhamento implica propiciar um processo de reflexão que produza as decisões autônomas dos usuários (VALVERDE, 2007). Para isso, fortalecer a comunicação é primordial, pois percebemos mais o falar do que escutar, comprometendo o processo comunicacional.

As experiências observadas no cotidiano do serviço de saúde remetem-nos a pensar e repensar a importância da comunicação terapêutica no processo de trabalho, como tecnologia que provoca mudanças e contribui para o desenvolvimento de estratégias eficientes na produção do cuidado direcionado aos hipertensos. Trabalhar com os elementos que fortalecem o relacionamento terapêutico, possibilita crescimento para profissionais de saúde e usuários, pois permite maior interação dos envolvidos na equipe, influenciando positivamente no tratamento e no cuidado direcionado aos hipertensos.

FIGURA 8 – Representação figurada dos elementos emanados durante as consultas médicas e de Enfermagem, ESF Sede, Salitre, CE, 2016



Fonte: Elaboração própria, 2016.

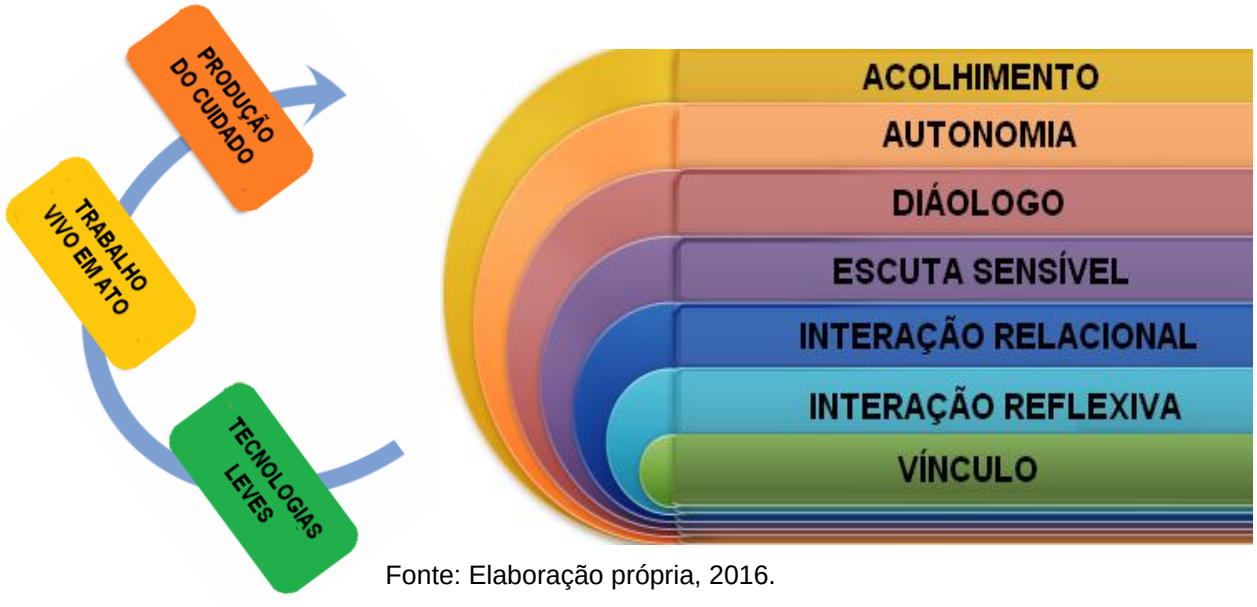
A existência dos elementos representados na Figura 8, reforça o acolhimento, o vínculo e a interação dos sujeitos envolvidos na comunicação. Nas relações dialógicas, no entanto, ainda se observa uma atenção centrada na doença, fundamentada nas medidas prescritivas e nas orientações para controle adequado da HAS, tornando-se necessários avanços na dimensão do cuidar.

Esperamos que a produção do cuidado realizada pelos profissionais das ESF perpasse 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 (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Merhy (2007) reitera a ideia de que o uso das tecnologias leves assuma 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.

Os profissionais de saúde devem se apropriar e trabalhar com as tecnologias leves para fomentar o trabalho vivo em ato, com o propósito de produzir saúde e cuidado aos usuários, fortalecendo a ambiência relacional e criando espaços que produzam novas possibilidades nas práticas do cuidar.

Figura 9 – Representação figurada da produção do cuidado



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Articular essas tecnologias durante a prática do cuidado, centrando-se no trabalho vivo em ato, permite o estabelecimento de relações de confiança, interferindo significativamente na afetividade e efetividade do encontro, trazendo benefícios aos hipertensos em relação ao modo de viver e cuidar da saúde.

Parece uma realidade tão longe, mas que está bem perto dos profissionais de saúde, pois o ato de se comunicar é peculiar à natureza humana, favorecendo o processo relacional e a produção do cuidado com os usuários dos serviços de saúde.

> O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado. (ROSSI; LIMA, 2005, p. 305).

Superar esses desafios é necessário para maior efetivação nas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Para isso, impõe-se que os profissionais se sensibilizem e debatam sobre o fortalecimento dessas tecnologias na Estratégia Saúde da Família, abrindo espaços para discussão e reflexão sobre os processos de trabalho e a organização dos serviços, fomentando a melhoria na qualidade do cuidado produzido por todos os que fazem parte da equipe de saúde.

O momento urge por mudanças por parte dos profissionais da saúde que desempenham suas atividades na Estratégia Saúde da Família para um novo modo de compreender o processo de trabalho em saúde e as relações que se estabelecem entre serviços, profissionais e usuários (MOURA *et al.,* 2014).

Durante as observações, evidenciaram-se relações de ajuda, apoio, escuta e confiança entre os profissionais de saúde e hipertensos, culminando com o cuidado. Percebe-se, contudo, a necessidade de fortalecer as tecnologias leves, para que as relações se tornem mais acolhedoras, humanizadas e integralizadas, na perspectiva do trabalho vivo em ato que produz saúde e qualidade de vida.

Araújo e Silva (2012) reforçam a noção de que se necessita de um conhecimento das técnicas de comunicação a fim de lograr transmitir atenção, compaixão e conforto aos usuários que estão necessitando de cuidados.

No espaço de produção do cuidado, é necessária uma comunicação clara e compreensível entre os sujeitos, pois tal prática se inicia por meio da escuta, permeada por saberes e práticas que permitem melhoria nas condições de saúde.

Desse modo, trabalhar as habilidades de comunicação favorece a reorganização da prática assistencial e do processo de trabalho, promovendo o trabalho vivo em ato que possibilita um olhar humanizado, que enseja mudanças na assistência baseada no cuidado.

Cardoso e Silva (2010) reforçam a ideia de que o cuidado é o núcleo central de atos que ocorre entre o usuário e o profissional, consistindo no processo de recuperação da autonomia do sujeito.

É possível inferir, pois, que, na unidade estudada, no processo de cuidado, prevalece o uso das tecnologias leve-duras permeado pelo respeito, vínculo e confiança nas interações de profissionais com hipertensos. Necessário se faz fortalecer as tecnologias leves para um cuidado integral e individualizado, tendo como foco a autonomia e o autocuidado de cada usuário.

Essas tecnologias integram o ato de cuidar em si, relacionadas às distintas maneiras de interação com o cliente. No cuidado humano, a relação se expressa interpessoalmente, do profissional de saúde, que presta o cuidado, com o usuário, que participa deste cuidado (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

O potencial das tecnologias leves em sinergia com o trabalho vivo em ato é suporte basilar para a produção do cuidado, fortalecendo os vínculos de confiança e construindo espaços que ampliam a qualidade de vida.

Reconhecemos, então, a necessidade de os profissionais se apropriarem adequadamente desses meios para provocar mudanças no processo de trabalho em saúde, na perspectiva dialógica e intersubjetiva, privilegiando os elementos e as estratégias da comunicação terapêutica no cuidado aos usuários com hipertensão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 O fim da caminhada

Caminhar...

É a expressão tão profunda e tão bela
Que não se aplica apenas à marcha que
Nossos pés realizam.

Caminhar é sinônimo de não parar, não se acomodar,
avançar, progredir...

Caminhar na fé, na esperança, e
principalmente,
no amor.

Caminhar: aproveitar a vida recebida e ganhar companheiros na
caminhada...

(HELDER CÂMARA).

A caminhada percorrida até aqui foi permeada de inquietudes, diálogos e curiosidades em busca de analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. As múltiplas dimensões que envolvem o processo comunicativo nos exprimem que esse caminhar anda longe de esvaziamentos, pois ainda há muito para se dialogar, há demais para se avançar.

Como o diálogo nunca se esgota, este trabalho dissertativo expressa os passos percorridos para compreender as singularidades e intersubjetividades do processo comunicativo. É um produto marcado por vivências e aspirações, acertos e erros, construções e desconstruções, impulsionado pela intenção de aprofundar os conhecimentos sobre a temática em estudo a fim de provocar mudanças na comunicação entre profissionais de saúde e hipertensos no cotidiano de trabalho da Atenção Básica.

Com os dados coligidos durante o estudo, foram edificadas três categorias: 1 Comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso na ESF; 2 Compreensão dos significados atribuídos às modalidades de comunicação, e 3 Produção do cuidado e os elementos emanados na interação interpessoal. Para isso, buscamos ampliar as discussões por meio da metodologia escolhida, alcançando os objetivos propostos, via técnica de observação não participativa, registros no diário de campo e análise de conteúdo, com uma abordagem predominantemente qualitativa.

Pensar a comunicação terapêutica é reconhecer sua importância nas conexões estabelecidas entre profissionais e usuários, contribuindo para produzir práticas de saúde mais efetivas que valorizem a individualização do cuidado. Para continuar a caminhada, necessário se faz registrar as visões que acompanharam esta pesquisa. Então, vamos aos frutos colhidos no decorrer deste estudo.

Na constituição dos dados, percebemos uma comunicação clara e compreensível entre os sujeitos envolvidos na pesquisa. Os profissionais de saúde, no entanto, trafegam por caminhos pouco explorados em relação ao uso das estratégias de comunicação terapêutica, necessitando, desenvolver habilidades para empregá-las, adequadamente, junto aos hipertensos.

Adentrar essas estratégias proporciona ganhos significativos que se traduzem em melhoria das condições de vida da população. Além disso, torna os profissionais de saúde mais conscientes no modo de atuar e agir perante às reais necessidades dos hipertensos, contribuindo na qualidade da assistência ofertada. Produz mais e melhores habilidades para aprimorar a atenção integral no âmbito da Saúde da Família.

Durante as interações interpessoais, evidenciaram-se as técnicas de comunicação terapêutica - expressão, clarificação e validação - nas consultas médicas e de Enfermagem. Em relação aos grupamentos, sobressaiu-se a expressão em relação aos outros guias, clarificação e validação. Na prática diária, os profissionais de saúde ajudam os hipertensos a exteriorizar ideias e sentimentos, mas precisam esclarecer e certificar-se de que as mensagens explicitas e implícitas foram compreendidas no processo comunicativo. Estabelecer essa ponte exprime o relacionamento terapêutico.

Necessário se faz que os profissionais atuantes na unidade estudada conheçam as estratégias de comunicação terapêutica, fundamentais para fortalecer as relações de trabalho e melhorar os serviços ofertados, pois compreender a importância dessas técnicas nas trocas comunicacionais contribui para maior envolvimento e integração da equipe em si e para com os usuários.

Além das estratégias de comunicação verbal, observamos a linguagem não verbal contemplando o processo do cuidado na relação profissional de saúde-hipertenso. Notamos a valorização das técnicas de comunicação verbal e a necessidade de os profissionais de saúde reaverem os sinais não verbais emitidos pelos hipertensos, essenciais para entender as percepções, emoções e sentimentos

emanados no processo comunicacional, visto que constituem um instrumento que aprimora o cuidado e a relação entre profissional e hipertenso na Atenção Básica.

É importante ressaltar o fato de que, as fragilidades ocorrentes nas linguagens não verbais comprometem o cuidado, instituindo relações unidirecionais no processo comunicativo que afetam os espaços intercessores permeados por esta pesquisa. Então, torna-se necessário superá-las para fortalecer a prática do cuidar, o relacionamento interpessoal e a comunicação efetiva - uma tríade potente, eficiente e importante à oferta de uma assistência com qualidade.

Palavras, posturas, gestos, emoções e atitudes caminham juntos, complementando-se, devendo ser compreendidos e valorizados pelos profissionais de saúde para revigorar a produção do cuidado. Repensar as formas de interação, o modo de agir e atuar junto aos hipertensos e abrir espaços para uma comunicação competente fortalece as relações, a autonomia e o autocuidado.

A comunicação, essência das relações humanas, deve permear toda a prática do cuidado, entrepondo-se o verbal e o não verbal, com o intuito de provocar mudanças no relacionamento interpessoal numa perspectiva terapêutica.

Nas observações, evidenciamos relações harmoniosas e acolhedoras, emanadas de elementos de confiança, respeito, empatia, escuta sensível e acompanhamento nas reflexões dos hipertensos. A utilização desses elementos acrescidos das estratégias de comunicação terapêutica favorece o estabelecimento da humanização na assistência, permitindo aos profissionais refletir sobre o atuar, agir e conduzir ante as situações expostas pelos hipertensos, que são fundamentais na qualidade do cuidado ofertado a estes usuários.

Ainda observamos, no entanto, práticas do cuidar centrada na atenção à doença, nas medidas prescritivas e nas informações necessárias ao controle dos níveis pressóricos, necessários à melhoria da qualidade de vida dos hipertensos. Consideramos, então, necessário fortalecer o uso das tecnologias leves por avivar os espaços relacionais das interações, vitalizados pelo trabalho vivo em ato, que tonifica o processo de trabalho e produz o cuidado.

Nessa reflexão, evidenciamos, na unidade pesquisada, a necessidade de utilizar a comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso por ser um dispositivo pouco explorado pelos profissionais de saúde. Além disso, é expresso como um instrumento enérgico na relação cuidador e cuidado, permitindo estreitar vínculos de

confiança, transformar o processo de trabalho e compreender as reais necessidades desses usuários.

Comungando com os fundamentos teóricos que nortearam esta pesquisa, faz-se necessário *"[...] avançar, progredir [...]"* as discussões sobre a comunicação terapêutica na Estratégia Saúde da Família, por ser um meio que permite os profissionais de saúde desempenharem, eficientemente, os cuidados necessários aos hipertensos em todos os momentos do atendimento, revitalizando os encontros terapêuticos e enriquecendo a qualidade do trabalho da equipe.

É oportuno ressaltar que esses veículos comunicacionais produzem mudanças significativas na prática do cuidado, necessitando, portanto, serem dissecadas por todos que atuam na saúde. A implementação das tecnologias leves, produzidas no trabalho vivo em ato, possibilita uma interação mais efetiva, reconhecendo os distintos sujeitos envolvidos no relacionamento terapêutico, transformando-os em protagonistas no cuidar e produzir saúde.

O desafio é grande! A caminhada é longa! Necessária, porém, existe para estabelecer maior aproximação entre a comunicação terapêutica e o cuidado ao hipertenso, com o propósito de provocar mudanças e possibilitar maior eficiência nas ações e serviços ofertados.

Pretendemos continuar dialogando, plantando boas sementes, colhendo bons frutos e delineando os passos, para *"[...] ganhar companheiros na caminhada [...]"*, imbuída pelo desejo de um devir, onde se percebam práticas do cuidado sob a óptica da comunicação terapêutica.

Para finalizar esse diálogo, convidamos Fernando Pessoa (2014, p. 126):

> É fácil trocar as palavras,
> Difícil é interpretar os silêncios!
> É fácil caminhar lado a lado,
> Difícil é saber como se encontrar!
> É fácil beijar o rosto,
> Difícil é chegar ao coração!
> É fácil apertar as mãos,
> Difícil é reter o calor!
> É fácil sentir o amor,
> Difícil é conter sua torrente!

Então, esta caminhada não terminou...

REFERÊNCIAS

ABREU, A. S. **A arte de argumentar**: gerenciando razão e emoção. 8. ed. Ateliê Editorial: São Paulo, 2009.

ALMEIDA, J. F. de; FERREIRA, V. S. C. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na produção do cuidado aos hipertensos na estratégia saúde da família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013.

ALVES, R. **Essencial** - 300 Pílulas de Sabedoria. Editora: Planeta do Brasil, 2015.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.

AMORIM, R. K. de F. C. C. de.; SILVA, M. J. P. da. Comunicação não verbal efetiva/eficaz em sala de aula: percepção do docente de enfermagem. **Texto contexto - enferm**., v. 23, n. 4, Florianópolis, oct./dez. 2014.

ANDRADE, C. D. **A rosa do campo**. 21. ed. Rio de Janeiro: Editora Record:, 2000.

ANDRADE, K. C. S.; FREITAS, F. F. Q.; MARQUES, D. K. A.; LUCENA, A. L. R.; COSTA, K. N. M.; COSTA, M. M. L. Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, v. 9, n. 11, p. 9784-9783, nov. 2015.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, m. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, M. M. T. DE; SILVA, M. J. P. DA. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas. **Interface (Botucatu) [online].**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006.

BARBOSA, J. B.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, M. M. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís - MA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 4, p. 260-266, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, M. **Retrato do artista quando coisa**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm,** USP., v. 41, n. esp, p. 815-819, 2007.

BARTHES, R. **Fragmentos de um discurso amoroso.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 507-520, 2012.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, abr./jun., 2003.

BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, M. de F. A. S.; DUARTE, A. S.; COSTA, E. A. P.; ANTÃO, J. Y. F. de L. Comunicação no processo educativo desenvolvido por enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. **Sau & Trans. Soc**. Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 42-44, 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar ética do humano**: compaixão pela terra. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente. Visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista Enferm**., v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Conselho Federal de Psicologia. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2009b.

_____.Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013b.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

_____. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 167p. (Caderno de Atenção Básica, n. 35).

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília, 2009a.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 8).

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRITO, F. M.; COSTA, I.C.P.; COSTA, S. F. G.; ANDRADE, C. G.; SANTOS, K. F. O.; FRANCISCO, D. P. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**., v.18, n. 2, p. 317-322, 2014.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. de A. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. **REME - Rev Min Enferm**., v. 18, n. 3, p. 697-702, jul./set. 2014.

_____. Nursing staff and communication: contributions to nursing care. **Rev. bras. enferm**., Brasília, v. 65, n. 1, jan./fev., 2012**.**

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R., Análise de conteúdo em pesquisa que utilizam metodologia clínica-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev Latinoam de Enfermagem,** v. 17, n. 2, 2009.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repesando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, A. dos S.; NASCIMENTO, M. C. do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva [online]**., v.15, suppl.1, p.1509-1520 2010.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do Programa Saúde da Família. **Revista APS,** v. 7, n. 1, p. 47-50, jan./jun. 2004.

CARDOSO, G. B.; SILVA, A. L. A. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-455, jul./set. 2010.

CARDOSO, L. S.; CEZAR-VAZ, M.R.; SILVA, M. R. S.; COSTA, V. Z. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., v. 19, n. 2, p. 396-402, 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf. Acesso em: 6 jul. 2015.

CASTRO, M. de.; PEREIRA, W. R. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de Enfermagem. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v. 64, n. 3, p. 486-496, maio/jun.2011.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p.545-555, 2009.

CENEVIVA, R.; CASTRO E SILVA, J. R. O paciente cirúrgico: relação médico paciente. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 252-258, 2008.

CERON, M. **Habilidades de comunicação**: abordagem centrada na pessoa. Módulo Psicossocial. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS - UNIFESP, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso: 20 set. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHAPLIN, C. **Tua caminhada ainda não terminou**. Disponível em <https://mscamp.wordpress.com/2008/11/11/tua-caminhada-ainda-nao-terminou-charles-chaplin/>. Acesso em: 10 mai. 2016.

COSTA, L. S. M.; SILVA, N. C. Z. Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 43, p. 1107-17, 2012.

CUNHA, M. S. da. **A comunicação como instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).** 2008, 39f. Monografia (Especialização em Condutas de Enfermagem ao paciente crítico) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2008.

DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L.; CARVALHO, E. C. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ARAÚJO, M. F. M.; ALENCAR, A. M. P. G. A comunicação terapêutica entre

profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 20, n. 4, jul./ago. 2012.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Communicative process and humanization in healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.641-9, 2009.

DIAS, M. S. de A. **Tecnologias leves em saúde:** saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 385p. (Série Micropolítica do Trabalho e o cuidado em Saúde).

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enferm**., v. 12, n. 3, p. 287-95, 2007.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 327-330, mai./jun. 2006.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P.. AS tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu) [online]**., v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FIORENTINI, D.; LORENZATO, S. **Investigação em educação matemática**: percursos teóricos e metodológicos. 2 ed. Campinas: Autores Associados, 2009. 240p.

FORTIN, M. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. 3. ed. Loures, Lusociência, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em: 7 nov. 2015.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comum Saúde Educ**., v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GRUNIG, J. E. Definição do posicionamento das relações públicas. In: GRUNIG, James E.; FERRARI, M. A.; FRANÇA, F. **Relações públicas**: teoria, contexto e relacionamentos. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009. p. 17-34.

GUARIENTE, M. H. D. de M.; KIKUCHI, E. M.; CARVALHO, W. O.; VANNUCHI, M. T. O.; DESSUNTI, E. M.; GASTALDEI, Q. B. **Currículo Integrado**: a experiência do

curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina 2012. cap. 5. 280p.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações between sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A de. **Cuidado**: como Fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 39-58.

HADDAD, J. G. V. **Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica**: um estudo na rede do município de Itajubá. 2011, 115f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

HADDAD, J. G. V.; MACHADO, E. P.; NEVES-AMADO, J.; ZOBOLLI, E. L. C. P. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 35, n. 2, p.145-155, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2015.

IGNATTI, C. Toque terapêutico em portadores de sintomas subjetivos na Clínica de Enfermagem UNAERP Guarujá. **Revista Científica Integrada**, Unaerp Campus Guarujá, v. 1, n. 1, mar. 2012.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil Básico Municipal. 2014. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br. Acesso em: 20 out. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007.

LIMA, L. L. **Micropolítica do cuidado ao usuário com hipertensão arterial:** acolhimento, vínculo e co-responsabilizaçã. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

LOSEKANN, M. V. **Saberes de técnicos e auxiliares de enfermagem**: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2013.

MACHADO, E. P. **Os elementos da comunicação terapêutica na relação clínica enfermeiro-usuário na atenção básica em São José dos Campos**. São Paulo, 2011. 95p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 2011.

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing-uma orientação aplicada**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of no transmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARCONDES FILHO, C. **Até que ponto, de fato, nos comunicamos?** Uma reflexão sobre o processo de individuação e formação. São Paulo: Paulus, 2004.

MARTINS, E. F.; IVANOV, N. Identificação das formas de comunicação em portadores de surdo cegueira para planejamento da intervenção terapêutica. **Acta Fisiátrica,** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 10-13, mar. 2009.

MATURAMA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUZA, G. C.; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A.; CLARA-COSTA, I. do C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**., v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MEIER. M. J.; NASCIMENTO, S. R. Comunicação e tecnologia: instrumentos para o cuidado. **Rev Téc Cient Enferm**., v. 1, n. 3, p.19-23, 2003.

MEIRELES, C. **Poesia completa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

MENDES, E. V. **O cuidado das doenças crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-74.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAIS, G. S. N; COSTA, S. F. G; FONTES, W. D; CARNEIRO, A. D. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. enferm**., v. 22, n. 3, p. 54-63, 2009.

MOURA, M. E. B.; BRITO, J. N. P. O.; SOUSA, C. M. M., Ramos, C. V. A estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, v. 8, n. 7, p. 2155-2159, jul. 2014.

MOURÃO, C. M. L.; ALBUQUERQUE, A. M. S.; SILVA, A. A. S. da; OLIVEIRA, A. S. de.; FERNANDES, A. F. C. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009.

NEGREIROS, P. L.; FERNANDES, N. O.; MACEDO-COSTA, K. N. F.; SILVA, G. R. F. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enferm,** v. 12, n. 1, p. 120-132, 2010.

NERY, A. A.; CARVALHO, C. G. R.; SANTOS, F. P. dos S.; NASCIMENTO, M. S.; RODRIGUES, V. P. Saúde da Família: Visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, jul./set. 2011.

NOREÑA-PEÑA, A.L.; CIBANAL-JUAN, L. El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. **Cultura de los Cuidados**., v. 23, n. 1, p. 70-79, 2008.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**., v. 45, n. 4, p. 862-8, 2001.

OLIVEIRA, M. A. F. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente para atuar em redes? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pó-modernidade. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**., v. 3, n. 1, p. 14-27, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/708/713>. Acesso em: 13 abr. 2015.

OLIVEIRA, M. E.; FENILI, R. M.; ZAMPIERI, M. F.; MARTINS, C. R. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. **Enferm Global**. **[Internet]**., v. 8, n. 8, p. 1-7, 2006. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/421>. Acesso em: 2 mar. 2016.

OLIVEIRA, P. S. de; NÓBREGA, M. M. L. da; SILVA, A. T. da; FERREIRA FILHA, M. de O. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 54-63, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 14 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008**: cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008. Disponível: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem téorico-prática. 15. ed. Campinas: Papirus, 2009.

PESSOA, F. **Livro do desassossego** - composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. Richard Zenith. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PESSOA, F. **Poesias inéditas & poemas dramáticos**. Editora: L&PM EDITORES, 2014.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. de. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. bras. enferm**., Brasília, v. 64, n. 4. jul./ago. 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400010>. Acesso em: 25 maio 2016.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev Enferm,** UERJ, v. 18, p. 622-627, 2010.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2010. Disponível: <http//.www.pnud.org.br/atlas>. Acesso em: 25 set. 2015.

_____. **Índice de desenvolvimento humano**. 2010. Disponível: www.**pnud**.org.br/idh/ Acesso em: 25 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Artmed, 2004.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio/jun. 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **REME – Rev. Min. Enferm**., v. 13, n. 4, p. 599-605, out./dez., 2009.

QUEIROZ, R. **Serenata**: poesias. Editora: Armazém da Cultura, 2010.

RAÇA NEGRA. **A estrada**. In: Toni Garrido, Tlazão, Bino Farias e da Gama. Gravadora Som Livre, Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, A. P; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC,** São Paulo, v. 14, n. 1, p. 164-170, fev. 2012.

RANGELS, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./out. 2007.

RENATO TEIXEIRA. **Tocando em frente**. Rio de Janeiro: Gravadora Som Livre, 2007.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**. Rio de Janeiro: Áurea, 2009.

ROSA, G. **Primeiras estórias especial**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 305-310, maio/jun. 2005.

SALITRE, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão,** 2014.

SALITRE, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão,** 2015.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública**., v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SANTOS, F. P. A. dos.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm,** USP, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.

SANTOS, F. P. dos A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. 2010. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual da Bahia, 2010.

SANTOS, K. M. A. B. dos.; SILVA, M. J. P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 37, n. 2, jun. 2003.

SANTOS, L. N. M.; PEDROSA, J. I. D.; RODRIGUES, I. D. C. V.; FREIRE, M. S. S.; SILVA, G. R. F.; LUZ, M. H. B. A. Relações interpessoais na Estratégia Saúde da Família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 155-159, jan. 2014.

SANTOS, M. C. L.; SOUSA, F. S. de.; ALVES, P. C.; BONFIM, I. M.; FERNANDES, A. F. C. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 675-678, jul./ago. 2010.

SANTOS, Z. M. de S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto - Enferm**., Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 28 mar. 2012.

SCHOLZE, A. da S.; DUARTE JÚNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, v.13, n. 31, Botucatu, out./dez. 2009.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.12, dez. 2014.

SILVA, D. C. da.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar**. Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 291-218, jun. 2008.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 306-313, jun. 2011.

SILVA, L. T. da.; ZOBOLI, E. L. C. P.; BORGES, A. L. B Bioética atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm**., v. 11, n. 2, p. 133-142, maio/ago. 2006.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8. ed. São Paulo, 2011.

SILVA, M. P. J. Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 14-20, 2001.

SILVEIRA, I. P. da.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. de C. Comunicação com parturiente: experiência pautada no diálogo vivo à luz da teoria de Paterson e Zderad. In: ALMEIDA, M. I.; FARIAS, F. L. R. de; BANDEIRA, M. N. C. **Interfaces do cuidado e interdisciplinaridade**. Fortaleza: EdUECE, 2008, 274p.

SMAJDOR, A.; STÖCK, A.; SALTER, C. The limits of empathy: problems in medical educacion and practice. **J Med Ethics.**, v. 37, n. 6, p. 380-383, jun. 2011.

SOUSA, M. N. de. **Guia grande**: a história de Salitre. Pará de Minas: Virtual Books Editora, 2015. 112p.

SPONVILLE, A. C. **Pequeno tratando das grandes virtudes**. Editora: Martins Fontes, 2002. 392p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C de. **A contribuição nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, set. 2005.

TESTON, E. F.; CECILIO, H. P. M.; MARQUES, C. D. C.; MONTESCHIO, L. S. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Communication towards the terminality process: integrative review. **J Nurs UFPE on line,** Recife, v. 7, n. 1, p. 803-812, mar. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3280/pdf_2192>. Acesso em: 13 abr. 2015.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como escrever teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 172p.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

VALVERDE, C. **Comunicación terapéutica em enfermaría.** Madri: DAE; 2007.

VERÍSSIMO, F. I. L.; SOUSA, P. C. P. A comunicação como expressão do cuidado humanizado em fim de vida: revisão sistemática. **Rev enferm UFPE on line,** Recife, v. 8, n. 8, p. 2845-2853, ago., 2014.

VIDAL, B., R.; ADAMUZ TOMAS, J.; FELIU BAUTE, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. **Enferm. glob.**, n. 17, out. 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 mar. 2016.

WALDOW, V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 62, n. 1, p. 140-5, jan./fev. 2009.

WERBER, D.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras Hipertens,** v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014.

ZINN, G. B.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latinoam Enferm**, v. 11, n. 3, p. 326-32, maio/jun. 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Atenção Básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. São Paulo, Brasil. **Mundo Saúde**, v. 33, n. 2, p.195-204, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

À Instituição:
Secretaria Municipal de Saúde de Salitre
Secretária Municipal de Saúde: Francisca Euvânia Evangelista Vital
Rua: Santo Antônio, n° 417-A, Centro
Salitre-CE

Será desenvolvido o projeto intitulado: **"A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA",** cujo objetivo geral é analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família Sede, no Município de Salitre, Estado do Ceará. Adicionalmente, esse projeto consiste em coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável, solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberem do depositário, resguardando os direitos assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

1) garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2) emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3) retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde ele foi realizado.

Assim, venho, por meio deste solicitar a V. Sª., fiel depositária dos prontuários e da base de dados da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, situada em Salitre, Estado do Ceará, autorização para coleta de dados nos prontuários dos hipertensos da Estratégia Saúde da Família Sede, para subsidiar nas informações predefinidas na pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável:
Nome: Geanne Maria Costa Torres
Enfermeira - COREN CE 87.879
Endereço: Rua Professor Admilson Batista dos Santos n° 455, Centro, Campos Sales - CE CEP: 63.150-000
E-mail: gmctorres@hotmail.com
Tel: (88) 99223 0404

Informo, ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará - UECE, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Salitre, 10 de dezembro de 2015.

_____
Francisca Euvânia Evangelista Vital
Secretária de Saúde de Salitre

_____
Geanne Maria Costa Torres
Pesquisadora

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - HIPERTENSO(A)

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa **A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, sob a responsabilidade da pesquisadora **GEANNE MARIA COSTA TORRES**, a qual pretende analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso, na Estratégia Saúde da Família Sede, no Município de Salitre, Estado do Ceará e, especificamente, identificar os fatores que favorecem e interferem a comunicação terapêutica entre hipertensos e profissionais na referida equipe; e descrever as formas de comunicação utilizadas no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família.

Será utilizada uma abordagem predominantemente qualitativa, utilizando-se como instrumento um *check list* elaborado para a observação, contendo os grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica: expressão, clarificação e validação. As observações serão feitas durante as consultas médicas e de Enfermagem. Esta pesquisa não lhe trará nenhum risco; porém, o (a) Sr (a) poderá sentir algum risco ou desconforto, como: constrangimento, incômodo e desalento emocional durante a observação. Para minimizar ou excluir os riscos, serão tomadas as providências e precauções: suspender a observação e oferecer assistência necessária em relação aos riscos considerados mínimos pela pesquisa. Portanto, todo e qualquer risco será evitado ao máximo. Os dados obtidos serão manuseados apenas pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes. Não será realizado nenhum procedimento invasivo. Os benefícios (direto ou indireto) relacionados com sua participação na pesquisa são fornecer condições para que se atinja melhoria nas trocas comunicacionais entre profissionais de saúde e hipertensos, tendo em vista que estratégias de comunicação eficazes são relevantes e permitem vivências que envolvem o pensar, o agir e o cuidar da saúde, contribuindo na redução das complicações advindas da doença não controlada adequadamente. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

A sua participação é voluntária e não implicará custos ou prejuízos adicionais, sejam de natureza econômica, social, psicológica ou moral, sendo garantidos o anonimato e o sigilo dos dados referentes a nossa identificação. Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O(a) Sr(a) poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terá liberdade para não participar quando assim não achar mais conveniente. Contatos com a Mestranda Geanne Maria Costa Torres, (88) 99223 0404 e com a Orientadora Maria Irismar de Almeida, (85) 3101 9809, e-mail: irismaruece@gmail.com. Se quiser obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizado na Av. Silas Munguba n° 1.700 - Campus do Itaperi - CEP: 60.714-110, Tel: (85) 3101 9890, Fortaleza - CE. E-mail: cep@uece.br

Se o(a) Sr(a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós Esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste Termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, atendidas às exigências legais, o Sr(a) _____, portador(a) da célula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram novamente esclarecidas pelas pesquisadoras, ciente dos serviços aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente Termo.

Salitre (CE), ____ de _____ de 2016.

_____
Geanne Maria Costa Torres
Enfermeira - COREN CE 87.879
E-mail: gmctorres@hotmail.com
Tel: (88) 99223 0404

_____
Assinatura do(a) Participante

Impressão dactiloscópica

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL DE SAÚDE

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da Pesquisa **A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, sob a responsabilidade da pesquisadora **GEANNE MARIA COSTA TORRES**, a qual pretende analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso, na Estratégia Saúde da Família Sede, no Município de Salitre, Estado do Ceará e, especificamente, identificar os fatores que favorecem e interferem a comunicação terapêutica entre hipertensos e profissionais na referida equipe; e descrever as formas de comunicação utilizadas no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família. Será utilizada uma abordagem predominantemente qualitativa, utilizando-se como instrumento um *check list* elaborado para a observação, contendo os grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica: expressão, clarificação e validação. As observações serão feitas durante as consultas médicas e de Enfermagem. Esta pesquisa não lhe trará nenhum risco; porém, o (a) Sr (a) poderá sentir algum risco ou desconforto, como: constrangimento, incômodo e desalento emocional durante a observação. Para minimizar ou excluir os riscos, serão tomadas as providências e precauções: suspender a observação e oferecer assistência necessária em relação aos riscos considerados mínimos pela pesquisa. Portanto, todo e qualquer risco será evitado ao máximo. Os dados obtidos serão manuseados apenas pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes. Não será realizado nenhum procedimento invasivo. Os benefícios (direto ou indireto) relacionados com sua participação na pesquisa são fornecer condições para que se atinja melhoria nas trocas comunicacionais entre profissionais de saúde e hipertensos, tendo em vista que estratégias de comunicação eficazes são relevantes e permitem vivências que envolvem o pensar, o agir e o cuidar da saúde, contribuindo na redução das complicações advindas da doença não controlada adequadamente. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. A sua participação é voluntária e não implicará custos ou prejuízos adicionais, sejam de natureza econômica, social, psicológica ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a nossa identificação. Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a) poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terá liberdade para não participar quando assim não achar mais conveniente. Contatos com a Mestranda Geanne Maria Costa Torres, (88) 99223 0404 e com a Orientadora Maria Irismar de Almeida, (85) 3101 9809, e-mail: irismaruece@gmail.com. Se quiser obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizado na Av. Silas Munguba n. 1.700 - Campus do Itaperi - CEP: 60.714-110, Tel: (85) 3101 9890, Fortaleza - CE. E-mail: cep@uece.br

Se o(a) Sr(a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós Esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste Termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, atendias às exigências legais, o Sr(a) _____, portador(a) da célula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram novamente esclarecidas pelas pesquisadoras, ciente dos serviços aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente Termo.

Salitre (CE), ____ de _____ de 2016.

Geanne Maria Costa Torres Enfermeira - COREN CE 87.879 E- mail: gmctorres@hotmail.com Tel: (88) 99223 0404	Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA

À Secretaria Municipal de Salitre
Rua Santo Antônio, n° 317-A
Centro
Salitre - CE

Será desenvolvida uma pesquisa que se intitula “A Comunicação Terapêutica no Cuidado ao Paciente Hipertenso na Estratégia Saúde da Família”. Neste estudo, objetiva-se analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família Sede, no município de Salitre, Estado do Ceará.

Então, venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria, autorização para realizar essa pesquisa junto aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família Sede, localizada neste município. O estudo terá uma abordagem qualitativa, realizando a coleta de dados através da observação durante as consultas com os hipertensos. Além disso, solicito revisar os prontuários para coleta de informações predefinidas na pesquisa.

Como pesquisadora, responsabilizo-me em devolver os dados encontrados a esta instituição, logo que a pesquisa esteja concluída. A coleta de dados ocorrerá no período de abril a maio de 2016.

Reforço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada a elaboração da dissertação de Mestrado, a qual faz parte das exigências do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Ceará - UECE, do qual sou mestranda.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Geanne Maria Costa Torres. Endereço: Rua Professor Admilson Batista dos Santos nº 455, Centro, Campos Sales - CE. Telefone: (88) 99223 0404.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Salitre a responsabilidade pelo presente termo.

Salitre - CE, 10 de dezembro de 2015.

_____
Geanne Maria Costa Torres
Pesquisadora

De acordo:

_____
Francisca Euvânia Evangelista Vital
Secretária de Saúde de Salitre

APÊNDICE E – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO / DIÁRIO DE CAMPO

Observação:
Data:____/_____/_____ Início: _____ Término: _____

A COMUNICAÇÃO TERAPEÛTICA (PROFISSIONAL DE SAÚDE/USUÁRIO)

OBSERVAR E ANOTAR COMO OCORRE AS SEGUINTES QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Estratégias de comunicação estabelecidas com o (a) hipertenso (a) quando procura a Unidade de Saúde para consulta.

2. Como acontece a comunicação terapêutica no cuidado ao hipertenso (a) durante a consulta.

3. Facilidades encontradas para estabelecer a comunicação terapêutica na relação hipertenso-profissional durante a consulta.

4. Dificuldades encontradas para estabelecer a comunicação terapêutica na relação hipertenso-profissional durante a consulta.

5. Compreensões verbalizadas ou evidenciadas em relação aos aspectos não verbais e paraverbais durante a consulta.

Outras Observações:

DESCRIÇÃO	REFLEXÃO (ÕES)
1. Empatia 2. Respeito mútuo 3. Confiança 4. Escuta receptiva 5. Acompanhamento do paciente em suas reflexões	

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISA: A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GRUPAMENTOS DAS ESTRATÉGIAS A SEREM OBSERVADAS	**MÉDICO**		**ENFERMEIRA**	
EXPRESSÃO	**P**	**A**	**P**	**A**
Ouve reflexivamente				
Uso terapêutico do silêncio				
Verbaliza aceitação				
Verbaliza interesse				
Usa frases reticentes ou em aberto				
Repete comentário feito pelo paciente				
Repete as últimas palavras ditas pelo paciente				
Introduz problema relacionado				
Faz pergunta				
Faz pergunta relacionada ao que o paciente disse				
Direciona a pergunta feita pelo paciente para a pessoa dele (devolve a pergunta)				
Usa frases descritivas				
Mantém o paciente no mesmo assunto				
Permite ao paciente que escolha o assunto				
Coloca em foco a ideia principal				
Verbaliza dúvidas				
Diz não				
Estimula a expressão de sentimentos subjacentes (verbaliza o implícito)				
Usa terapeuticamente o humor				
CLARIFICAÇÃO				
Estimula comparações				
Solicita ao paciente que esclareça termos incomuns				
Solicita ao paciente que precise o agente de ação				
Descreve os eventos em sequência lógica				
VALIDAÇÃO				
Repete a mensagem do paciente				
Solicita ao paciente para repetir o que foi dito				
Sumariza o conteúdo da interação				

LEGENDA: P - Presente; A - Ausente.

*Adaptado por Stefanelli e Carvalho (2012).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: GEANNE MARIA COSTA TORRES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50475315.5.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.506.165

Apresentação do Projeto:

Dentro da área da saúde, percebe-se e valoriza-se a importância da comunicação nas relações entre os profissionais e com os usuários do sistema a qual denomina-se comunicação terapeutica, de forma que possibilite o entendimento e a satisfação a todos e a harmonia para a instituição.

É por meio da comunicação terapeutica que o profissional garante a identificação de problemas individuais e coletivos na população, podendo então relacioná-los com a análise da situação encontrada e direcioná-los para um planejamento de cuidado apropriado e efetivo.

No estudo, almeja-se aprofundar os conhecimentos em torno das trocas comunicacionais no cuidado aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de despertar nos profissionais de saúde a importância da utilização das estratégias de comunicação terapêutica na dinâmica do processo de trabalho e na essência das relações interpessoais.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar a comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família Sede, no município de Salitre, Estado do Ceará.

Específicos

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

Descrever as formas de comunicação utilizadas no cuidado ao paciente
hipertenso na Estratégia Saúde da Família;
Identificar os fatores que favorecem e interferem a comunicação terapêutica
entre hipertensos e profissionais na referida equipe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a pesquisadora informa que Para minimizar ou excluir os riscos, serão tomadas as providências e precauções: suspender a observação e oferecer assistência necessária em relação aos riscos considerados mínimos pela pesquisa. Portanto, todo e qualquer risco será evitado ao máximo.
Os benefícios (direto ou indireto) relacionados com a pesquisa são de fornecer condições para que se atinja melhoria nas trocas comunicacionais entre profissionais de saúde e hipertensos, tendo em vista que estratégias de comunicação eficazes são relevantes e permitem vivências que envolve o pensar, o agir e o cuidar da saúde, contribuindo na redução das complicações advindas da doença não controlada adequadamente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo traz a importância da relação paciente, equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar incluí a maneira como é realizada a comunicação terapeutica, a clareza com que é abordado o assunto e a abertura que é dada ao paciente e a seus familiares para que possam conversar sobre o seu processo de saúde/doença. O usuário precisa de esclarecimentos dos profissionais de saúde na identificação e esclarecimento de seus problemas para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções de reabilitação para eles

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresenta todos os termos

Recomendações:

recomenda-se apresenta o TCLE como arquivo em separado, além de estar presente no corpo do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendencias

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_594902.pdf	01/03/2016 19:09:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado_GeanneCostaTorres.pdf	29/12/2015 20:25:09	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito
Outros	TermoFielDepositario_Geanne.pdf	29/12/2015 14:23:02	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito
Outros	Geanne_Termo_Anuencia.pdf	29/12/2015 14:20:56	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GEANNE_COSTA_TORRES.pdf	29/12/2015 13:39:00	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado_GeanneCosta.pdf	27/09/2015 18:23:27	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Geanne.pdf	25/09/2015 19:06:35	GEANNE MARIA COSTA TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Abril de 2016

Assinado por:
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br