

PRESENÇA IMPLICADA E EM RESERVA DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À PESSOA COM HIPERTENSÃO

INVOLVED PRESENCE AND IN RESERVE OF THE NURSE IN HEALTH
EDUCATION FOR PEOPLE WITH HYPERTENSION

PRESENCIA PARTICÍPE Y EN RESERVA DEL ENFERMERO EN LA
EDUCACIÓN EN SALUD A LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN

Gilvan Ferreira Felipe^I
Lia Carneiro Silveira^{II}
Thereza Maria Magalhães Moreira^{III}
Maria Célia de Freitas^{IV}

RESUMO: Foi objetivo deste estudo analisar a contribuição dos conceitos de *presença implicada* e *presença em reserva* para o processo de educação em saúde realizado pelo enfermeiro à pessoa com hipertensão arterial. A necessidade de cuidado acompanha o indivíduo durante todo seu ciclo vital. Percebem-se situações que tornam explícita esta necessidade como é o caso da pessoa com hipertensão arterial que requer atenção permanente da equipe de saúde. Uma das formas de se fornecer esta atenção é por meio da prática de educação em saúde. O processo de educação em saúde pode atuar como colaborador da terapêutica dessas pessoas, quando realizado com equilíbrio dinâmico entre a *presença implicada* e a *presença em reserva* por parte do profissional.

Palavras-chave: Educação em saúde; cuidados de enfermagem; atitude do pessoal de saúde; hipertensão arterial.

ABSTRACT: The purpose of this study was to examine how the concepts of *involved presence* and *presence in reserve* contribute to the process of health education undertaken by nurses with people with hypertension. The need for care accompanies people throughout their life cycle. In some situations this need becomes explicit, as in the case of people with high blood pressure, who require constant care from health personnel. One way to provide such care is through health education. The health education process can collaborate in treatment for these people, when conducted in such a manner that there is dynamic equilibrium between the *involved presence* and *presence in reserve* of the health professional.

Keywords: Health education; nursing care; attitude of health personnel; hypertension.

RESUMEN: Fue objetivo analizar la contribución de los conceptos de *presencia partícipe* y *presencia guardada* para el proceso de educación en salud realizado por el enfermero a la persona con hipertensión arterial. La necesidad de atención acompaña el sujeto durante toda su vida. Algunas situaciones explicitan este requisito como es el caso de las personas con hipertensión arterial que requieren la atención constante del equipo de salud. Una manera de proporcionar esta atención es por medio de la práctica de la educación para la salud. El proceso de educación para la salud puede actuar como promotor del tratamiento de esas personas, cuando se realizado de manera que existe un equilibrio dinámico entre la *presencia partícipe* y *presencia guardada* por el profesional.

Palabras clave: Educación en salud; atención de enfermería; actitud del personal de salud; hipertensión arterial.

INTRODUÇÃO

O cuidado é inerente à sobrevivência dos seres vivos de modo geral. No homem, esse fato é primeiramente observado na ocasião do nascimento, por sua insuficiência para autocuidar-se¹, no qual se apresenta dependente de cuidados que, outrora, eram realizados pela mãe e por pessoas mais próximas à família.

Na atualidade, esse cuidado se encontra cada vez mais relegado aos profissionais de saúde, podendo ser caracterizado, algumas vezes, como excludente da família e do sujeito, que não se veem como responsáveis pelo (auto)cuidado.

Nesse ínterim, percebem-se situações que tor-

^IMestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Professor Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Membro do grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-Adulto e Idoso. Picos, Piauí, Brasil. E-mail: gilvanfelipe@yahoo.com.br.

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brasil. E-mail: silveiralia@gmail.com.

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brasil. E-mail: tmmoreira@yahoo.com.

^{IV}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Fortaleza, Brasil. E-mail: maria.celia30@terra.com.br.

nam explícitas as necessidades de cuidado, como é o caso da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS), que requer atenção permanente do enfermeiro. Uma das formas de se oferecer essa atenção é por meio da educação em saúde², capaz de trazer o sujeito do cuidado para o foco de atenção. Acredita-se que há um saber em cada um, que lhe é próprio. Destarte, como fazer para deslocar o foco do *profissional informativo* e, assim, estimular a construção de um processo de respeito entre saberes, em lugar de reforçar o saber unilateral? De que ferramentas o enfermeiro dispõe para esse processo?

Sendo assim, foi objetivo deste estudo analisar a contribuição dos conceitos de *presença implicada* e *presença em reserva* para o processo de educação em saúde realizado pelo enfermeiro à pessoa com HAS.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de estudo teórico realizado de março a junho de 2010, considerando os momentos de implicação e reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com HAS.

O processo de educação em saúde pressupõe que cada pessoa tem capacidade, por menor que seja, de cuidar de si, em virtude do autoconhecimento. Assim, ao interagir com práticas relacionadas à promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, pode refletir acerca dos comportamentos que envolvem sua saúde. Ressalta-se que a assistência não pode ser reduzida somente à terapêutica proposta pelo profissional de saúde, pois o cuidado é algo que sempre existiu, um comportamento animal compelido pelo instinto. Logo, não se limita, unicamente, à ação humana¹.

Ao se tentar relacionar as ideias de cuidado e educação em saúde, reconhecendo que a última deriva da primeira, deve-se considerar o caráter democrático que permeia ambas as concepções. O profissional deve reconhecer e respeitar o saber do usuário, adquirido por meio de experiências de vida, ao intervir em seu processo saúde-doença-cuidado, assim como espera que o usuário aceite como benéficas e eficazes suas proposições, provenientes de conhecimento técnico-científico, implementadas durante a educação em saúde.

Não raro, encontram-se situações em que o enfermeiro decide o que é melhor para a pessoa que o procura em busca de cuidado, sem se preocupar em conhecer sua real necessidade de saúde. Assim, o profissional, comumente, subjuga quem o procura, imprimindo-lhe, conscientemente ou não, seus desejos e vontades por achar que ele (dominador da técnica e da ciência) sabe o que é melhor para tratar da saúde ou da doença. Agindo dessa maneira, evidencia-se a supervalorização da doença em detrimento do ser humano.

A clínica oficial é considerada limitada por trabalhar com objetos de estudo reduzidos, além de construir métodos e técnicas de intervenção também limitados. Não há, portanto, responsabilização pela integralidade do sujeito, abordando mais a doença que o indivíduo. Mesmo quando este é considerado, concebe-o de forma fragmentada: um ser composto de partes que apenas teoricamente guardariam alguma interdependência³.

Outro fato identificado é a presença de indivíduos que se entregam, acriticamente, aos cuidados dos profissionais, de tal maneira que confiam inteiramente seu cuidado, desresponsabilizando-se por suas questões. Esse evento é ocasionado por insistência, cada vez maior, dos profissionais em atuar por meio da *presença implicada* em detrimento da *presença reservada*⁴. A *presença implicada* se refere ao ato de fazer coisas, realizar procedimentos e atuar constantemente, enquanto a *presença em reserva* é caracterizada pelo não fazer, dando tempo e espaço ao outro, mas se mantendo disponível sem que haja necessidade de intromissão excessiva.

Um acontecimento que corrobora esse raciocínio, apontado por alguns autores, é a culpabilização do usuário pela não adesão ao tratamento, principalmente quando se refere aos tratamentos em longo prazo, como no caso das doenças crônicas^{5,6}. A exemplo disso, observa-se que, quando um usuário com HAS se encontra em tratamento e não consegue normalizar seus níveis tensionais, frequentemente é responsabilizado pelo insucesso da terapêutica.

Nesse aspecto, considera-se a educação em saúde como abordagem privilegiada do conhecimento apresentado pelo sujeito e, além disso, como importante espaço para a prática da enfermagem, sobretudo na atenção primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerações sobre o processo de educação em saúde

A educação em saúde tem sido considerada relevante, principalmente quando utilizada no plano terapêutico de pessoas com doenças crônicas, como é o caso da HAS, pois precisarão aprender a conviver com a morbidade.

É apresentada como um recurso alternativo utilizado por profissionais de saúde para atuar na vida cotidiana das pessoas, por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde⁷. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, prima-se por práticas que respeitem as diferenças entre os atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo⁸.

Caso esse processo de troca de conhecimentos não ocorra, ou mesmo que não se dê efetivamente, consequências, como as complicações advindas da doença, poderão surgir, o que acabará afetando negativamente a qualidade de vida, reduzindo sua sobrevida.

No cuidado à pessoa com HAS por meio da educação em saúde, a enfermagem, como uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais, pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgastes a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social⁹, o que se dá por meio da educação em saúde pautada na *presença implicada e em reserva* do enfermeiro.

Na atenção primária, propõe-se que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que a *estratégia saúde da família* se constitui num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades⁹.

Considerada, atualmente, uma das grandes apostas para estimular o indivíduo a assumir a condição de sujeito do seu tratamento, principalmente quando se refere às doenças crônicas⁹⁻¹¹, a educação em saúde objetiva maior engajamento no autocuidado.

Durante o acompanhamento de consultas de enfermagem em estudo anterior¹², observou-se que muitas pessoas com HAS acompanhadas por equipes da *estratégia de saúde da família* desconheciam a própria doença e seu tratamento, ratificando a importância da educação em saúde exercida pelo enfermeiro para reduzir a dificuldade na adaptação e enfrentamento da doença. Percebeu-se, ainda, que os enfermeiros reconhecem a importância da educação em saúde e tentam implementá-la em sua prática cotidiana.

Os atores envolvidos nesse processo continuam sendo considerados agentes de cuidado e, portanto, vistos como peças fundamentais e interdependentes para que ele se dê com êxito. O profissional depende do usuário, pois ele se configura na razão de existir do profissional; o usuário depende do profissional, pois o acúmulo e a evolução dos conhecimentos ao longo da história o tornaram um dos principais articuladores do cuidar.

A relação profissional-usuário no processo educativo

O encontro com um corpo exterior é capaz de afetar positiva ou negativamente o ser humano¹³. Dessa forma, ao pensar no cuidado como um ato relacional, produzido a partir do encontro dos sujeitos (corpos) nele implicados (profissional e usuário do serviço de saúde), permite-se inferir que esse encontro pode ser responsável pelo surgimento de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis ao relacionamento.

Ao afirmar que o cuidado é um ato relacional, chama-se a atenção para a possibilidade desse encontro produzir paixões em ambos os envolvidos, haja vista que o bom encontro causa paixões alegres, enquanto o mau encontro causa paixões tristes. O encontro entre o profissional e o usuário pode trazer potencial de vida para ambos¹³.

Portanto, o enfermeiro deve ter em mente que o momento de seu encontro com a pessoa que o procura em busca de auxílio, por exemplo, durante uma consulta, é fundamental para gerar sentimentos de confiança e respeito mútuo, o que seguramente favorecerá o processo terapêutico.

Um dos pontos fundamentais a se considerar na relação profissional-usuário é a apuração da real demanda apresentada pelo último que se configura como a razão de existir do serviço de saúde. Assim sendo, é *mister* que se busque uma reflexão mais aprofundada sobre quais questões realmente importam ao usuário. O que está em jogo para ele? Qual sua história de vida? Caso esses questionamentos não sejam devidamente considerados, corre-se o risco de apreciar, simplesmente, a queixa imediata de saúde-doença¹⁴ que, possivelmente, pode não refletir o real motivo de sua busca pelo serviço de saúde.

A demanda apresentada pelo usuário deve ser considerada no encontro estabelecido para o ato de educação em saúde. Caso não seja, a prática do ato educativo pode tornar-se mecanizada e, dessa maneira, ineficiente. Por exemplo, é reconhecida a necessidade de que haja mudanças no estilo de vida da pessoa com HAS com intuito de que sejam adotados hábitos saudáveis que influenciem positivamente seus níveis pressóricos, no entanto, a pessoa que busca auxílio no serviço de saúde não se resume aos valores da pressão arterial.

O profissional pode cometer grave erro ao considerar que todas as demandas apresentadas em diversas localidades, com diferentes contextos, são iguais. No entanto, essa noção de necessidade é produzida localmente e, dessa maneira, a demanda se modula às diversas sociedades e, dentro destas, nos seus diversos segmentos¹⁵. Logo, não existem necessidades básicas *naturais*; o processo de elaboração das necessidades pelas comunidades é fortemente influenciado pelos *experts* que dizem o que elas necessitam.

Diante do exposto, percebe-se o quanto a presença do profissional de saúde influencia a relação com o usuário do serviço, pois o conhecimento técnico acumulado lhe confere certa autoridade no momento dessa interação. Sendo assim, é fundamental que se reflita acerca dessa influência gerada pelo encontro entre ambos e, para a pessoa com HAS, o momento reservado para educação em saúde, individual ou em grupo, apresenta-se como momento especial dessa relação, pois é nele que essa pessoa poderá perceber seu grande potencial de envolvimento no processo terapêutico.

Presença implicada e presença em reserva

Durante o processo educativo, a maneira como o enfermeiro atua apresenta influência direta na forma como o usuário se comporta. Cabe ao profissional, em última análise, coordenar o processo de educação em saúde, haja vista a preparação prévia por ele adquirida durante sua formação profissional. Sob este ponto de vista, é de suma importância o reconhecimento de como se dará sua presença em cada momento da ação terapêutica, inclusive durante o processo de educação em saúde, para que não venha a inibir a participação e, consequentemente, o engajamento do indivíduo nesse processo.

Com relação a isso, apresentam-se dois tipos de presença que podem ser adotadas pelo agente de cuidados. A primeira delas é a *presença implicada*, que está ligada à atuação constante em relação ao destinatário dos procedimentos e ações. Esse conceito é bastante fácil de ser assimilado pelo trabalhador da saúde, tendo em vista que é exatamente a sua prática, ou seja, as ações que dão significado à sua profissão⁴.

O trabalho executado na área da saúde é afetivo e esse aspecto o classifica como aquele que não gera como resultado um bem material ou durável, ou seja, trata-se de um produto intangível. Esse trabalho se caracteriza pela constante interação entre agente e receptor e pelo contato humano¹⁶. “Esta produção, troca e comunicação afetiva é geralmente associada ao contato humano, à presença afetiva de um outro”^{16:152}. O trabalho imaterial vem ocupando um espaço de grande valor dentro da economia informacional contemporânea, o que revela sua importância para o mundo atual, devido sua capacidade de produção de redes sociais e biopoder.

O segundo conceito é o de *presença em reserva*, que se opõe ao conceito de *presença implicada*, pois a pessoa possui um espaço, um momento para se colocar, para expor suas ideias durante o processo educativo, atuando, desse modo, como corresponsável.

Para que haja maior possibilidade de sucesso, sem que ocorra monopolização do cuidado, o ato educativo deve contar com o equilíbrio entre implicação e reserva. Vale ressaltar, no entanto, tratar-se aqui de um equilíbrio dinâmico, ora tendendo à implicação, ora à reserva⁴.

Ao atuar segundo esses princípios, o enfermeiro abriria espaço para que a pessoa com HAS venha a se implicar em seu processo educativo, agindo como sujeito, a partir de conhecimentos e experiências próprias de vida.

A implicação pura do profissional acarretaria imobilidade, incapacitação e até sofrimento psíquico por parte do usuário, enquanto a total reserva se apresenta como malefício por gerar silêncio, neutralidade e indiferença e, dessa forma, não contribui para a construção do processo educativo⁴.

Cabe, portanto, ao enfermeiro fazer uso das ferramentas necessárias para que sua prática proporcione efei-

tos mais afinados com as questões apresentadas pelos usuários, considerando que a escolha dessas ferramentas deve objetivar, também, o envolvimento do outro.

O uso de tecnologias leves se coloca como excelente opção para o trabalho no âmbito educativo. Nessa atuação, caracterizada como trabalho vivo em ato, o profissional, agindo na esfera da micropolítica¹⁷, pode contemplar elementos relevantes do processo, como valorização da cultura do usuário e de sua autonomia, com intuito de obter resultados que satisfaçam a todos os atores envolvidos. Do contrário, estará buscando satisfazer apenas suas necessidades, imaginando que conhece, também, as carências do outro.

É necessário, portanto, que o enfermeiro se mostre sensível às características essenciais ao ato educativo, o que demonstra que não se trata de um processo simples, mas que pode trazer bons resultados para todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

Como observado no decorrer desta reflexão teórica, o processo de educação em saúde pode atuar como colaborador da terapêutica da pessoa com HAS, quando realizado com equilíbrio dinâmico entre a *presença implicada* e a *presença em reserva* por parte do profissional, notadamente do enfermeiro.

Entende-se que o equilíbrio entre implicação e reserva tende a favorecer a participação do usuário no processo educativo e, consequentemente, em seu tratamento como um todo, ao incentivar sua autonomia por meio do empoderamento. Além disso, abordaram-se os principais prejuízos que podem surgir para o usuário quando da ação exclusiva de uma dessas presenças.

Percebe-se como essencial o preparo adequado dos profissionais que atuam na educação em saúde, haja vista a complexidade deste processo e suas potencialidades no âmbito da construção de sujeitos autônomos e conscientes de sua importância na terapêutica.

Dessa forma, compreende-se a prática da educação em saúde como espaço privilegiado para a atuação do enfermeiro que, exercendo essa atividade com moderada implicação e reserva e por meio da valorização dos saberes do outro, pode atuar de forma libertadora e revolucionária, em vez de reproduzir práticas fundamentadas na conduta adotada pelo modelo biomédico.

Salienta-se que não se pretendeu, com este estudo, esgotar as possibilidades de abordagem sobre a referida temática, pois se buscou realizar um debate crítico e motivador, essencial ao estímulo da discussão acerca do processo de educação em saúde e, dessa maneira, contribuir para a ampliação e divulgação desse conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Askofare S. A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Psicologia USP*. 2006; 17:157-66.
2. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:383-7.
3. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. In: Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar. São Paulo: Escuta; 2009. p. 131-51.
5. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2008; 13:2299-306.
6. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16:263-70.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2005; 9(16):39-52.
8. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:55-60.
9. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16:233-8.
10. Pires CGS, Mussi FC. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:229-36.
11. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17:90-7.
12. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev esc enferm USP*. 2008; 42:620-7.
13. Deleuze G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.
14. Veiga KCG, Fernandes JD, Sadigursky D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:322-5.
15. Barenblitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1992.
16. Hardt M. O trabalho afetivo. In: Pelbart PP, Costa R, organizadores. *Cadernos de subjetividade: o reencontamento do concreto*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 143-57.
17. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.