

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Laís Fuzer Rosso

**PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PERSPECTIVA CULTURAL**

**Santa Maria, RS
2017**

Laís Fuzer Rosso

**PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA: PERSPECTIVA CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientador: Profa Dra Maria Denise Schimith
Coorientadora: Profa Dra Maria de Lourdes Denardin Budó

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Lima, Lauro Rafael
TRANSITIVIDADE E ERGATIVIDADE EM PROCESSOS MATERIAIS
EM LÍNGUA PORTUGUESA NA PERSPECTIVA DA LINGÜÍSTICA
SISTÊMICO-FUNCIONAL / Lauro Rafael Lima.- 2017.
192 p.; 30 cm

Orientadora: Sara Regina Scotta Cabral
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Artes e Letras, Programa de Pós-Graduação
em Letras, RS, 2017

1. Gramática Sistemico-Funcional 2. Língua Portuguesa
3. Sistema de Transitividade 4. Processos Materiais 5.
Ergatividade I. Cabral, Sara Regina Scotta II. Título.

Laís Fuzer Rosso

**PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA: PERSPECTIVA CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Aprovado em 14 de março de 2017:

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dra. (UFSC)

Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

A minha família e ao meu companheiro. Dedico também a todos os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família que lutam pela valorização da Atenção Primária à Saúde. Dedico às pessoas que almejam ser acolhidas e respeitadas em sua singularidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelas vastas conversas que me acalmaram e me iluminaram a seguir em frente, pelas oportunidades que desfrutei no decorrer da minha trajetória e pelas pessoas maravilhosas que cruzaram e que ainda fazem parte da minha vida.

Aos meus pais, Idianês e Onir. Exemplos de dedicação ao trabalho e a família, que nunca pestanejaram diante de um novo desafio ou dificuldade. Vocês me ensinaram o sinônimo de lealdade, sinceridade e gratidão perante o outro, e isso levarei para sempre comigo. Obrigada por todo o amor e confiança que sempre depositaram em mim. Aos meus irmãos, Liana e Eduardo pelo companheirismo, amizade e conselhos de irmãos mais velhos que me guiaram até hoje. Ao meu sobrinho Lucas, que a cada abraço apertado e sorriso mostra seu amor e carinho pela tia Laís. Ao meu cunhado, Anderson, pelo companheirismo e amizade de anos.

Ao meu companheiro e amigo, Felipe. Seu amor e cumplicidade, seu abraço apertado e o ombro amigo foram essenciais para que eu chegasse até a conclusão dessa etapa. Obrigada por me ensinar a não desistir dos meus sonhos e a sempre a lutar pelo que almejamos. Obrigada pelo carinho e paciência no decorrer desses anos. Viver ao seu lado é a certeza que o amor supera qualquer dificuldade.

A minha orientadora, Profa Maria Denise Schimith. Seus ensinamentos, desde a graduação e sua sensibilidade e serenidade foram essenciais para minha formação. Muito do que me tornei hoje, como enfermeira, dedico à senhora. Obrigada pela cumplicidade e amizade até a fase final do mestrado.

A minha co-orientadora Profa Maria de Lourdes Denardin Budó. Obrigada pelo acolhimento e ensinamentos desde meu ingresso no grupo de pesquisa. Sua sabedoria e serenidade são exemplos para mim.

A minha sogra Zenilda pelo acolhimento, carinho e paciência durante essa etapa.

A minha amiga-irmã Jamilles. Sua amizade, cumplicidade e carinho são muito importantes para mim. Você é uma irmã que Deus colocou no meu caminho para me ensinar que ter amigos verdadeiros é essencial para a vida. Sua presença me torna muito feliz. Muita gratidão por tudo.

A minha futura colega de profissão e amiga Daiana Cristina Wickert pelo carinho, respeito e cumplicidade. Sou grata por ter lhe conhecido e pela ajuda no decorrer dessa etapa. Muito obrigada por tudo.

As minhas colegas e amigas de grupo de pesquisa, Tais e de mestrado Tiffany e Adrielle. Agradeço pelo carinho, amizade, companheirismo, pelas intermináveis conversas, pelas confissões e pela cumplicidade.

As amigas de longa data Bruna, Jamile, Júlia e Paola pelas gargalhadas, jantas, confissões, conversas e muita cumplicidade.

A minha psicóloga Marina. Com sua ajuda a terapia me fez refletir sobre a vida, as escolhas e sobre quem eu sou. Amadureci durante as sessões, e com certeza isso se deve ao seu profissionalismo. Obrigada pelas horas de desabafo e de cumplicidade durante esses dois anos. Continuemos...

Aos colegas de grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem pela convivência durante esses anos, pelo aprendizado e pelo conhecimento compartilhado. Participar desse grupo foi essencial para meu aprendizado. Não é o fim, e sim um até breve.

Às professoras Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Laís Mara Caetano da Silva e Lúcia Beatriz Ressel que gentilmente aceitaram participar da banca e ajudaram a construir e aprimorar este trabalho. A leitura e crítica de vocês é muito importante. Obrigada!

A todos os meus professores da graduação e pós-graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por contribuírem com meu crescimento e amadurecimento como pessoa e profissional.

Aos participantes desta pesquisa pelo acolhimento e respeito com que me receberam nas Unidades de Saúde da Família para a realização do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e a Fundação de Amparo à Pesquisa pela concessão da bolsa de Mestrado.

A todos que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Muito obrigada!

RESUMO

PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PERSPECTIVA CULTURAL

AUTORA: Laís Fuzer Rosso
ORIENTADORA: Maria Denise Schimith
COORIENTADORA: Maria de Lourdes Denardin Budó

A pesquisa em questão teve como objeto de estudo as práticas de cuidado dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família a pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Como questão norteadora: como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família desenvolvem as práticas de cuidado a pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, segundo a perspectiva cultural? A partir disso, o objetivo geral foi conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família a pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica sob a perspectiva cultural. Pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo que teve como cenário de estudo as Unidades de Saúde da Família em município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram enfermeiros que exerciam seus cargos no cenário da pesquisa. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2016 por meio de entrevista semiestruturada e observação sistematizada não participante. Para a análise dos dados foi utilizada a Proposta Operativa de Minayo. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução número 466/2012. Os resultados foram organizados em duas categorias: “porque cada usuário é um”: a diversidade cultural nas práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoa com hipertensão arterial sistêmica e “[...] mas muito mais que isso a gente não consegue fazer”: o limitar e o julgar presentes nas práticas de cuidado do enfermeiro a pessoa com hipertensão arterial sistêmica, na qual discutiram a diversidade cultural e as limitações presente nas práticas de cuidado do enfermeiro a pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Em relação à diversidade cultural evidenciou-se que os enfermeiros realizam suas práticas pautadas em uma visão do contexto ambiental, bem como da singularidade, conhecimento e valorização do saber que o usuário traz consigo, possibilitando o cuidado mais condizente com sua realidade. Também foram discutidas as práticas de cuidado e a alimentação; evidenciou-se que os hábitos alimentares é um aspecto cultural muito presente no cotidiano da pessoa com hipertensão, porém há negociações e adaptações que podem ser realizadas entre a pessoa e o enfermeiro, para o melhor prognóstico da doença. Outra prática de cuidado abordada foi a não priorização do cuidado a pessoa com hipertensão arterial sistêmica, elegendo a áreas como saúde da mulher e da criança como foco de atuação do enfermeiro. Também foi evidenciada, a falta de tempo do profissional e o padrão cultural imutável da pessoa com hipertensão. Sendo assim, para desenvolver as práticas de cuidado é fundamental o reconhecimento da presença da cultura permeando o cuidado frente ao adoecimento crônico, como também a valorização da sua presença. As práticas de cuidado da enfermagem podem ser orientadas pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger de modo a apoiar e facilitar o cuidado aos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Cuidados de Enfermagem. Cultura. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

NURSING CARE PRACTICES FOR PEOPLE WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: CULTURAL PERSPECTIVE

AUTHOR: Laís Fuzer Rosso
ADVISOR: Maria Denise Schimith
CO-ADVISOR: Maria de Lourdes Denardin Budó

The research in question had as object of study the care practices of the nurses of the Family Health Strategy to people with a diagnosis of Systemic Arterial Hypertension. As a guiding question: how do Family Health Strategy nurses develop care practices for people diagnosed with systemic arterial hypertension, according to the cultural perspective? From this, the general objective was to know the care practices performed by the nurses of the Family Health Units to people with a diagnosis of systemic arterial hypertension under the cultural perspective. Research with a qualitative, exploratory-descriptive approach that had as a study scenario the Family Health Units in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil. Participants were nurses who held positions in the research setting. Data were collected from March to August of 2016 through a semi-structured interview and non-participant systematized observation. For the data analysis, Minayo's Operative Proposal was used. The research followed the ethical principles of Resolution number 466/2012. The results were organized into two categories: "because each user is one": the cultural diversity in nurses' practices of care for the person with systemic arterial hypertension and "... but much more than that we can not do": to limit and judge the present in the practices of nurse care the person with systemic arterial hypertension, in which they discussed the cultural diversity and limitations present in the practices of care of the nurse to people with systemic arterial hypertension. Regarding cultural diversity, it was evident that nurses practice their practices based on a vision of the environmental context, as well as on the singularity, knowledge and valorization of the knowledge that the user brings with it, enabling care that is more in keeping with their reality. The practices of care and feeding were also discussed; it was evidenced that the eating habits is a cultural aspect very present in the daily life of the person with hypertension, however there are negotiations and adaptations that can be carried out between the person and the nurse, for the best prognosis of the disease. Another practice of care addressed was the non prioritization of care to the person with systemic arterial hypertension, choosing areas such as women's and child's health as the nurse's focus. It was also evidenced, the professional's lack of time and the immutable cultural pattern of the person with hypertension. Thus, in order to develop care practices, it is fundamental to recognize the presence of the culture, permeating the care of chronic illness, as well as the appreciation of its presence. Nursing care practices can be guided by Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Cultural Universality of Care in order to support and facilitate care for users diagnosed with systemic arterial hypertension

Key words: Hypertension. Nursing Care. Culture. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
EACS	Equipes de Agente Comunitárias de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAP	Gabinete de Projetos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NEPES	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PBE	Prática Baseada em Evidência
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIE	Sistema de Informações para Ensino
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos participantes.....	31
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	65
APÊNDICE B – Roteiro de observação sistematizada não participante.....	66
APÊNDICE C - Sequência numérica para sorteio das usf em que foram realizadas a observação sistematizada não participante.	67
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	68
APÊNDICE E - Termo de confidencialidade.....	71

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Autorização institucional	73
ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 O PANORAMA MUNDIAL E BRASILEIRO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
2.2 O CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	21
2.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADO SOB O ENFOQUE CULTURAL	22
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	26
3.2.1 Participantes do Estudo	26
3.3 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	26
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	28
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO	30
4.1.2 Caracterização dos participantes	30
4.2 “[...] PORQUE CADA USUÁRIO É UM [...]”: A DIVERSIDADE CULTURAL NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	32
4.2.1 “[...] tem algumas misturas que se faz com os temperos [...]”: alimentação como uma prática de cuidado cultural ao usuário com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica	39
4.3 “[...] MAS MUITO MAIS QUE ISSO A GENTE NÃO CONSEGUE FAZER”: O LIMITAR E O JULGAR PRESENTES NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	64
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	65
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NÃO PARTICIPANTE	66
APÊNDICE C - SEQUÊNCIA NUMÉRICA PARA SORTEIO DAS USF EM QUE FORAM REALIZADAS A OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NÃO PARTICIPANTE	67
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	71
ANEXOS	72
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	73
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	74

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente pesquisa são as práticas de cuidado dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) a pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Para tanto, apresenta-se o contexto mundial e brasileiro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a HAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira e as práticas de cuidado do enfermeiro.

O Brasil depara-se, desde meados do século XX, com uma intensa transição demográfica, epidemiológica e nutricional na sociedade. As doenças crônicas transmissíveis e infecciosas, no país, vêm sofrendo um decréscimo nas suas taxas de mortalidade em decorrência de políticas de prevenção e controle. Tais enfermidades, em 1930, eram responsáveis por 45,6% de óbitos em todo o país; já em 1980, por 9,3% e, no ano de 2006, o percentual encontrava-se em 4,9% (BRASIL, 2010). Além disso, os novos hábitos de consumo, aliados aos fatores de risco – tabagismo, obesidade, consumo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (WHO, 2014) – têm repercussão direta na ascensão da obesidade e no excesso de peso na população (IBGE, 2010). Diante disso, configura-se uma nova situação de saúde no país, o crescimento das DCNT.

As DCNT são:

[...] as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011, p. 30)

Dentre as principais DCNT, estão as doenças cardiovasculares (DCV), que, em 2012, ocasionaram, aproximadamente, 17,5 milhões de óbitos no mundo (WHO, 2015). A HAS, principal fator de risco para as DCV, possui uma média de prevalência no Brasil de 32% nos adultos, 50% nos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% nos indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Nesse contexto, emergem novos desafios aos profissionais da saúde, dentre eles, os enfermeiros. Trata-se dos cuidados ao adoecimento crônico, especialmente as DCNT. Imbuídos de um modelo biomédico, o paradigma cartesiano ainda tem influência sobre a medicina, que vislumbra o corpo com característica de uma grande máquina que precisa de ajustes (CAPRA, 2006). A medicina moderna, mesmo com sua evolução, ainda aborda a doença com um caráter reducionista, em que o foco é o indivíduo com sua fragmentação em

um órgão ou região do corpo (HELMAN, 2009). Os profissionais da saúde se deparam com um universo que não sustenta mais o modelo centrado em eventos agudos para o manejo das DCNT (OMS, 2003). As DCNT, em especial a HAS, é uma enfermidade assintomática, cujo diagnóstico, muitas vezes, é revelado quando a sua cronicidade já está instalada no indivíduo.

Nesse sentido, o cuidado compreende a valorização do sujeito, não de forma fragmentada, mas em sua total forma de ser humano, transpondo o emprego das técnicas e procedimentos. Nesse processo, o sujeito tem voz, e o autocuidado é consequência do ato de cuidar (WALDOW, 2004). Sendo assim, o cuidado é uma ação que precisa ser organizado em práticas concretas que possuam direção e finalidade para que o fim seja o cuidado do indivíduo em sua magnitude (ROSELLÓ, 2009).

Nesse contexto, a APS configura-se como o primeiro nível de atenção à população, e sua vertente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), emerge como um cenário propício para o desenvolvimento das práticas de cuidado em consonância com sua atenção primária, centrada na singularidade dos indivíduos (BRASIL, 2012). Segundo Langdon e Wiik (2010), os usuários são caracterizados por comportamentos e pensamentos próprios no que se refere à doença e ao seu tratamento advindo das diferenças socioculturais que vivenciam. Perante isso, o cuidado delineado pelos aspectos culturais que envolvem os usuários deve ser manejado segundo processos subjetivos e culturais que permeiam o ser humano (SILVA et al, 2013).

Desse modo, o cuidado profissional do enfermeiro evidencia o seu papel social, político e de cidadão no sistema de saúde em que se sobressaem competências essenciais para o cuidado. O profissional da enfermagem, no cuidado ao adoecimento crônico, deve compreender seu significado como facilitador no processo de cronicidade da doença que acomete o usuário (ACIOLI et al, 2014), utilizando-se de seus conhecimentos advindos das práticas, da sua formação, de sua convivência com a população para o exercício do cuidado-cultural.

Uma teoria de enfermagem que pode subsidiar as pesquisas com uma perspectiva cultural é a de Madeleine Leininger: Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, que tem como finalidade:

[...] descobrir diversidades e universalidades do cuidado humano relacionadas com visão do mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir maneiras de prover cuidado culturalmente congruente às pessoas de culturas diferentes, ou similares, de maneira a manter ou recuperar seu bem-estar, sua saúde ou enfrentar a morte de um modo culturalmente apropriado (LEININGER, 1991, p.39).

Os profissionais da enfermagem podem contemplar esse enfoque cultural no ambiente da APS com a finalidade de facilitar as relações entre usuários e profissionais. Desse modo, compreendem-se as singularidades, as diversidades e as semelhanças na forma como as pessoas percebem e praticam o cuidado nos diversos contextos (LEININGER, 1991).

Ressalta-se que a motivação para a realização deste estudo decorre da trajetória pessoal da pesquisadora, na graduação de Enfermagem, no primeiro semestre do curso, por meio da disciplina de Introdução às Ciências Sociais e à Saúde, em que a temática cultura, saúde e doença eram discutidas em seminários. Além disso, salienta-se a inserção, desde o terceiro semestre do curso de Enfermagem, no Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem” da UFSM como também da participação em encontros do grupo de estudo sobre cultura, o qual proporcionou reflexões e debates acerca de temas referentes à cultura, cuidado, práticas de cuidado, enfermagem e DCNT.

Ademais, os estágios curriculares e extracurriculares no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na Clínica Renal de Santa Maria e nas Unidades de Saúde da Família (USF) proporcionaram o interesse pela temática em questão, visto que, no decorrer dessa trajetória, evidenciaram-se os altos índices de HAS na população, bem como as enfermidades que estão diretamente relacionadas à doença em questão, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) e comprometimento renal; tais prognósticos corroboram com a literatura citada no decorrer do texto.

Durante o término da graduação, foi realizado o trabalho de conclusão de curso intitulado “Educação em Saúde nas práticas de cuidado em uma Estratégia de Saúde da Família” (ROSSO; SCHIMITH, 2014), cujo objetivo foi descortinar as práticas de educação em saúde realizadas pelos profissionais de saúde em uma USF. Tal estudo possibilitou ampliar a visão perante o cuidado do enfermeiro, visto que, por meio dos resultados, evidenciou-se que as ações dos profissionais de saúde não condiziam com as práticas que valorizassem o cuidado-cultural, com julgamentos negativos e práticas impositivas, ao desenvolver ações de educação em saúde.

Como justificativa esta pesquisa está pautada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), na sua subagenda cinco, que descreve a relevância do desenvolvimento de estudos/pesquisas que abordam as DCNT, em questão no subitem 5.1, que destaca a HAS. Cita-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2020 (BRASIL, 2011) como subsídio, visto que o plano enumera ações em nível de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral como eixos norteadoras do enfrentamento.

Justifica-se, também, pelos dados epidemiológicos de mortalidade e de prevalência na população adulta de HAS que são constatados por pesquisas nacionais e internacionais, como também pela lacuna encontrada em relação à temática e ao objeto do estudo na literatura. Tais vazios da temática foram constatadas no decorrer da disciplina, cursada no programa de pós-graduação em Enfermagem da UFSM, no primeiro semestre de 2015: Prática Baseada em Evidências (PBE). Emergiu o interesse para a construção de uma revisão integrativa da literatura que possuísse como questão norteadora “quais são as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros da atenção básica perante os usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo II (DM II) que evidenciam a longitudinalidade do cuidado?”. No transcorrer das buscas nas bases de dados nacionais e internacionais, o número de artigos sobre o tema foi diminuto para responder à pergunta da revisão. Soma-se a isso, a limitação na literatura referente a pesquisas que abordem a cultura e sua relação com as práticas de cuidado referente às DCNT e, logo, à HAS.

Esses fatores apresentados indicam a responsabilidade do enfermeiro perante as práticas de cuidado realizadas aos sujeitos nas USF frente à diversidade cultural da pessoa com diagnóstico de HAS, o que leva à importância de realizar estudos voltados a essa temática.

Diante desse contexto, o presente estudo tem a seguinte questão como norteadora: como os enfermeiros da ESF de um município da região central do Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR) desenvolvem as práticas de cuidado a pessoas com diagnóstico de HAS, sob a perspectiva cultural? A partir disso, o **objetivo** é conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família a pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica sob a perspectiva cultural

As contribuições da pesquisa em questão tiveram por finalidade criar subsídios ao cenário do estudo, bem como possibilitar aos participantes da pesquisa pensar e repensar as práticas de cuidado realizadas às pessoas em adoecimento crônico, com ênfase a pessoa com HAS, sob o olhar cultural.

Com isso, busca-se o desenvolvimento, juntamente com os profissionais, de ações que visem favorecer as práticas de cuidado a pessoas em uma perspectiva cultural, almejando contribuir com a produção do conhecimento e com a melhoria da assistência prestada a esses usuários. Além disso, o estudo poderá contribuir para a formação acadêmica e contínua dos enfermeiros, uma vez que o mesmo disponibilizará artigos publicados para o interesse de todos os profissionais envolvidos no exercício do cuidado a pessoa com HAS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo irá apresentar uma contextualização dos temas que fazem parte do objeto do estudo, por meio da apresentação da produção da literatura nacional e internacional, acerca desses eixos temáticos. Foi organizado da seguinte forma: o panorama mundial e brasileiro das doenças crônicas não transmissíveis; o cenário da atenção primária à saúde e à hipertensão arterial sistêmica e as práticas de cuidado sob o enfoque cultural.

2.1 O PANORAMA MUNDIAL E BRASILEIRO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Em 1920, o Brasil contava com uma população de 27,5 milhões de habitantes, sendo que apenas 4,6 milhões de pessoas moravam nas 74 cidades existentes na época; ou seja, era uma população predominantemente rural (BRITO, 2006). Foi entre 1960 e o final dos anos 80 que o país começou a vivenciar o fenômeno da urbanização, principalmente, com o advento da industrialização e os movimentos migratórios do campo para as cidades (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Segundo dados do Censo (2010), a população urbana do Brasil é de 84,36 %. Diante dessa mudança, uma nova dinâmica configura-se em relação à composição etária. Entre 1950 e 1960, havia o predomínio de jovens, e as taxas de natalidade e fecundidade eram altas (VASCONCELOS; GOMES, 2012; ÁVILA; MACHADO, 2015). Em 1980, a população brasileira era considerada jovem, com uma taxa de 38,20 % de 0 a 14 anos e 57,68 % de 15 a 64 anos. No transcorrer dos anos, houve a queda na taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, e, atualmente, a população de 20 a 59 anos é a que predomina, chegando à marca de 107.242.036 milhões (IBGE, 2010). A expectativa de vida do brasileiro também sofreu impacto: em 2000, era de 69,83 e projeta-se que, em 2030, a esperança de vida ao nascer chegue à marca de 78,64 anos (RIPSA, 2008).

De acordo com pesquisa publicada na revista *The Lancet* (2015) realizada em 188 países, incluindo o Brasil, evidencia-se o aumento da expectativa de vida global que, em 1900, era de 65,3 anos e passou para 71,5 anos em 2013. O aumento da esperança de vida está intimamente ligado às transições – epidemiológica (declínio das doenças crônicas transmissíveis e infecciosas), demográfica (envelhecimento da população) e nutricional (consumo de produtos industrializados) – pelas quais passou e passa a população brasileira (MENDES, 2011).

A transição demográfica, juntamente com o processo de urbanização, trouxe mudanças na sociedade brasileira, como os novos arranjos familiares, o papel da mulher na sociedade, a

alimentação e a incorporação de novas tecnologias; conseqüentemente, uma nova situação de saúde começa a configurar-se na população (DUARTE; SANDHI, 2012).

O declínio da mortalidade, tendo, como causa as doenças crônicas transmissíveis e infecciosas e as mudanças nos padrões de consumo e alimentação (MENDES, 2011), aliados aos novos fatores de risco que urgem no século XXI – tabagismo, obesidade, consumo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (WHO, 2014) – são os grandes motivadores dos altos índices das DCNT.

As DCNT foram responsáveis por 38 milhões (68%) de 56 milhões de óbitos no mundo, sendo que 40% dessas mortes ocorreram na faixa de idade inferior a 70 anos. Mundialmente, o impacto econômico que as DCNT causam chega a sete trilhões de dólares (WHO, 2014). Estima-se que, em 2020, nos países desenvolvidos, 80% das doenças sejam decorrentes de problemas crônicos (OMS, 2003).

No Brasil, o total de óbitos por DCNT atingiu 72% em 2007 (SCHMIDT, 2011). Em 2011, destacam-se, dentre as DCNT com maiores taxas de mortalidade, as doenças cardiovasculares (DCV), com 30,4% de óbitos, neoplasias (16,4%), doenças respiratórias crônicas (6%) e diabetes (5,3%) (MALTA, 2014).

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2014, o diagnóstico médico de HAS foi de 24,8%; a porcentagem aumentou com a faixa etária e a escolaridade (BRASIL, 2015). Na medida do avanço da idade, as taxas de DCNT ascendem; segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008b), 79,1% da população de 65 anos ou mais relataram possuir doença crônica em um grupo de 12 tipos de doenças crônicas selecionadas (IBGE, 2010a)

O impacto econômico também é sentido pelo país, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no setor previdenciário, por meio dos gastos com aposentadorias e óbitos precoces da população economicamente ativa (BRASIL, 2013). Dados mostram que, em 2025, a população com 60 anos ou mais será de 30 milhões, sendo que 85% terão pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2008a; BRASIL, 2013).

O manejo das DCNT, como uma condição crônica, tem por finalidade incorporar aspectos que perpassam a doença em si e que acrescentam os fatores de crescimento e desenvolvimento, ciclos de vida e os estados fisiológicos do ser humano. Logo, o cuidado às DCNT almeja a prevenção de agravos e a promoção da saúde por meio de respostas proativas e contínuas dos profissionais da saúde (MENDES, 2011, 2012).

2.2 O CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A APS caracteriza-se como a porta de entrada do SUS, compreendendo um conjunto de ações, voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. O seu papel intensificou-se a partir do aprofundamento dos seus princípios, diretrizes e fundamentos na figura da ESF (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a ESF assume a atribuição de coordenadora e ordenadora do sistema de saúde com vistas às ações e práticas preventivas e de promoção e recuperação da saúde fundamentada nos princípios do SUS (ANDRADE et al, 2009). Logo, a ESF emerge com um cenário da aplicação diferenciada, efetiva e significativa das práticas de cuidado devido a sua aproximação com o contexto da população adscrita e seu caráter assistencial, contínuo, comunitário e familiar (KEBIAN et al, 2015).

De acordo com Menezes e Gobbi (2010), a equipe de enfermagem da ESF, por possuir um contato maior com o usuário e trabalhar em comunidade, possui a responsabilidade de práticas visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos. Com esse ideal, o cuidado à HAS emerge, em tal cenário, como fundamental, à redução de custos em outros níveis de atenção a saúde e a qualidade de vida da pessoa.

Considerada um dos fatores de risco para as DCV, a HAS é definida como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) ($\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais [...] (BRASIL, 2013a) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

No Brasil, dentre as DCNT que geram maior impacto na mortalidade estão as DCV. As DCV são, em geral, as enfermidades que afetam o sistema circulatório (artérias) e o coração. A presença de aterosclerose e o IAM, o AVE, as arritmias cardíacas, isquemias e anginas caracterizam tais doenças (BRASIL, 2011a). O diagnóstico precoce da HAS é dificultado, muitas vezes, pelo seu caráter assintomático e pela evolução clínica lenta na maior parte do seu desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA et al, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), um em cada três adultos no mundo possuem elevada pressão arterial (PA), o que resulta em óbitos por AVE e mortes cardiovasculares (WHO, 2012). No Brasil, a prevalência da HAS revela um descontrole

pressórico de 44,89% (BARRETO, MATSUDA E MARCON, 2016); isto está implicado, diretamente, na adesão ao tratamento, na prática do autocuidado e na forma como os profissionais da saúde têm abordado o cuidado com os usuários com HAS na APS. Estudo revelou que a satisfação dos indivíduos com HAS está relacionada com a possibilidade de atendimento e com o acolhimento na APS (LIMA, SANTOS E MARCON, 2016).

Logo, o manejo adequado da HAS poderá propiciar o prognóstico satisfatório para a pessoa. É fundamental que as práticas de cuidado na APS sejam eficazes e condizentes com a realidade da pessoa com HAS, uma vez que, a prevenção primária estabelecida nesta atenção tende à redução dos custos e das internações hospitalares relacionadas à hipertensão. Entende-se que, ao estabelecer uma relação de confiança entre a pessoa com HAS e o enfermeiro, o manejo poderá ser resolutivo na APS (LIMA, SANTOS E MARCON, 2016).

2.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADO SOB O ENFOQUE CULTURAL

Madeleine M. Leininger foi a pioneira na construção de uma teoria de enfermagem que incorporasse o olhar cultural no cuidado. Foi durante sua rotina de trabalho que a autora, em um lar de orientação infantil, observando as crianças e seus diferenciados comportamentos, evidenciou que, no cuidado de enfermagem, a falta de conhecimento da cultura das crianças, prejudicava a realização de ações condizentes com a realidade dos clientes. Ou seja, identificou que havia uma variação do cuidado para cada pessoa.

Por meio de seus estudos, principalmente durante o doutorado em ciências humanas, identificou que o ser humano possuía uma diversidade de expressões e comportamentos relacionados ao cuidado, os quais, para ela, estavam intimamente ligados aos padrões culturais (WALDOW, 2006). Com isso, Leininger lança mão de uma nova teoria de enfermagem, que insere o cuidado no cenário da enfermagem e é fundamentada pelo modelo transcultural, a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (1978).

Para Leininger (2006), o conceito de cultura é denominado como um conjunto de crenças, valores, normas e modos de vida de um determinado grupo, que são assimilados e compartilhados, e que passam a orientar as decisões e pensamentos de forma padronizada. Para a autora, as práticas da enfermagem são centradas no cuidado, e este deve incorporar conhecimentos aprofundados da diversidade cultural que permeia o ser humano.

Leininger reconheceu o cuidado como elemento essencial à profissão do enfermeiro. A autora acredita que as culturas possuem práticas de saúde específicas, com padrões que são prevalentes e, com isso, ela lança mão dos termos “diversidade” e “universalidade” para compor sua teoria (LEININGER, 1991).

A *diversidade do cuidado cultural* é definida por Leininger como:

[...] as variações e as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre os coletivos que são relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado. (1991, p. 47).

Em relação à *universalidade do cuidado cultural*, a autora a caracteriza como:

[...] os significados, padrões, valores, modo de vida ou símbolos comuns, similares ou predominantemente uniformes de cuidados, que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras de auxiliar as pessoas (LEININGER, 1991, p. 47).

Nesse viés, Leininger (1991) elucida que o cuidado cultural exigirá do profissional de enfermagem e do usuário uma intensa participação e envolvimento de ambos, ou seja,

[...] ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou encarar as deficiências e a morte (LEININGER, 1991, p.48).

Com base na diversidade e universalidade, nos valores e crenças e nas práticas de cuidado culturais específicas, a autora propõe três modelos de ações e decisões numa espécie de coparticipação do enfermeiro e da pessoa. As três expressões usadas por Leininger são: a *preservação do cuidado cultural*, o *ajustamento do cuidado cultural* e a *repadronização do cuidado cultural*.

Por *preservação do cuidado cultural* ou manutenção do cuidado cultural entende-se:

[...] ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou encarar as deficiências e a morte (LEININGER, 1991, p. 48).

O *ajustamento do cuidado cultural* ou negociação do cuidado cultural são:

[...] as ações e decisões profissionais criativas assistenciais, apoiadoras, facilitadora ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com as outras (LEININGER, 1991, p. 48).

Seguindo, o último termo é a *repadronização do cuidado cultural* que são:

[...] ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam o cliente a reorganizar, trocar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento de saúde novo, diferente e benéfico enquanto são respeitados os seus valores culturais e crenças (LEININGER, 1991, p. 49).

Com isso, salienta-se que os três modelos de ações e decisões usam a constante da cultura como eixo central para a realização do cuidado-cultural. Nota-se que o olhar perante a diversidade cultural é proposição a ser considerado pelo enfermeiro nas suas práticas de cuidado ao usuário com HAS, visto que as pessoas possuem representações e vivências diferenciadas diante da doença.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Diante do objetivo do estudo, que visa conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das USF a pessoas com diagnóstico de HAS sob a perspectiva cultural, esta pesquisa contou com uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo. Nesse sentido, pretende-se detalhar os conceitos, bem como o caminho que foi percorrido para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisa com abordagem qualitativa visa compreender os fenômenos, as situações e os significados que transcorre o objetivo de estudo (TURATO, 2005). Para Polit e Beck (2011), o delineamento qualitativo possui a tendência holística, pois visa compreender o universo que perpassa a pesquisa, exigindo um intenso envolvimento do pesquisador. Além disso, a abordagem em questão envolve o pesquisador com os participantes, por meio de técnicas de coleta de dados como as entrevistas qualitativas, possibilitando uma análise profunda das situações que emergiram do estudo e, posteriormente, a compreensão dos fenômenos (KERR; KENDALL, 2013).

Para Minayo (2014), o método qualitativo caracteriza-se:

[...] pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou processo em estudo. Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias [...] (2014, p. 57)

No campo investigativo da enfermagem, a abordagem qualitativa é usualmente utilizada em estudos de formação em enfermagem, em que as práticas pedagógicas, capacitação profissional, educação em saúde, perspectiva docente e discente e as dimensões políticas em diversas áreas de atuação ganham destaque (LACERDA; LABRONICI, 2011). Para as autoras, a abrangência das práticas de enfermagem possibilita que a abordagem qualitativa mereça destaque nas pesquisas de enfermagem.

No que tange às pesquisas exploratórias, tais estudos objetivam pesquisar temas pouco explorados, constituindo-se na primeira etapa de um estudo mais aprofundado, a qual é empregada em pesquisas qualitativas, visto que oportuniza a familiarização com os atores envolvidos no estudo e logo, oportuniza adentrar em questões subjetivas (OLIVEIRA, 2007) (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2010) (GIL, 2010).

Diante desse universo qualitativo e exploratório do estudo em questão, a pesquisa também terá um caráter descritivo. Para Gil (2010, p. 28), tais pesquisas possuem o objetivo

de “[...] descrição das características de determinada população ou fenômeno [...]. Para o autor, as pesquisas descritivas servem como subsídio para o levantamento de dados de estudos que têm como objeto a “atuação prática”.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário escolhido para o estudo foram as USF de um município da região central do RS, BR, visto que esses espaços contam com cadastro único de seus usuários¹, territorialização e mapeamento de sua área, proporcionando ao profissional da enfermagem um maior vínculo e contato com os usuários.

3.2.1 Participantes do Estudo

Aos participantes da pesquisa foram incluídos os enfermeiros das USF de um município da região central do RS, BR, que exerciam suas atividades nas equipes de ESF. Planejava-se entrevistar 16 enfermeiros², atingindo a totalidade dos participantes; todavia 15 participaram da pesquisa. Um enfermeiro não participou, pois se encontrava com licença de trabalho.

Ressalta-se que foi de livre escolha dos participantes o local em que ocorreram todas as entrevistas, no caso, todas foram realizadas nas USF de atuação.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

Há uma gama de ofertas na pesquisa qualitativa para a coleta dos dados (RICHARDSON, 1999). Para esta pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada e observação sistematizada não participante.

A entrevista é a técnica mais utilizada nas pesquisas de campo, pois ela estabelece uma comunicação entre o(s) interlocutor(es) e o entrevistador; este que está em busca de informações que lhe deem subsídios para responder à questão de pesquisa e, conseqüentemente, seus objetivos (MINAYO, 2014). A autora também menciona que é de grande valia, antes de iniciar uma entrevista, deixar o entrevistado à par da pesquisa, explicando os motivos de tal, o porquê da escolha dessa pessoa como participante da

¹ Os usuários com diagnóstico de HAS já são acompanhados e cadastrados nas Unidades Saúde da Família a partir do cadastro Consulfarma

² O município conta com 14 USF em seu território, sendo que duas unidades contam com duas equipes de saúde da família; logo, somam-se 16 equipes distribuídas no município. Portanto, o município conta com 16 enfermeiros atuando nas ESF. Informação disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>.

pesquisa, a garantia de sigilo das informações e principalmente do anonimato. Ter uma conversa inicial serve para tornar a entrevista menos formal. Trata-se de um momento de construção entre ambos os envolvidos, ou seja, é uma estratégia para “quebrar o gelo” entre entrevistador e entrevistado. Tal diálogo foi realizado pela pesquisadora, sempre antes da entrevista, em que eram esclarecidas dúvidas sobre o estudo, sua justificativa e seu objetivo.

Para este estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A opção pela técnica deu-se pelo fato de que a entrevista proporciona uma interação entre pesquisador e entrevistado, almejando-se o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre ambos para a investigação (RICHARDSON, 1999). As entrevistas semiestruturadas foram constituídas por perguntas abertas e fechadas. Usou-se o roteiro apresentado, mas não houve rigor em segui-lo fielmente; tal roteiro foi utilizado como uma forma de organização para que questões importantes do estudo não fossem esquecidas pela pesquisadora (MINAYO, 2014).

Portanto, as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, e, posteriormente, transcritas na íntegra, para um documento no *Microsoft Word 2007* (computador pessoal da pesquisadora), visando à análise e interpretação fidedignas dos dados.

A observação na pesquisa qualitativa objetiva analisar/examinar eventos, grupos de pessoas, indivíduos dentro de um contexto, com a finalidade de descrevê-lo (VICTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000). Na pesquisa em questão, optou-se pelo uso da observação sistematizada não participante, em que o pesquisador não intervém nos eventos, nas situações observadas, a fim de evitar influenciá-los (FLICK, 2009). Para a coleta dos dados da observação, utilizou-se um roteiro (APÊNDICE B) segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), no qual são sugeridos elementos que podem ser observados numa situação e pesquisa. Os sujeitos observados foram os participantes da pesquisa em questão, e os registros foram anotados em um diário de campo no momento em que estava sendo realizada a observação no campo.

A observação sistematizada não participante ocorreu em quatro USF que foram escolhidas por meio de sorteio realizado pelos pesquisadores, no dia 11 de dezembro de 2015, na sala 1311, prédio 26 do campus da UFSM, às 15 horas e 30 minutos, seguindo a sequência numérica disposto no Apêndice C. Optou-se por incluir, no sorteio para a observação, apenas as USF urbanas, devido ao maior fluxo de pessoas e de profissionais de saúde durante os dias da semana. Primeiramente, ocorreu a observação sistematizada não participante nas unidades sorteadas; após a conclusão dessa etapa, retornou-se à primeira unidade observada para a realização da entrevista e assim sucessivamente, até totalizar 15 entrevistas. Salienta-se que cada USF foi observada por uma semana. Justifica-se o emprego da entrevista juntamente

com a observação visto que intensifica a expressividade dos dados que estão sendo coletados (FLICK, 2009).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A sustentação teórico-metodológica utilizada para analisar e interpretar o referido banco de dados foi a proposta operativa desenvolvida por Minayo (2014). Segundo a autora, consiste em uma modalidade de operacionalização que leva em conta as questões do contexto e da empiria da ação analisada, detendo-se não só à análise das falas dos participantes, mas também aos aspectos extradiscursivos que constituem o espaço cultural e relacional em que o discurso circula (MINAYO, 2014).

Seguindo a metodologia proposta pela autora, em um primeiro momento (fase exploratória), foram contextualizados os aspectos sócio-históricos do grupo em questão, caracterizando o plano da totalidade ou contexto, que auxiliou no momento das determinações e interpretação, por meios das quais se buscaram as conexões que a experiência empírica manteve com o plano das relações essenciais.

Ainda de acordo com a autora, no segundo momento, o interpretativo, realiza-se a busca de significações entre os dados empíricos e o referencial que originou o estudo. Esse momento foi operacionalizado por meio de três fases propostas pela autora: 1) Ordenação dos dados (Corpus da pesquisa); 2) Classificação de dados (leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal); 3) análise final (relatório final).

Portanto, para efetuar cada uma das etapas da metodologia supracitada, realizou-se, num primeiro momento, o retorno à questão norteadora e ao objetivo do trabalho para melhor sistematizar os dados. Além disso, foi efetuada a leitura flutuante de todo o material a ser analisado, impregnando-se do seu conteúdo e buscando identificar o seu contexto.

Efetuada a leitura, foram transcritos para um documento do *Microsoft Office Word* 2007 todos os momentos das entrevistas e observações de relevância para o objetivo proposto. Ao término das transcrições, realizou-se a releitura do material, quando os dados emergentes foram organizados, concomitantemente, por ordem de significância, emergindo dessa fase o *corpus* a ser trabalhado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP-UFSM), observando os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). O acesso às informações em relação aos direitos à

participação voluntária, isenção de custos, sigilo, anonimato e direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa foi garantido a todos os participantes da pesquisa.

Primeiramente, foi realizado o contato com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEPES), que consultou os enfermeiros das equipes de ESF e a coordenadora da Atenção Primária do município da pesquisa. Após consentimento (ANEXO A), o projeto foi registrado e tramitado no Sistema de Informações para Ensino (SIE). Em seguida, registrado no sistema Plataforma Brasil, com encaminhamento ao CEP/UFSM. Após a obtenção da carta de aprovação do CEP/UFSM (ANEXO B), foram iniciados novos contatos com os enfermeiros das equipes de ESF para a coleta dos dados.

O processo de coleta de dados foi realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), o qual foi assinado em duas vias, uma ficando em posse do participante e outra, em posse do pesquisador.

Em relação à identificação das pessoas no banco de dados, os participantes foram identificados por E1, E2, E3 e, assim, sucessivamente. Esta pesquisa comprometeu-se com o anonimato e a prudência em relação aos dados dos sujeitos, mediante assinatura do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E). Este material, após conclusão da pesquisa, será armazenado, juntamente aos TCLE, em um armário sob posse exclusiva da orientadora da pesquisa, localizado na sala 1305B do Centro de Ciências da Saúde (CCS), prédio 26 da UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305A - 97105-900 - Santa Maria - Rio Grande do Sul, Brasil. Decorridos cinco anos do armazenamento do material, o mesmo será incinerado.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP-UFSM, cujo número do parecer é 1.389.153.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO

Para entender as práticas de cuidado do enfermeiro das USF a pessoas com diagnóstico de HAS sob o enfoque cultural, é fundamental conhecer o contexto no qual está inserido o enfermeiro da ESF. Com essa finalidade, apresenta-se uma contextualização do cenário da pesquisa e a caracterização dos participantes a partir dos dados coletados nas entrevistas e nas observações.

O município onde foi realizada a pesquisa possui uma população de 261.031 habitantes, sendo 123.634 do sexo masculino e 137.397 do sexo feminino. A população urbana é de 248.347 habitantes e a rural de 12.684 habitantes. (IBGE, 2010).

No que tange à área da saúde, a cidade possui 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 USF, sendo duas rurais; quatro Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), sendo dois CAPS Ad, um CAPS II e um CAPS i II; um ambulatório de saúde mental; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); um ambulatório de atendimento oftalmológico; quatro farmácias distritais; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Pronto Atendimento Municipal Adulto (PAMa) e um Pronto Atendimento Municipal Infantil (PAMi) todos com atendimento 24 horas; um Pronto Atendimento Municipal odontológico (PAMo); e um Hospital Universitário (HU). Também dispõe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2016).

Durante o período de coleta de dados, haviam 16 equipes de Saúde da Família no município, sendo que duas USF são formadas por equipes duplas.

4.1.2 Caracterização dos participantes

A pesquisa foi realizada com 15 enfermeiros. A caracterização dos participantes do estudo permitiu conhecer as informações referentes à idade, tempo de formação no curso superior em enfermagem, se possuía algum curso de pós-graduação na área de APS e o tempo de atuação na APS. Assim, a tabela 1 apresenta as informações.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.

Características	
Faixa Etária	
26 a 30 anos	2
31 a 35 anos	8
36 a 40 anos	3
41 a 45 anos	1
51 a 55 anos	1
Tempo de Formação	
4 anos	1
6 anos	1
7 anos	3
8 anos	3
9 anos	2
10 anos	1
11 anos	1
13 anos	1
16 anos	1
29 anos	1
Curso de Formação Específica na área da APS	
Especialização	12
Residência	3
Tempo de Atuação na APS	
2 anos	2
4 anos	1
5 anos	4
6 anos	2
8 anos	3
9 anos	1
13 anos	1
15 anos	1

Fonte: autoria própria.

Em relação à **faixa etária** dos participantes, a prevalência maior ocorreu entre 31 e 35 anos, sendo que cinco participantes apresentam 31 anos, um apresenta 32 anos, um 33 anos e um 34 anos. Esse achado encontra-se em consonância com os números indicados pela

pesquisa nacional Perfil da Enfermagem no Brasil (2013, p. 17) que mostrou a prevalência no Brasil da faixa etária que vai dos 31 a 35 anos de idade (20,3%); no que tange ao Rio Grande do Sul, também se destaca tal faixa etária com 21,8% (FIOCRUZ, COFEN, 2013)

Quanto ao **curso de formação específica na área da APS**, salienta-se que todos os participantes possuem formação em alguma modalidade de pós-graduação, prevalecendo a especialização. Segundo a pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil (2013, p. 29), 80,3% responderam ter alguma pós-graduação, sendo que, no Rio Grande do Sul, a especialização representou 63,9%.

Em relação ao **tempo de formação**, a maior faixa ficou entre sete a nove anos. No que tange ao **tempo de atuação na APS**, prevaleceu cinco anos de atuação. Em pesquisa realizada em Minas Gerais, Brasil, (Villela et al, 2011), evidenciou-se que a prevalência de atuação no mercado de trabalho foi de 50% nos dez primeiros anos e 25% entre 11 e 20 anos.

4.2 “[...] PORQUE CADA USUÁRIO É UM [...]”: A DIVERSIDADE CULTURAL NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A partir das entrevistas realizadas com os enfermeiros das USF, foi levantada a questão que abordou a diversidade cultural de suas práticas de cuidado no que tange à HAS.

O contexto ambiental em que vivem os usuários com diagnóstico de HAS são fatores presentes nos depoimentos:

O meio que ele vive, o ambiente que está inserido, a história desse paciente, a gente tem que levar em consideração. A gente trabalha com integralidade, tem que olhar a pessoa na sua integralidade, como um todo. E às vezes não é só a pressão alta, mas tem outros fatores envolvidos, então a gente tem que olhar o paciente na sua integralidade, tudo que está em volta, tudo que está em jogo (E5)

[...] observar o ambiente que ele vive, se não é um ambiente perigoso para ele. Tentar enxergar o todo assim, [...], levando em conta o contexto dele, cultural, econômico, social [...] (E15)

Os enfermeiros consideram que o ambiente em que se encontram os usuários é fator determinante nas práticas de cuidado. Há um caminho a ser percorrido pelo profissional ao planejar o cuidado, tendo início no olhar ampliado e o conhecimento do território adscrito da unidade, visualizando as peculiaridades da sua população, chegando até o usuário com HAS. A moradia, as condições de salubridade, bem como as econômicas e sociais e o acesso à

educação e ao trabalho são aspectos fundamentais a serem analisadas pelo profissional que almeja desenvolver o cuidado integral e singular.

A prática de cuidado do enfermeiro, como mencionado nos depoimentos de E5 e E15, pode indicar que a organização do mesmo perante o adoecimento crônico vai além da questão genética, fisiológica e medicamentosa da doença; eles entendem que o manejo da HAS transcende os fatores fisiológicos da doença. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) cita que há determinantes que condicionam o adoecimento crônico, como os socioculturais, econômicos e ambientais em que as pessoas estão inseridas.

A busca pela saúde não ocorre em um mundo inflexível, em que sujeitos são apenas receptores, sem influências externas; há fatores internos e externos que constituem a essência do ser humano (CAMPOS, 2006). Logo, o cuidado é dominado por um conjunto de questões que o usuário com HAS mantém no seu meio; ou seja, há particularidades que o condicionam e que identificam e diferenciam as pessoas umas das outras (CARVALHO, BUSS, 2007; HELMAN, 2009).

Leininger (1991, p 48) apresenta o contexto ambiental como “a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio-políticos e/ou culturais determinados”. Logo, o usuário está sujeito a “situações”, “eventos”, “experiências” em seu meio que dão significância ao seu modo de viver e de ver o mundo ao seu redor. Com isso, entende-se que a interação do enfermeiro com o usuário é fundamental para que os fatores desse contexto sejam inseridos nas práticas de cuidado, oportunizando, assim, o contato com as questões subjetivas do mesmo (CRUZ et al, 2013). O enfermeiro, quando sistematiza o cuidado ao usuário, deve repensar o seu modo de cuidar, isto é, deve entender qual o significado do seu cuidado diante um ambiente cercado por peculiaridades (ACIOLI et al, 2014).

Decorrente desse contexto ambiental, que dá significância e identidade aos indivíduos, há circunstâncias que podem influenciar no cuidado, como mencionadas no depoimento a seguir:

[...] como é uma população que mora mais afastada e eles trabalham muito [...] trabalham para fora assim, sabe, em horta, em lavoura, então eles não têm muito tempo também de vir aqui, a unidade fica longe e aí a gente vai até lá de três em três meses (E1).

A questão do trabalho mencionado no depoimento de E1 pode tornar-se uma barreira para o usuário com HAS, pois dificulta seu deslocamento até a USF, uma vez que as unidades

possuem o horário de atendimento coincidente com o horário de ocupação do mesmo. Logo, o cuidado é prejudicado por modelos de atenção que não elencam as questões da diversidade em que estão inseridos os usuários; com isso, faz-se necessário o enfermeiro ter o olhar sensível perante a diversidade existente no meio em que atua. A disponibilidade de atendimento após as 18 horas e/ou em finais de semanas alternados são alternativas que podem ser avaliadas pelo enfermeiro como estratégia para que o usuário possa frequentar o serviço de saúde em horário diferente do de seu trabalho (REIS et al, 2013).

O cenário deste estudo revela que a territorialização realizada para a implementação da ESF possui as áreas de abrangência com longas distâncias entre a USF e algumas residências, além de ser característica do município a convivência do ambiente urbano e rural. Ao chegar às USF, percebia-se a presença de animais e de áreas de pequenas plantações (BUDÓ et al, 2014).

Sabe-se que o cuidado de perto pelo enfermeiro ao usuário com HAS é de relevância devido às complicações que tal doença pode acarretar quando não controlada (BRASIL, 2013). Estudo realizado com 330 usuários com HAS de uma USF demonstrou que 44,8% destes apresentavam-se no grupo de alto risco para o desenvolvimento de um evento coronariano agudo (SILVA, CADE, MOLINA, 2012).

Com isso, a diversidade de ambientes e a diversidade cultural são itens que podem ser considerados no momento da definição dos territórios que serão alocados às unidades de atendimento. Esse aspecto pode ser relacionado com o que é afirmado por Leininger (1991), ou seja, os aspectos culturais refletindo nos assistenciais.

As perdas funcionais e a dependência também caracterizam a diversidade presente entre os usuários com HAS, moradores das áreas descritas.

[...] não conseguem vir aqui verificar a pressão, não conseguem fazer o controle, não caminham direito, alguma coisa, têm dificuldades, então são os que a gente faz visita [...] (E9)

As limitações fisiológicas decorrentes, muitas vezes da HAS (e de outras comorbidades), e as atividades relacionadas à ocupação salarial são dificuldades que os enfermeiros encontram no manejo do cuidado, porém não são justificativas para o não planejamento e o não envolvimento do profissional com o usuário. Novos arranjos do cuidado, por meio de pactos, como a visita domiciliar, são essenciais para reorientar o modelo de atenção à HAS; isto é pressuposto fundamental para superar as dificuldades dos usuários (NONNENMACHER, WEILLER, OLVEIRA, 2011)

Com isso, lidar de forma mais adequada com os obstáculos enfrentados pelos usuários de tal cenário (BRASIL, 2012b) é o desafio para a prática de cuidado do enfermeiro. A realização das visitas domiciliares torna-se uma prática potencial, pois nos remete à ação de englobar o usuário em sua integralidade do cuidado, como pertencente ao território que abrange a unidade. Além disso, novos arranjos do cuidado podem ser articulados na realização da visita, visto que o enfermeiro estará adentrando no domicílio e poderá recolher informações pertinentes a sua prática perante o usuário com HAS (MERHY, FEUERWERKER, 2008).

Além do deslocamento para realização de visitas domiciliares, há a oferta de grupos de saúde nas localidades onde residem os usuários, como mencionado por E10:

[...] como aqui é uma estratégia de saúde da família rural, então a gente vai até as localidades para fazer os grupos, geralmente quem participa do grupo são hipertensos [...] (E10)

A prática de estar se deslocando a tais localidades para a realização dos grupos de saúde evidencia que há alternativas de cuidado, pois o usuário é visto com um conjunto de diversidades, dentre elas as questões geográficas de moradia, já discutidas, que ultrapassam as paredes erguidas de uma unidade.

O espaço rural caracteriza-se por vazios demográficos e as localidades podem estar longínquas da unidade, sendo um empecilho ao usuário acessar a unidade (BURILLE, GERHARDT, 2014). O cuidado, como horizonte primordial da enfermagem, deve ser planejado visando produzir o aporte e o caminho do cuidar necessário ao usuário com HAS, para que, assim, a prática de cuidado a essa doença seja alcançada na ESF (PAGLIUCA, MAIA, 2012)

Diante disso, nota-se que a singularidade é exercício necessário ao enfermeiro como estratégia de pensar o cuidado; o deslocar-se à localidade demonstra que cada usuário possui diferenças que o identificam como ser humano. Nos depoimentos, nota-se a presença do olhar peculiar diante de cada indivíduo:

[...] não dá também para orientar todos os usuários da mesma forma, quando a gente conhece quem são [...] a gente consegue orientar de forma diferente [...] então não dá para ter uma receita pronta do que falar, do que prescrever, porque cada usuário é um [...] (E10)

[...] sempre tem que ter um cuidado assim, com as particularidades de cada um [...]. (E14)

Quando se trata da singularidade, está-se adentrando em um campo individual do usuário, em que a personalidade, jeitos e trejeitos são características ímpares das pessoas. Cada ser é formado por emoções, sentimentos, percepções e visões de mundo que são construídas por meio de suas heranças e com influência do contexto ambiental em que se vive.

O reconhecimento das singularidades possibilita ao enfermeiro identificar as reais necessidades que possui o usuário com HAS, não se distanciando do objetivo que é o cuidado perante o adoecimento crônico (FRANCO, MERHY, 2012). Quando E10 menciona que “*não dá para ter uma receita pronta*”, reconhece-se o eixo central em que a abordagem das práticas de cuidado de enfermagem deve basear-se, ou seja, na premissa de que cada pessoa é singular no seu modo de viver e de enfrentar os desafios impostos pela cronicidade da doença (BRASIL, 2009a)

Vive-se em uma sociedade cada vez mais objetiva em seus atos, que padroniza o modo de ser das pessoas, como se todos fossem iguais (SILVA et al, 2015). A visão perante as individualidades de cada usuário com HAS perpassa pelo olhar humanista de compreender o outro em seu mundo, em seu contexto, pois as pessoas são constituídas de semelhanças e dessemelhanças que faz com que cada um seja um ser único em sua essência.

Os ajustes aos cuidados ao usuário com HAS incorporam fatores que são singulares em sua vida, como sentimentos, valores, crenças e relações com sua rede social. Como mencionado por E14, são “*particularidades*” que a pessoa traz e leva consigo, as quais interferem nas práticas de cuidado do enfermeiro. A singularidade, quando valorizada, possibilita vínculo entre profissional e usuário, pois o enfermeiro conhece a pessoa, visualizando esta para além da doença (SANTOS, NERY, MATUMOTO, 2013).

Outro fator elencado pelos participantes, nomeado por eles como o conhecimento que o usuário com HAS possui em relação a sua doença, também deve ser considerado nas práticas de cuidado na perspectiva cultural:

[...] o conhecimento dele, do esclarecer o problema, uma, a causa da pressão dele, que ele tem que conhecer [...] conhecer a causa, conhecer os cuidados e tentarmos conscientizar ele da gravidade que é a hipertensão [...] (E3)

[...] porque na consulta de enfermagem eu gosto de explicar o que é hipertensão, o que acontece no organismo da pessoa, para que serve aquele medicamento, o cuidado [...] (E13)

O conhecer não está no simples fato de o usuário saber que possui uma doença crônica e tratá-la com medicação; a própria adesão ao tratamento, tanto medicamentoso, quanto não

medicamentoso, pode ocorrer a partir da compreensão do que é a hipertensão, da condição de saúde que se estabeleceu, dos fatores de risco e das formas de se manejar a doença crônica (ALMEIDA, ARAUJO, SILVA, 2013). Como dispositivo viável, a organização de consultas de enfermagem é uma prática de cuidado que envolve o usuário, tornando-o pertencente ao planejamento do cuidar. Na ESF, o papel do enfermeiro nas consultas nos remete à visão singular que o mesmo pode ter durante o atendimento. Trata-se do cuidado individual, que é o momento em que o profissional visualiza aspectos objetivos e subjetivos da doença (FELIPE et al, 2011).

Apesar de ser uma doença crônica, a HAS pode se comportar como uma condição de não doença, ou seja, a ausência de uma doença; as características assintomáticas, a estabilização dos níveis pressóricos e o longo tempo de convívio com a HAS dão tal percepção aos usuários (SILVA et al, 2013). Com isso, o conhecimento e, assim sendo, a forma como o usuário vive com a HAS e sua autonomia ao lidar com essa condição tornam-se pontos principais para as práticas de cuidado do enfermeiro e para a tomada de decisões compartilhada com o usuário perante sua doença.

Somando-se a isso, o enfermeiro está atento ao que o usuário compreendeu sobre a doença.

[...] então eu me coloco no lugar do paciente aqui, será que ele entendeu mesmo? Às vezes a gente pede para ele repetir e aí a gente vê que não, ficou em dúvida. (E1)

[...] eu vejo que aqui eles têm difícil compreensão das coisas, então eles ouvem muito do que é passado e às vezes nem perguntam. Aqui eu pergunto, ah entendeu, quer me explicar o que o senhor entendeu disso tudo [...] (E3)

O interesse do profissional em perguntar e repetir é fundamental para que o cuidado faça sentido ao usuário. Isso nos remete à compreensão do que o usuário está entendendo sobre o diálogo com o enfermeiro; o que esse usuário está levando consigo quando sair da consulta de enfermagem. Assim, chega-se ao contexto educacional e à singularidade. Quando o enfermeiro conhece a população e os usuários com HAS, o modo de se expressar, de dialogar, também se torna diferenciado para cada um, pois os sentidos atribuídos à doença não são os mesmos.

Indagar a respeito do que o usuário compreendeu também é um dispositivo de avaliação para o próprio enfermeiro, pois, assim, analisa o modo que como dispendo das informações, se estas estão sendo resolutivas, ou seja, se está fazendo sentido ao protagonista do cuidado. Quando não há uma visão crítica perante sua prática, o enfermeiro pode julgar o

usuário como o teimoso, o difícil, o resistente diante das informações que lhe foram passadas (BORGES, PINHEIRO, SOUZA, 2012). É fundamental ao profissional perceber se o usuário não está sentindo-se acuado com as informações a respeito da HAS, pois o mesmo pode sentir-se intimidado perante certa autoridade que o enfermeiro pode expressar (FELIPE et al, 2012) e que intimida o diálogo entre ambos.

Nesse delineamento do contexto ambiental, da singularidade, do conhecimento e da compreensão do usuário com HAS, nota-se que o saber que o usuário traz consigo permeia todos os campos já mencionados.

[...] não desconsiderando aquilo que ele traz, porque uma das coisas assim, se a gente acaba desconsiderando, tu acabas perdendo, muitas vezes, aquele usuário [...] (E10)

Práticas autoritárias de imposição de informações do profissional perante o usuário é atitude inaceitável diante de uma complexa e variada diversidade cultural que se vivencia atualmente. A célebre frase de Paulo Freire (2013, p. 68) “não há saber mais, nem saber menos, há saberes diferentes” nos remete ao depoimento de E10. O diálogo entre profissional e usuário deve ser construído pelo somatório dos saberes científicos e dos saberes populares, pois ambos são munidos de informações pertinentes ao cuidado. O momento de prática de cuidado é espaço de ampliação do conhecimento, em que há uma troca, numa espécie de “vai e vem” de saberes entre profissional e usuário.

Com isso, engrandece-se o espaço de negociação do cuidado, como citado por Leininger (1991) ao invés de imposições persuasivas; ou seja, almeja-se a proposta de elucidar e problematizar as questões das práticas do cuidado como ação dialogada com todo o saber (VASCONCELOS, 2007).

Esse conjunto de saberes pode ser nomeado por dois sistemas de cuidado, o popular e o científico. O sistema popular são os conhecimentos tradicionais ou populares culturalmente aprendidos e que são transmitidos com o propósito de apoio, assistência, para que, assim, grupos, indivíduos e famílias lidem melhor com as condições de saúde e também com as situações de sofrimento. Já o sistema profissional é o cuidado aprendido e ensinado, como também as habilidades adquiridas nas instituições de ensino que visam atender às pessoas (LEININGER, 1991).

Entende-se que a associação dos saberes (científico e popular) ou dos sistemas (popular e profissional) é o elo que passa a orientar as ações do enfermeiro com o usuário,

visto que ambos estarão no mesmo patamar de conhecimento, ou seja, nem um e nem outro será o detentor do saber, mas juntos construirão o caminho para o cuidado.

A partir do contexto ambiental, a singularidade no cuidado, o conhecimento e a compreensão diante da cronicidade da HAS mostram que tais questões podem permear as práticas de cuidado do enfermeiro. O enfermeiro considerará-los elementos fundamentais para o planejamento, a organização e a reorganização do cuidado juntamente com o usuário. Nesse sentido, nota-se a concepção de diversidade cultural presente nas práticas expostas nos depoimentos, como importante aliada na melhora das condições de saúde e de vida das pessoas acometidas pela condição crônica.

4.2.1 “[...] tem algumas misturas que se faz com os temperos [...]”: alimentação como uma prática de cuidado cultural ao usuário com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

A presente subcategoria irá tratar da temática do alimento nas práticas de cuidado dos enfermeiros ao usuário com HAS. Quando se trata da perspectiva cultural, o fator alimentação mostra-se em evidência nos cuidados dos profissionais.

Nos depoimentos dos enfermeiros, percebe-se que o objetivo principal é reduzir danos, introduzindo orientações sobre o modo menos prejudicial de se alimentar:

[...] a gente levou receitas de pão integral, de panqueca integral porque quem mora para fora [...] come, geralmente não come coisas integrais e que seria o contrário, eles fazem tudo em casa o pão eles fazem em casa então a gente já disse, já que vocês vão fazer um pão quem sabe troca a farinha de trigo normal por uma integral [...] (E1)

[...] a gente sempre procura orientar substituições [do sal], limão, vinagre só para aliviar um pouco o sabor [...] (E3)

[...] e assim daqui a pouco se ele não vai fazer caminhada, mas ele vai diminuir um pouco o sal tudo que ele fizer é ganho para ele, então procurar valorizar essas coisas boas assim que ele consegue fazer, que ele consegue aderir, até que ele consiga um padrão melhor de adesão [...]. (E8)

[...] eles usam os temperos verdes que eles têm na horta, tem algumas misturas que se faz com os temperos com esses que eles têm ali, coloca só uma pitada de sal e já dá um gosto muito bom para a comida [...] (E13)

A alimentação é fortemente influenciada pela cultura, por isso mesmo é uma mudança difícil de fazer. Usar de práticas de cuidado que possam auxiliar o usuário com HAS a conviver com a doença, juntamente com uma alimentação mais saudável e a valorização da sua cultura poderá auxiliar no melhor prognóstico para sua saúde. Quando se adentra no

processo de substituições de alguns produtos por outros considerados mais saudáveis para o controle da HAS, pode-se citar, como base, o conceito de redução de danos, largamente utilizado pela saúde mental:

No campo da prevenção, as Estratégias de Redução de Danos (RD) envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. São ações práticas, pois consideram que o ideal de não usar drogas pode ou não ser alcançado pelo indivíduo, ou seja, caso o indivíduo continue com o uso, que o faça com o menor risco possível (BRASIL, 2015b, p.66).

Ou seja:

Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a refletir sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo ela ocupa na vida de cada pessoa, sendo isso mais relevante do que a droga em si mesma (BRASIL, 2015b, p. 66).

Com isso, trabalha-se com o estabelecimento de práticas que visem à adoção de comportamentos mais seguros para o consumo das drogas, como, por exemplo, a imunização para as hepatites virais, o não compartilhamento de seringas, quando for o caso de drogas injetáveis, devido ao risco transmissão de doenças virais disseminadas por via sanguínea. Tais ações objetivam que os usuários não fiquem expostos a outras enfermidades, como ao vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), acarretando maior instabilidade em sua condição de saúde.

Quando se orienta a prática de cuidado do uso do sal doméstico nas alimentações dos usuários com diagnóstico de HAS, não se está adotando uma ação de consumo zero, pois o sódio é imprescindível para a regulação osmótica nas células do nosso corpo, e, sim, sua diminuição conforme recomendações da OMS, não ultrapassando cinco gramas diárias (BRASIL, 2016). Pensar na política de redução de danos no campo da HAS é organizar práticas de cuidado que valorizem as particularidades do usuário, não o privando e lhe impondo ações que estão à margem de sua realidade, mas, sim, demonstrando que há possibilidades de conviver com a doença por meio de manejos e estratégias condizentes.

Tais práticas de cuidado são válidas para todas as pessoas, porém o usuário com HAS já possui uma conformidade diferenciada devido à fisiologia da doença e, por isso, necessita de um cuidado especial quando se trata da alimentação. Substituições fazem parte das recomendações de uma prevenção secundária à doença, ou seja, com a enfermidade já instalada no corpo, opta-se por ações que previnam maiores acometimentos decorrente, como AVE e IAM.

Como política de redução de danos aos usuários com HAS, podem ser citadas as ações e decisões nomeadas por Leininger (1991), de *ajustamento do cuidado cultural* e *repadronização do cuidado cultural*.

Entende-se, por *ajustamento do cuidado cultural*, as ações e práticas desenvolvidas criativamente pelo enfermeiro e que ajudam as pessoas a se adaptarem a outras formas de cuidado que serão benéficas a sua saúde (GEORGE, 2000). Se for pensada no campo do adoecimento crônico, no caso a HAS, será uma negociação entre usuário com HAS e o profissional que visa melhorar suas condições de saúde, por meio de uma alimentação saudável, demonstrando o quanto uma redução no consumo de sal, gorduras, poderá impactar em um prognóstico satisfatório.

Nota-se que, no *ajustamento*, o enfermeiro exercerá um relevante papel de proporcionar ao usuário com HAS um novo modo de pensar sobre a alimentação, sobre seus cuidados com a doença. Nessas ações, cabe ao profissional conhecer o usuário e suas peculiaridades, suas condições econômicas, sociais, psicológicas para que as práticas de cuidado sejam mais condizentes com o indivíduo.

Na *repadronização do cuidado cultural*, o enfermeiro, como apoiador e facilitador das ações, deve ajudar o usuário a reorganizar ou modificar estilos de vida, padrões que sejam saudáveis a sua condição de saúde, proporcionando uma reestruturação, sempre respeitando os valores culturais e as crenças do usuário. Nessas práticas, o enfermeiro disponibilizará de todo seu conhecimento adquirido durante a sua formação e, logo, procurará estratégias de reduzir os danos aos usuários com HAS. Adentra-se, então, no campo do uso de guias de alimentação disponibilizados pelo MS que orientam dietas regionais, dietas balanceadas e saudáveis. O enfermeiro deve apropriar-se de tais conhecimentos disponíveis na literatura, demonstrando ao usuário que há formas de modificar o modo de alimentar-se a partir de pequenas ações diárias que são mutáveis. A não flexibilização e o estranhamento do profissional diante de uma alimentação considerada não adequada ao estado clínico do usuário podem distanciar ambos, bem como podem levar à recusa do usuário em seguir uma dieta mais adequada a partir da imposição do profissional, baseada na visão restrita deste perante o ato de alimentar-se. É necessário que os profissionais entendam que há modos de se alimentar que perpassam por gerações e são herdadas pelo usuário, grupo ou família. O alimento pode ser universal, mas o ato de comer gera uma identidade, uma gama de lembranças e sabores. É como menciona Da Matta (1986): “um estilo e um jeito de alimentar-se”. Por isso, a ação de diminuir os danos que a HAS pode causar perpassa o entendimento cultural que a alimentação possui na vida das pessoas.

Salienta-se que tais tarefas não se mostram fáceis e o enfermeiro necessita de um olhar minucioso perante o usuário, com uma visão singular, sensível e tolerante sobre a cultura do mesmo (GEORGE, 2000)

Nos depoimentos de E1, E3, E8 e E13, o *ajustamento* encontra-se presente nas práticas de cuidado dos enfermeiros no momento em que os profissionais mencionam que dialogam com os usuários sobre as substituições que podem estar sendo realizadas. É o que se percebe na receita de pão integral ou o uso da farinha integral no preparo do pão caseiro mencionado por E1, visto que o participante cita que “o pão eles fazem em casa”; no uso do limão como substituto do sal doméstico mencionado por E3; no preparo de receitas com os temperos provenientes das hortas dos próprios usuários, como o sal de ervas, citado por E13, bem como na valorização do cuidado a que o usuário aderiu, citado por E8. Todas são ações que visam a um olhar diferenciado perante o uso do sal doméstico, não o eliminando da dieta, mas adaptando novas formas para seu uso.

A redução do uso do sal doméstico é de tanta relevância para a HAS que estudo realizado nos Estados Unidos submeteu 412 participantes adultos, que possuíam PA acima de 120/80 mmHg, a duas dietas com controle de sódio nos alimentos, durante um período de duas semanas; como resultado, houve uma significativa redução na pressão arterial sistólica e diastólica de forma gradual (SACKS et al, 2001). Outro estudo, realizado em um estado brasileiro, com 1.663 participantes, objetivou relacionar o consumo de sódio e potássio à elevação da PA, por meio de amostras de urina 12 horas; como resultado, houve uma correlação diretamente proporcional entre o consumo dos eletrólitos e a elevação da PA (MOLINA et al, 2003).

Não obstante, a alimentação saudável deve englobar um conjunto de fatores, dentre eles a dimensão cultural e os fatores que estão incluídos neste espectro, como as crenças e valores pessoais. Deve-se resgatar a cultura alimentar que o usuário com HAS traz consigo, como mencionado por E1, quando cita que “o pão eles fazem em casa” é fundamental à prática de cuidado do enfermeiro visto que o alimento constitui parte importante na sociedade, relacionando-se com a identidade própria do ser humano (BRASIL, 2014b).

Todavia, as ações e decisões do enfermeiro e o usuário passam pela questão econômica do usuário com HAS, como é mencionado nos depoimentos a seguir:

[...] a uma alimentação saudável, muitas vezes, tu não tens acesso e é caro comprar frutas, verduras...o quê que é barato? O carboidrato [...] (E3)

[...] como a gente vê que é uma região muito carente, tem coisa que tu não tens como dizer, ‘ah tu tens que fazer assim’. A gente procura fazer com o que eles têm, então não adianta eu dizer assim, ‘ah, você vai ter que comer só folhas verdes’, eles não têm. (E9)

[...] muitas vezes não adianta tu orientares uma alimentação, “ah, tem que comer pão integral”, e se ele não tem como comprar, né? Então, coisas assim que tu tens que cuidar também. (E14)

A indústria alimentícia tem papel relevante nos índices de PA alterada e doenças cardiovasculares. Os alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, macarrão instantâneo, refrigerantes, salgadinhos de pacote) são produtos com alto teor de conservantes sintéticos, açúcares, sal, óleos e gorduras, cuja finalidade é aumentar a validade do alimento ou acrescentar sabor, aroma e textura, atrativos aos consumidores (BRASIL, 2014). De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), relativa à aquisição alimentar per capita do brasileiro, houve um aumento de 37% na aquisição de alimentos preparados e misturas industriais entre as pesquisas de 2002-2003 e 2008-2009; em quilogramas (Kg), isso significa que passou de 2,560 kg para 3,506 Kg.

No que tange ao rendimento, o POF de 2008-2009 nos mostrou que a aquisição de alimentos preparados e misturas industriais são mais significativas nas classes de rendimentos maiores, ou seja, quanto maior o rendimento, maior a compra desses produtos; porém, nas faixas de rendimentos mais baixas a aquisição de frutas e hortaliças é menor, ou seja, quanto menor o rendimento, menor é o consumo desses produtos. Isso vai ao encontro dos depoimentos de E3 e E9, que encontram dificuldades no manejo da alimentação quando se trata da incorporação de frutas, verduras e legumes na dieta do usuário com HAS. Percebe-se que os enfermeiros admitem que a *repadronização*, no que tange à alimentação, não é uma prática de cuidado possível de ser realizada. Como eles conhecem a situação econômica dos usuários, decidem por vezes, não orientar sobre o uso correto da alimentação, pois a consideram inacessível devido à condição econômica do usuário.

Pesquisas evidenciam que há um impacto na saúde das pessoas na inclusão de hortaliças e frutas em suas dietas. Em estudo realizado pela *Harvard Medical School/Brigham and Womens’s Hospital* com uma amostra de 39.876 mulheres adultas sem antecedentes de DCV, durante um período de seis anos, foram incluídos nas dietas 28 tipos de vegetais e 16 tipos de frutas; concluiu-se que uma maior ingestão de frutas e hortaliças estava associada a um menor risco de desenvolver DCV e IAM. De toda a amostra, foram detectados somente 418 casos de DCV e 126 IAM (LIU et al, 2000). Salienta-se que dietas ricas em gorduras, açúcares e grãos são as que possuem o menor custo; e dietas que incluem frutas, verduras e

legumes estão entre os alimentos com os maiores valores de custo para o consumidor (CLARO et al, 2007; DREWNOWSKI, DARMON, BRIEND, 2004). Claro e Monteiro (2010), por meio de seu estudo que analisou a influência da renda e dos preços dos alimentos no consumo de frutas, legumes e verduras, elencou que a redução no preço de frutas e hortaliças acarretaria uma elevação de 0,79% na aquisição desses alimentos pelas famílias e que a elevação da renda familiar contribuiria para o maior consumo desses alimentos; ou seja, há uma forte ligação entre a renda e a escolha dos alimentos.

Ademais, no depoimento abaixo, o participante menciona suas orientações e sua preocupação no preparo dos alimentos.

Então, a gente procura adequar o que eles têm, eles têm arroz, feijão, tudo bem, arroz e feijão, mas diminui sal, nesse feijão não coloca condimentos, não coloca nada de *Knorr* [...] (E9)

Os acréscimos de temperos prontos, que possuem um elevado teor de sódio em sua composição ou o uso em excesso de gorduras saturadas estão relacionados à elevação das lipoproteínas de baixa densidade ou LDL plasmático (LDL) e ao aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Isso deve servir de alerta para o enfermeiro que está acompanhando o usuário com HAS.

Salienta-se que dietas hipercalóricas sobressaem nas populações de baixa renda (DARMON, FERGUSON, BRIEND, 2002; DA SILVA, DA SILVA, OLIVEIRA, 2015). Se analisarmos o POF de 2008-2009, o arroz e o feijão representam os alimentos com maior taxa de aquisição entre as famílias de baixa renda; as frutas e hortaliças sobressaem nas faixas de maior renda. Todavia, a questão de alerta no que tange à HAS concentra-se, não no consumo do alimento que está diariamente nos pratos dos brasileiros, mas, sim, no seu preparo, bem como no preparo dos alimentos que, principalmente, compõem a cesta básica no Brasil³.

Novamente, a *repadronização* se faz presente no manejo do alimento, pois E9 direciona a diminuição do sal e o não uso de caldos prontos. Orientações concretas e dialogadas são essenciais por meio de estratégias criativas de negociações que mostrem os malefícios que tais produtos trazem para sua saúde no que tange à HAS. A enfermagem pode esclarecer, rotineiramente, utilizando-se da educação em saúde sobre os danos à saúde destes

³ Os alimentos que compõem a cesta básica são: carne, leite, feijão, arroz, farinha, batata, legumes (tomate), pão francês, café em pó, frutas (banana), açúcar, banha/óleo, manteiga. <http://www.dieese.org.br/metodologia/metodologiaCestaBasica2016.pdf>

preparados prontos, comercializados largamente e utilizados com frequência no preparo dos alimentos, podendo ser considerados culturais.

Não obstante, os enfermeiros reconhecem que a cultura perpassa os hábitos alimentares que o usuário traz consigo, sendo práticas que impactam no cuidado, como é mencionado nos depoimentos:

[...] pela própria cultura, que tem que comer sentindo o sal, sempre comeram assim, não vão agora diminuir desse jeito; e fica sem gosto, sem sabor [...] (E3)

[...] é difícil para as pessoas mudarem, eu acho toda mudança, requer um certo tempo, um certo cuidado [...] eu entendo que é complicado, às vezes até a gente para começar alguma coisa nova é difícil (E2)

Os enfermeiros estão se referindo aos hábitos alimentares e a dificuldade em modificá-los. Entende-se, por hábito, a “inclinação por alguma ação, ou disposição de agir constantemente de certo modo, adquirida pela frequente repetição de um ato” (MICAHELIS ONLINE). Nota-se que o significado estabelece uma constância ou persistência de um ato. Quando E3 menciona “[...] que sempre comeram assim [...]” pode-se evidenciar a presença de uma relação íntima que se estabelece com o alimento, que pode ser chamada de hábito alimentar, isto é, algo adquirido no decorrer dos anos e que está intrínseco na rotina das famílias.

Os hábitos alimentares estão inseridos em um sistema cultural permeado por símbolos, significados e classificações que se associam aos alimentos. O ato de alimentar-se possui raízes históricas tradicionais, que são passadas de geração em geração, criando uma identidade pessoal ou familiar (BRAGA, 2004). O habitual é composto pelo prazer em estar saciando algo que traz sensações de alegria e pela subjetividade presente no alimento, que remete à lembrança de pessoas, de momentos, de lugares.

Nota-se, com isso, que o ato de se alimentar não é apenas biológico, da necessidade humana, mas que carrega consigo características marcantes de uma sociedade, dos alimentos que predominam nas regiões, das condições econômicas para adquiri-los, da herança familiar relacionada ao alimento, ou seja, saberes e práticas culturais incidem sobre tais hábitos do ser humano. A construção e a formação dos hábitos alimentares iniciam desde a infância, em que a criança começa a descobrir o vasto mundo dos sabores. Tal ato rotineiro e repetido no cotidiano desde tal período poderá refletir no comportamento alimentar do futuro adulto (VALLE, EUCLYDES, 2007; RAMOS, STEIN, 2000).

Como tais hábitos alimentares, a ação de consumir, desde a infância, produtos ultraprocessados, com alta concentração de sódio e açúcar desde a infância pode proporcionar ao adulto a busca de alimentos mais salgados e doces. Por exemplo, cita-se o uso do sal doméstico além do recomendado pelo MS, que pode tornar-se um hábito do usuário com HAS. Quando a quantidade de cloreto de sódio é reduzida, o alimento torna-se menos saboroso, menos palatável como mencionado por E3, pois seu paladar já “acostumou-se” ao alimento salgado.

A modificação do hábito é vista com dificuldade pelos enfermeiros; enraizados, os hábitos alimentares são difíceis de serem manejados pelos profissionais, que encontram, nisso, um obstáculo para as práticas de cuidado no que tange à alimentação como mencionado por E3 e E2; porém, quando o profissional coloca-se no mesmo patamar que o usuário, afirmando que “[...] coisa nova é difícil” até para ele, como menciona E2, o cuidado torna-se mais sensível. O julgamento perante o usuário com HAS do seu não cuidado relacionado à alimentação é irrelevante nas práticas de cuidado que visam “*repadronizar*” novas dietas.

A alimentação como meio de sobrevivência ao ser humano está inserida em um sistema cultural cercada de valores e crenças, bem como das condições sociais e econômicas que estão presentes na sociedade, logo o ato de alimentar-se se torna peculiar a cada indivíduo. Uma visão diferenciada que entenda que há uma complexidade em tal ato é fundamental para as práticas de cuidado do enfermeiro. No que tange ao usuário com HAS, tal olhar torna-se mais relevante devido à própria condição crônica que exige a modificação de hábitos, como os alimentares, herdados desde a infância. A redução de danos é um exemplo de política que pode ser pensada junto ao enfrentamento da HAS, pois se visa minimizar os danos causados pela cronicidade. Como estratégia de prática de cuidado do enfermeiro, ações de negociação e adaptação juntamente com o usuário são fundamentais para que este tenha capacidade de conviver com a enfermidade de uma forma mais justa e condizente com sua realidade.

4.3 “[...] MAS MUITO MAIS QUE ISSO A GENTE NÃO CONSEGUE FAZER”: O LIMITAR E O JULGAR PRESENTES NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Nessa categoria, busca-se discorrer acerca das limitações presentes nas falas dos participantes da pesquisa perante às práticas de cuidado, como a priorização do cuidado de enfermagem em outras áreas de atuação.

A cultura é vista como um obstáculo no momento de estar desenvolvendo as práticas de cuidado.

[...] pela própria cultura, que tem que comer sentindo o sal, sempre comeram assim, não vão agora diminuir desse jeito; e fica sem gosto, sem sabor [...] (E3)

[...] é bem complicado ter que lidar com essas questões culturais também, questões que não cabem ao profissional resolver (E5)

Nota-se que o “sempre comeram assim, não vão diminuir desse jeito” é visto como um fator estático, ou seja, o “sempre” nos remete a algo imutável, sendo consequência da cultura que não é passível de ser manejada. A alimentação aparenta ser intocável, devido às questões culturais que a cercam; assim, os profissionais não adentram nesse campo.

Campos (2003) elucida que há dois modos de vermos a cultura: primeiramente, aquela que nos molda, em que o sujeito é passível, subordinado à herança cultural; outra, a cultura em que o sujeito pode reagir diante do que está estabelecido; ou seja, a cultura sendo moldável. Para o autor, pode-se ser coprodutores de novos padrões, isto é, a cultura, mesmo presente no comportamento das pessoas, como no caso da alimentação, pode ser passível de mudança. O enfermeiro, nessa situação, exercerá seu papel de apoiador e facilitador em um processo de diálogo com o usuário, para encontrarem juntos novas possibilidades alimentares condizentes com a realidade deste.

Leininger (1991) já citava o *ajustamento/negociação* do cuidado cultural como ações de que os profissionais podem estar se apoderando para adaptar o cuidado juntamente com o usuário, sempre respeitando a visão de mundo que este traz. Desistir do usuário, culpabilizando a cultura, como algo imutável, não se mostra plausível diante do adoecimento crônico como a HAS, pois o cuidado depende de um conjunto de fatores biopsicossociais que são diretamente influenciados pela cultura; quando essa é vista como estática, as práticas de cuidado se mostram limitadas.

A cultura exerce relevante influência no modo de agir do usuário com HAS, são heranças que este traz consigo, herdadas de pai para filho, de avô para filho e assim sucessivamente, influenciando na visão de mundo do usuário. As “questões culturais”, como menciona E5, estão presentes diariamente na vida das pessoas, como no modo de se vestir, alimentar-se, ou mesmo conviver com o adoecimento crônico. O enfermeiro encontra-se inserido no meio cultural em que vive o usuário com HAS, por isso é corresponsável, juntamente com o usuário, no momento de entender e manejar as questões culturais nas práticas de cuidado. O fato de E5 mencionar que as questões culturais “não cabem ao

profissional resolver”, pode indicar que a cultura é um obstáculo que dificulta a continuidade das práticas de cuidado do profissional.

Lidar com a cultura do usuário, bem como com a complexidade do adoecimento crônico, como a HAS, não é tarefa fácil a ser desempenhada pelo enfermeiro (FAVA et al, 2013), todavia salienta-se que a cultura não pode ser usada como empecilho ao exercício das práticas de cuidado do profissional. O uso elevado do sal doméstico, hábito muitas vezes herdado desde a infância, por exemplo, é uma questão cultural muito presente que pode ser manejada. Porém, não cabe apenas a pessoa resolver, e, sim, a pessoa com HAS e o enfermeiro podem caminhar juntos, pois ambos necessitam do apoio e ajudar para o manejo, por exemplo, do sal, com novas estratégias que mantenham o sabor dos alimentos e que seja benéfica a saúde. O profissional pode apoderar-se das questões culturais da pessoa com HAS; isso deve ser um instrumento, uma parte integrante do cuidado, adequando este à realidade do indivíduo. (CRUZ et al, 2013).

Outra questão mencionada nos depoimentos relaciona-se ao tempo para se estar realizando as práticas de cuidado a pessoa com HAS:

[...] atualmente, assim, a minha prática tem sido mais na parte da triagem, na parte da consulta mesmo a gente faz a verificação da pressão, a gente dá uma orientação, pergunta se é hipertenso, diabético, mas a gente não consegue dar a orientação como a gente gostaria mesmo, por falta de tempo (E7)

[...] por isso que a gente acaba não tendo tempo da enfermagem, que poderia fazer muito mais coisa, poderia fazer grupo, trabalhar bem mais intensificado nisso, com grupo de promoção de saúde, mas a gente, nossa equipe é uma equipe bem pequena, para uma população grande, então a gente não consegue desenvolver tantas ações quanto a gente gostaria (E16)

Durante o período de coleta de dados, observou-se que em alguns momentos, as enfermeiras não utilizavam todo o tempo em atividades de trabalho, revelando certos horários ociosos. Com isso, pode-se afirmar que não há priorização para o atendimento de pessoas com HAS. Durante o período de observação não participante, evidenciou-se, nas quatro USF, o predomínio das práticas de cuidado dos enfermeiros focados na saúde da mulher e na saúde da criança:

[...] são 13h56min e a enfermeira encontra-se na sala de exames para realizar os preventivos; percebo que a tarde será somente desses exames [...]
(Diário de Campo, 28/03/2016)

[...] são 08h18min e hoje pelo que vi é dia de consulta do pré-natal; percebo que há dias para as consultas de pré-natal.
(Diário de Campo, 29/03/2016)

[...] são 13h25min e a enfermeira irá realizar exames de coleta de preventivo pela parte da tarde [...]
(Diário de Campo, 12/04/2016)

[...] são 14:58 e a enfermeira irá ficar no atendimento do pré-natal; a tarde desse dia da semana fica restrito ao pré-natal e o grupo de gestantes.
(Diário de Campo, 14/04/2016)

Ao realizar a análise do diário de campo, comparando com os depoimentos, percebe-se que há horários vagos durante o período de abertura da unidade, sugerindo que, se houvesse um planejamento efetivo, esses espaços poderiam suprir a agenda com a pessoa com HAS. Pode-se questionar se, culturalmente, os profissionais mantêm a priorização por alguns cuidados, como a área da saúde da mulher e da criança em detrimento de outros, como a doença crônica.

O Brasil possui políticas públicas à saúde da mulher, da gestante e da criança. Internacionalmente, reconhecem-se as ações que são desenvolvidas no combate à mortalidade infantil e materna por meio de estratégias fortificadas durante o pré-natal e puerpério. Todavia, a sociedade brasileira caminha a longos passos na transição demográfica, ou seja, a cada novo levantamento realizado por órgãos específicos do governo evidencia-se o envelhecimento da população bem como a diminuição na taxa de fecundidade total e na taxa de natalidade; com isso, um perfil epidemiológico diferenciado instala-se no país, com uma ascensão das DCNT.

Não se nega a continuidade das práticas de cuidado do enfermeiro no que tange à mulher, à gestante e à criança, mas se busca um novo olhar perante tal transição, pois, há um aumento do diagnóstico de HAS na sociedade, como mostram os estudos já mencionados na revisão da literatura. Além disso, convém citar que as enfermidades podem incorrer em um manejo inadequado, acarretando incapacidades e limitações ao usuário.

Na maioria das unidades pesquisadas, os enfermeiros informaram que as pessoas com HAS eram atendidas pelo profissional médico.

[...] a questão do hipertenso e diabético isso fica mais com a parte médica, tanto que assim, por exemplo, tanto que puericultura é só com a gente, com o enfermeiro, o médico não faz essa consulta, então isso, quando os médicos chegaram aqui a gente optou por eles fazerem (E2)

Ao declarar que foi uma opção (E2), o enfermeiro pode estar confirmando essa característica de que as práticas de cuidado dos enfermeiros estão culturalmente decididas, tendendo para áreas específicas.

Também há a justificativa que menciona a ausência de formação em que os enfermeiros falam que não se sentem preparados para atuar com DCNT:

[...] mas assim, a gente não tem nada muito específico, até na nossa formação a gente não teve, a gente até teve uma cadeira de nutrição, mas é mais pelo que a gente vai acompanhando, vai estudando, mas eu não me sinto muito preparada em informar assim como alimentação correta (E7)

Necessita-se de qualificação, desde a formação universitária até a educação permanente do enfermeiro para enfrentar o desafio de direcionar também seus cuidados para as condições crônicas não transmissíveis, contemplando uma nova demanda social, demográfica e epidemiológica (TRENTINI et al, 2008; NETO et al, 2011).

Foi possível identificar o planejamento das equipes pautadas em orientações superficiais, cujo cuidado era limitado, bem como o julgamento de condutas da pessoa com HAS, de acordo com os depoimentos abaixo:

[...] o que a gente pode fazer é orientar, fazer o acompanhamento domiciliar, através das visitas, marcar os retornos para eles, pedir para o agente de saúde estar sempre em cima [...] tem que renovar a receita, tem que vir consultar, mas muito mais que isso a gente não consegue fazer. (E15)

[...] não sei até quando na farmácia popular, na farmácia municipal, agora as pessoas que tem que comprar a medicação às vezes aí... 'essa semana acabou vou ficar sem'. Eles pensam nisso também '[...] hoje eu não vou ir até o posto pegar por que está chovendo', isso eles não se organizam também sabe, aí falta sete comprimidos, dez comprimidos, 'aí semana que vem eu tenho que ir lá, fazer aquela minha consulta de 6 em 6 meses, para renovar a receita, ou de 4 em 4 meses' (E1)

A partir dos depoimentos, pode ser analisada uma certa limitação no envolvimento com a pessoa com HAS. Há uma preocupação relativa às marcações e retornos das consultas e às renovações de receitas, bem como há o julgamento perante uma conduta que é um direito de escolha da pessoa (E15). O tratamento da HAS envolve uma dimensão de fatores que influenciam o manejo da doença, por isso as práticas de cuidado rasas são negativas, pois pode traçar um perfil de usuário que se “acostuma” a apenas renovar receitas, tornando sua ida à unidade algo não rotineiro durante o ano.

A responsabilidade diante da cronicidade e da continuidade do cuidado exigida pela HAS necessita que o enfermeiro conheça a doença, toda sua fisiologia e o comportamento no indivíduo, com suas peculiaridades, repercutindo em intervenções inovadoras, aprofundadas, visando ao melhor prognóstico para a pessoa (GALLANI, 2015)

O reconhecimento da cultura é fator fundamental ao cuidado; logo ela deve ser pensada a favor das práticas de cuidado e não como fator que possa dificultar as ações do enfermeiro, ou seja, sua plasticidade deve ser usada a favor do cuidado. Necessita-se que o enfermeiro amplie seu campo de atuação para que a pessoa com HAS encontre-se acolhido integralmente perante a doença. Práticas limitadas de cuidado à HAS abrem vieses que possibilitam o afastamento da pessoa do seu cuidado. Portanto, novos olhares diante da enfermidade em questão são essenciais para a realização de um possível cuidado-cultural.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a pesquisa e a experiência proporcionada por ela, percebeu-se que há uma relevante lacuna para a real prática de cuidado do enfermeiro a ser ofertada a pessoa com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, visto que o cuidado vai além da prescrição medicamentosa e da renovação de receitas. Esta pesquisa contribui para a revelação desta lacuna.

Nos depoimentos dos participantes, fica evidente o fato de que a diversidade cultural, em que a pessoa se insere, deveria refletir em seu cuidado. O fator cultura é imprescindível para o cuidado da doença, visto que o ser humano é constituído por uma sucessão de elementos que o caracterizam como pessoa, identificando-o. Há a necessidade de compreender os valores e as crenças que regem o modo de vida, os comportamentos e os hábitos intrínsecos às pessoas. Por se tratar de uma doença crônica não transmissível, a hipertensão exige um cuidado minucioso, pois seu caráter silencioso pode ser interpretado como condição de não doença ao usuário.

As práticas de cuidado no que tange à alimentação ganharam destaque durante as entrevistas. Há uma relevante associação entre hipertensão arterial sistêmica e os hábitos alimentares das pessoas, relação esta vista, muitas vezes, como uma barreira a ser transposta para um cuidado que se some ao medicamento. Por meio das entrevistas, pode-se constatar que os enfermeiros afirmam usar práticas que vão ao encontro do cuidado que é preconizado pelo Ministério da Saúde, como a redução do sal, por exemplo, além de usarem estratégias de negociação, de forma a adaptar novos ingredientes aos alimentos. Tais ações possibilitam a pessoa melhor convivência com a enfermidade, uma vez que se espera que este não encontre, na hipertensão arterial sistêmica, um obstáculo que o limite a realizar atividades de sua rotina. Salienta-se que os profissionais reconhecem a presença da cultura na alimentação e, com isso, lançam de estratégias, juntamente com a pessoa do manejo, que venham ao encontro da diversidade cultural do mesmo, possibilitando a preservação das crenças e valores benéficos a sua saúde e bem-estar.

É relevante destacar que, por meio da observação, não foi possível identificar a perspectiva cultural nas práticas de cuidado com pessoas com hipertensão arterial sistêmica, visto que poucas ações puderam ser observadas. Há uma predominância do cuidado do enfermeiro em áreas como a saúde da mulher e da criança em detrimento do cuidado a essas pessoas, que são, em muitos casos, encaminhados diretamente para os cuidados do médico.

Salienta-se que a cultura não pode ser vista como um obstáculo às práticas de cuidado do enfermeiro, mas ela deve ser somada às ações e decisões a serem realizadas juntamente com a pessoa, demonstrando, com isso, empatia. Acredita-se que a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger auxilie no desenvolvimento dessas práticas.

Diante disso, almeja-se que este estudo possa criar subsídios para os enfermeiros pensarem e repensarem acerca de suas práticas de cuidado com as pessoas com diagnóstico de HAS no que tange ao cuidado-cultural. Analisa-se que é fundamental ao enfermeiro assumir uma postura com a finalidade de promover a saúde e prevenir os agravos decorrentes dessa doença. Com isso, necessita-se um olhar amplo e minucioso frente às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica, reconhecendo que o indivíduo possui uma soma de elementos, socioculturais, que torna cada pessoa um ser singular.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 5, set/out. 2014. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em 16 nov. 2016
- ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A. da. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: O discurso do sujeito. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar., 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/578> >. Acesso em: 2 jan. 2017.
- ANDRADE, L.O.M et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In.: CAMPO, G.W.S org et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. 783-831p.
- ÁVILA, R.I; MACHADO, A.M. Transição demográfica brasileira: desafios e oportunidades na educação, no mercado de trabalho e na produtividade. **Fundação de Economia e Estatística**, Porto Alegre, n. 133, maio 2015. Disponível em: < http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2015/05/20150529transicao-demografica-brasileira_-desafios-e-oportunidades-na-educacao-no-mercado-de-trabalho-e-na-produtividade.pdf >. Acesso em 16 nov. 2016
- BARATIERI, T; MANDU, E.N.T, MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/31.pdf>>. Acesso em 16 nov. 2016
- BORGES. J. W. P.; PINHEIRO, N. M. G.; SOUZA, A. C. C. de. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 179-189, jan., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a20v17n1.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2017.
- BRAGA, V. Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **SAÚDE EM REV.**, v.6, n. 13, p. 37-44, 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/631504/mod_resource/content/1/AULA%20BRAGA%20Vivian.%20Cultura%20alimentar.%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20de%20uma%20antropologia%20da%20alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em 16 jan. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 8 ed. rev. 444 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf > Acesso em 16 nov. 2016
- _____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf > Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2008. 68 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País.** 2011a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>

_____. **Cadernos de Informação de Saúde. Datasus, 2009. Disponível em:** <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNESNet), 2015a.** Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=431690&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SUL>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012a.** Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: < http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_SAP/resolucao-466_12-12.pdf>. Acesso em 16 nov. 2016

_____. **Guia alimentar para a população brasileira,** Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasileira-Miolo-PDF-Internet.pdf>>. Acesso em 10 Jan. 2017.

_____. **Saiba por que o Ministério da Saúde quer incentivar a redução do consumo de sódio e açúcar no Brasil.** Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.supera.senad.gov.br/@/material/mtd/pdf/SUP9/SUP9_Guia.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em 10 fev. 2017.

_____. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

_____. **O HumanizaSUS na atenção básica.** Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária.** In.: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília, 2015b. p. 65-72.

BRITO, F. O deslocamento da população brasileira para as metrópoles. **Estud. Av.**, São Paulo, n.57, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a17v2057.pdf>>. Acesso em 10 Jan. 2017.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, abr./jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200664>. Acesso em: 4 jan. 2017.

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria da Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec editora, 2006. cap. ,880 p.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 2006. 477 p.

CARVALHO, A. I de; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 4, p. 141-166.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. Estimativas decenais e quinquenais de saldos migratórios e taxas líquidas de migração do Brasil, por situação de domicílio, sexo e idade, segundo unidade da federação e macrorregião, entre 1960 e 1990 e estimativas de emigrantes internacionais do período 1985/1990. **Cedeplar/UFMG**, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <http://www.cedeplar.face.ufmg.br/pesquisas/saldos_migratorios/Estimativas_saldos_migratorios.pdf>. Acesso em 10 Jan. 2017.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n.6, p. 1014-20, 2010.

CLARO, R.M et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saúde Pública*, v.41, n.4, p. 557-564, 2007.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 2007. 388 p

COSTA, R. M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. C. de; Pereira, E. R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 936-944, set./out., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00936.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2017.

CRUZ, D. de J. L. et al. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural e as necessidades da assistência de enfermagem no tratamento de doenças crônicas. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 43-49, jan./abr., 2013. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1248/98> 1. Acesso em: 10 jan. 2017.

DA SILVA, A.C.B; DA SILVA, M.C.C.B; OLIVEIRA, V.E.R. Educação alimentar e nutricional, cultura e subjetividades: a escola contribuindo para a formação de sujeitos críticos e criativos em torno da cultura alimentar. *Demetra*, v. 10, n. 2, p. 247-257, 2015.

DAMATTA, R. **O que faz o Brasil, Brasil?**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1986. 37 p.

DARMON, N., FERGUSON, E.L; ANDRÉ BRIEND. A Cost Constraint Alone Has Adverse Effects on Food Selection and Nutrient Density: An Analysis of Human Diets by Linear Programming. *J. Nutr.* December 1, 2002 vol. 132 no. 12 3764-3771

DESLAURIERS J, KÉRISIT M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart J et al. **A pesquisa qualitativa**: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014, parte II, 127-153 p.

DREWNOWSKI, A; DARMON, N; BRIEND, A. Replacing fats and sweets with vegetables and fruits - a question of cost., v. 94, n. 9, p.1555-1559, Setembro 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448493/>.

DUARTE, E.C; SANDHI, M.B. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n.4, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

FAVA, SMCL et al. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 21, n. 5, set.-out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1022.pdf

FELIPE, G. F. et al. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n.2, p. 287-294, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FELIPE, G. F. et al. Presença implicada e em reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 45-49, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3974/2757>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 55. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. 256 p.

GALLANI, MCBJ. O enfermeiro no contexto das doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Editorial, v. 23, n. 1, p. 1-2, jan/fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00001.pdf

GASTÃO, WSC. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185 p.

GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos e à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 21, p. 297-309.

GHIGGI, L.A; BARRETO, D.S; FAJARDO, A.P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. **Rev. APS**. n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/273687190_Reflexes_de_uma_equipe_de_sade_e_sua_a_populao_adscrita_sobre_a_longitudinalidade_da_ateno_Reflections_of_a_health_care_team_and_its_enrolled_population_about_longitudinality_of_care>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.
HÁBITO. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Michaelis, 2017. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=2jpG>

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009. 432 p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010a**. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>>

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2008a. 93 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008b. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>.

_____. **Censo Demográfico, 2010b**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431690>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009:** Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>

KEBIAN, L.V.A; OLIVEIRA, S.A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466/pdf_307>.

KERR, L.R.F.S; KENDALL, C. Editorial: A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**, n. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1577/pdf>>.

LACERDA, M.R; LABRONICI, LM. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a22v64n2.pdf>>.

LANGDON, E.J; WIJK, FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** n. 3, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>.

LEININGER, M. **Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing**. 1. ed. New York: National League for Nursing Press , 1991. 432 p.

LEININGER, M; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Second Edition. Jones and Bartlett: Sudbury, M.A; 2006.

LIU,S. et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study. **Am J Clin Nutr**, Rockville ,v. 72, n. 4, p. 922-928, Out.,2000. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/72/4/922.full>>. Acesso em 30 Out. 2016.

MAIA, E.R; PAGLIUCA, L.M.F; ALMEIDA, P.C. A aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. **Acta Paul Enferm**. n. 4, v. 27, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0326.pdf>>.

MALTA, D.C et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>>.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde das famílias**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf >

MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e programa de saúde da família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf>.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 1, 2008, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em: 17 dez. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2014. 408 p.

MOLINA, M. del C. B. et al.. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.37, n. 6, p. 743-750, Dez., 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 nov. 2016

MURRAY, C.J.L ; BARBER, R.M ; FOREMAN, K.J et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. **The Lancet**, ago 2015.

NETO, FRGX et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré - Ceará. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v.11, n.1, p 9-16, julho de 2011. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/136-prticas-do-enfermeiro-da-estrategia-sade-da-familia-na-ateno-sade-da-criana-carir-cear.html>

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: Limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10106/pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

OLIVEIRA MM de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. 182 p.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. 105 p. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>

OPAS. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>

PAGLIUCA, L. M. F.; Maia, E. R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 849-855, set./out., 2012. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500020 >. Acesso em: 4 jan. 2017.

POLIT, D.F; BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 620 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2015. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>.

RAMOS, M; STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria* - Vol. 76, Supl.3, 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s229/port.pdf>

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 jan. 2017.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p

RIPSA. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009. 196 p.

RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, n. 1, v. 61, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>>

SACKS, F. M. et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **New England Journal Medicine**, Massachusetts, v. 344, n. 1. p. 3-10, Jan., 2001. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200101043440101#t=article>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SANTOS, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014>. Acesso em: 6 jan. 2017.

SCHMIDT, M. I et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2811%2960135-9.pdf>>.

SILVA, F. M. da. et al. Hipertensão: Condição de não doença – O significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 123-131, Jan./Mar., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_15.pdf >. Acesso em: 2 jan. 2017.

SILVA, R. V.; CADE, N. V.; MOLINA, M. del C. B. Risco Coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 439-444, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a05.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, n. 6, dez. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, n. 1, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>.

_____. I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. V, 100, n. 1, Janeiro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Vida saudável – atualidades**. Teor de sódio na alimentação. São Paulo, ano. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/atualidades-teor-de-sodio-na-alimentacao.asp>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>.

TRENTINI, M ET AL. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 665-671, out/dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/06.pdf>

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>

VALLE, J.M.N; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n.4, out./dez. 2012. Disponível em: < Transição demográfica: a experiência brasileira>.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde, 2007, p. 18-29. In.: Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e**

saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2016.

VÍCTORA, C.G; KNAUTH, D.R; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000. 136 p.

VILELAS, J.M.S; JANEIRO, S.I.D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **REME – Rev. Min. Enferm.**, n.1, jan./mar. 2012 APUD Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Trans Nurs.* 2002; 13 (3): 189. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petropolis (RJ): Vozes, 2004. 237 p.

_____. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006. 190 p.

WHO. **Observatório Global de Saúde (GHO).** OMS, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cvd/en/>.

_____. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases,** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de Identificação

Iniciais do nome:

Data de nascimento: ___/___/_____

Tempo de formação:

Curso de formação específica na área da atenção básica (especialização, residência...):

Tempo de atuação na atenção básica:

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- 1- Fale sobre sua rotina em seu local de trabalho.
- 2- O que são práticas de cuidado para você?
- 3- Fale sobre suas práticas de cuidado aos usuários com diagnóstico de HAS. Quais são? Como são desenvolvidas?
- 4- O que você considera importante no momento que realiza o cuidado ao usuário com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica? Por que você acha isso importante?
- 5- Existe algum fator que influencia na sua prática de cuidado ao usuário com diagnóstico de HAS? Qual(is)?
- 6- Quais as necessidades (estruturais, de processo) para o desenvolvimento das práticas de cuidado com os usuários diagnosticados com HAS?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NÃO PARTICIPANTE

A observação ocorrerá durante as ações dos enfermeiros com os usuários com hipertensão arterial sistêmica seguindo a sugestão de Victora, Knauth e Hassen (2000) com o registro em diário de campo dos seguintes aspectos:

1. O ambiente:
 - Conteúdo e localização dos itens no espaço;
 - Relação das pessoas com o espaço;
 - Modificações ao longo da observação;
 - Distância com relação ao observador.

2. O comportamento das pessoas no grupo:
 - Postura corporal;
 - As normas de conduta;
 - Toques;
 - Contato visual.

3. A linguagem:
 - Verbal e não verbal;
 - Tom de voz;
 - Vocabulário próprio.

4. Os relacionamentos:
 - As pessoas observadas entre si;
 - As pessoas observadas com o observador;
 - O comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados;
 - Como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem.

5. O tempo em que ocorrem os processos observados:
 - Tempo de duração do evento observado;
 - Sequência de eventos;
 - Diferentes momentos das observações.

**APÊNDICE C - SEQUÊNCIA NUMÉRICA PARA SORTEIO DAS USF EM QUE
FORAM REALIZADAS A OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NÃO
PARTICIPANTE.**

1. ESF Alto da Boa Vista
2. ESF Bela União
3. ESF Parque Pinheiro
4. ESF Roberto Binato
5. ESF São João
6. ESF São José
7. ESF Vila Lídia
8. ESF Vila Maringá
9. ESF Vila Santos
10. ESF Vitor Hoffman
11. ESF Vila Urlândia

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Práticas de cuidado do enfermeiro ao usuário com hipertensão arterial sistêmica: perspectiva cultural

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a Maria Denise Schimith e Enf^a Mestranda Laís Fuzer Rosso

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1302, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da Família da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Eu Maria Denise Schimith e Laís Fuzer Rosso, responsáveis pela pesquisa “Práticas de cuidado do enfermeiro ao usuário com hipertensão arterial sistêmica: perspectiva cultural”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo de autoria da enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) **Laís Fuzer Rosso**, orientada pela **Prof^a. Dr^a. Maria DeniseSchimith**.

Esta pesquisa pretende conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das unidades de Saúde da Família aos usuários adultos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) sob a perspectiva cultural. Acreditamos que ela seja importante porque esta pesquisa está pautada e justifica-se pela: Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que descreve a relevância do desenvolvimento de pesquisas que abordam a temática das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), citando no subitem 5.1 a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como tema de prioridade em estudos na área da saúde; pelos altos índices de mortalidade e prevalência de HAS que são constatados pela literatura nacional e internacional; pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2020 visto que este enumera ações em nível de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e, cuidado integral como eixos norteadoras do enfrentamento às DCNT; e pela lacuna encontrada na literatura nacional em relação à temática, práticas de cuidado e ao objeto do estudo, as práticas de cuidado dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) aos usuários adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tendo uma fundamentação teórica pautada pela perspectiva cultural.

Para a realização da pesquisa será feito o seguinte procedimento metodológico: entrevista semi-estruturada e observação sistematizada não participante em quatro unidades de saúde que foram escolhidas aleatoriamente por sorteio realizado dia onze de dezembro de dois mil e quinze na sala 1311, prédio 26 no campus da UFSM às quinze horas e trinta minutos pelas pesquisadoras responsáveis Prof^a Dr^a Maria Denise Schimith e Enf^a Mestranda Laís Fuzer Rosso. As unidades sorteadas para a observação foram: USF São João; USF Vila Lúcia; USF Bela União e USF Vila Santos. Sua participação constará em permitir que a pesquisadora realize uma entrevista semiestruturada; caso sua unidade seja sorteada, que a mesma realize a observação sistematizada não participante no local.

É possível que aconteçam desconfortos ou riscos no momento em que se estiver relatando as suas experiências ou durante a observação, o que pode gerar constrangimentos durante a entrevista e/ou observação, ao expor algum fato relacionado ao tema em estudo. Os benefícios que esperamos com a pesquisa são criar subsídios ao cenário do estudo, bem como para os participantes da pesquisa pensar e repensar as práticas de cuidado realizadas às pessoas em adoecimento crônico, em ênfase, os usuários com HAS. Com isso, desenvolver juntamente com os enfermeiros, estratégias que visem favorecer as práticas de cuidado aos usuários com HAS, em uma perspectiva de cuidado-cultural, almejando contribuir com a produção do conhecimento e com a melhoria da assistência prestada aos usuários.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, com a enfermeira mestranda Laís Fuzer Rosso e/ou com a Prof^a Dr^a Maria Denise Schimith para os devidos esclarecimentos sempre que desejar.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento que será elaborado em duas vias, (sendo que uma ficará com o participante e outra

via com os pesquisadores), e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria/RS _____, _____ de 2016

APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Práticas de cuidado do enfermeiro ao usuário com hipertensão arterial sistêmica: perspectiva cultural

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a Maria Denise Schimith

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone: (055) 99616586 (Laís Fuzer Rosso) e (055) 84032310 (Maria Denise)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação sistematizada não participante (nas unidades de Saúde da Família: : USF São João; USF Vila Lúcia; USF Bela União e USF Vila Santos) nas Unidades de Saúde da Família pertencentes à cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Os pesquisadores declaram, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução deste estudo, apresentação em eventos científicos e produção de artigos científicos.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1302 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Maria Denise Schimith. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria,..... dede 2016

Assinatura do pesquisador responsável.

Prof^a. Dr^a Maria Denise Schimith
Pesquisadora Responsável
SIAPE 2306023

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “**Práticas de cuidado do enfermeiro ao usuário com hipertensão arterial sistêmica: Perspectiva cultural**” de autoria da discente **Laís Fuzer Rosso** sob orientação da **Profª Drª Mª Denise Schimith**, curso de enfermagem (UFSM), poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das unidades de saúde da família aos usuários adultos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros que exercem seus cargos no cenário da pesquisa.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

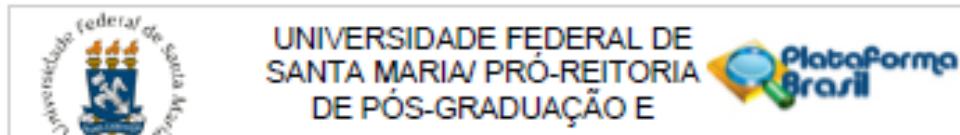
Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 24 de dezembro de 2015.

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
 Fone: 3921-7201

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PERSPECTIVA CULTURAL

Pesquisador: Maria Denise Schimith

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52427316.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

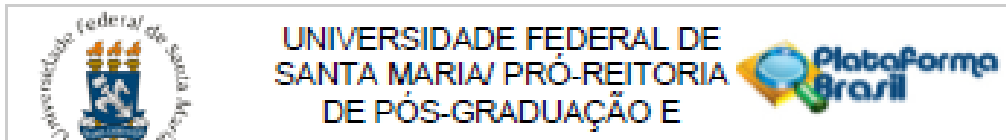
Número do Parecer: 1.389.153

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Práticas de cuidado do enfermeiro ao usuário com HAS: perspectiva cultural" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem".

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "A pesquisa em questão tem como objeto de estudo as práticas de cuidado dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família aos usuários adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. O Brasil passa por uma transição demográfica e epidemiológica em sua sociedade causada pela rápida urbanização e pelo decréscimo nas taxas de fecundidade acarretando, com isso, uma inversão na pirâmide etária, demonstrando o envelhecimento populacional no país. Somado aos novos hábitos de vida e aos fatores de risco (tabagismo, obesidade, consumo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável) emerge um novo panorama de situação de saúde no país, a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias. Dentre aquelas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica como uma doença que possui altos índices de mortalidade e de prevalência constatadas pela literatura nacional e internacional. As práticas de cuidados dos profissionais da saúde aos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica necessitam ser manejadas por cuidados com vistas à prevenção de agravos, a promoção da saúde e a

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.369-153

continuidade do cuidado; isto exige, dos profissionais competências, como a cultural, que perpassam por um olhar além da doença. Diante disso, o presente estudo tem como questão norteadora: como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Santa Maria, Rio Grande do sul, Brasil desenvolvem as práticas de cuidado aos usuários adultos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica? A partir disso, tem-se como objetivo geral conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família aos usuários adultos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo que possui como cenário de estudo as Unidades de Saúde da Família do município de Santa Maria, Rio Grande do sul, Brasil. Os participantes serão compostos pelos enfermeiros que exerçam seus cargos no cenário da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação sistematizada não participante. Para a análise dos dados será utilizada a Proposta Operativa de Minayo. Os resultados do estudo poderão contribuir para o pensar e repensar das práticas de cuidado realizadas às pessoas em adoecimento crônico, em ênfase, os usuários com hipertensão arterial sistêmica e com isso, desenvolver estratégias que favoreçam o cuidado cultural dos usuários."

Na p. 16 consta que "os participantes da pesquisa serão os enfermeiros da ESF de Santa Maria, que exerçam suas atividades nas equipes de ESF. Planeja-se entrevistar 16 enfermeiros, atingindo a totalidade dos participantes. Vale ressaltar que o local que ocorrerão as entrevistas será de livre escolha dos participantes, sendo optativo o local físico da USF. Serão excluídos do estudo os enfermeiros que estiverem afastados do serviço por licença de trabalho ou em férias."

Os dados serão coletados por "entrevista semiestruturada e observação sistematizada não participante."

Constam do projeto cronograma, orçamento e roteiro da entrevista.

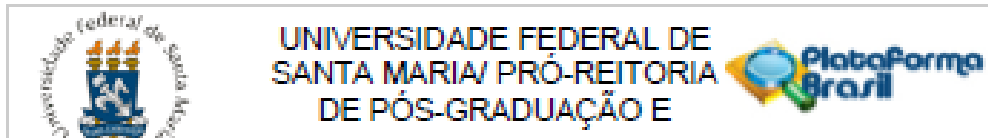
Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros da ESF aos usuários adultos com diagnóstico de HAS, sob a perspectiva cultural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-6362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.389.153

"É possível que aconteçam desconfortos ou riscos no momento em que se estiver relatando as suas experiências ou durante a observação, o que pode gerar constrangimentos durante a entrevista e/ou observação, ao expor algum fato relacionado ao tema em estudo. Diante desta situação, a coleta de dados poderá ser suspensa e a pesquisadora, reagendará a entrevista, se for da vontade dos participantes continuar.

Os benefícios que esperamos com a pesquisa são criar subsídios ao cenário do estudo, bem como para os participantes da pesquisa pensar e repensar as práticas de cuidado realizadas às pessoas em adoecimento crônico, em ênfase, os usuários com HAS."

Considerando-se as características do projeto, esta descrição pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

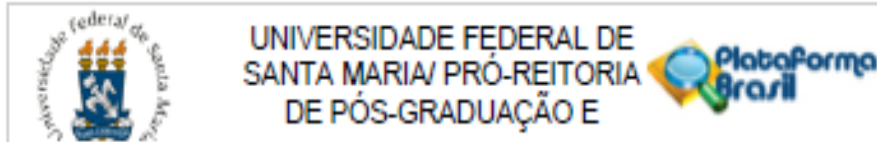
Parecer emitido ad referendum.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	10/01/2016		Aceito

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 1.388-153

Básicas do Projeto	ETO_649912.pdf	13:17:52		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle2_.pdf	10/01/2016 13:17:30	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Outros	Registro_Sle_.jpg	04/01/2016 17:37:17	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto.PDF	04/01/2016 17:34:23	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	04/01/2016 17:33:22	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.PDF	04/01/2016 17:31:41	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	projeto_lais_04_01_16_finalizado.pdf	04/01/2016 17:27:38	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO_.pdf	04/01/2016 17:27:12	Lais Fuzer Rosso	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/01/2016 17:17:33	Lais Fuzer Rosso	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Janeiro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com