

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

**HIPERTENSÃO: EU APRENDI A VIVER COM ELA -
RELATOS DO SABER CONSTRUÍDO COMO
EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Fernanda Machado da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2010**

“HIPERTENSÃO: EU APRENDI A VIVER COM ELA” –

**RELATOS DO SABER CONSTRUÍDO COMO
EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS**

“por”

Fernanda Machado da Silva

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Loredes Denardin Budó

Santa Maria, RS, Brasil

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586h Silva, Fernanda Machado da
“Hipertensão : eu aprendi a viver com ela” – relatos do saber construído
como emancipação dos sujeitos . / Fernanda Machado da Silva – Santa
Maria , 2010.
146 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.
“Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Denardin Budó”.
Inclui anexos.

1. Educação em Saúde. 2. Hipertensão. 3. Promoção da Saúde. 4.
Enfermagem I. Budó, Maria de Lourdes Denardin. II. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**"HIPERTENSÃO: EU APRENDI A VIVER COM ELA" - RELATOS DO
SABER CONSTRUÍDO COMO EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS**

Elaborado por
Fernanda Machado da Silva

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora:

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a
(Presidente/Orientador)

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, Dr^a (UFRGS)

Margrid Beuter, Dr^a (UFSM)

Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 26 de fevereiro de 2010.

Dedico este trabalho:

*Aos amores da minha vida João Pedro e Gilberto,
incentivadores dos meus sonhos e companheiros dessa
caminhada.*

*À minha avó Lulica, que me ensinou os primeiros passos
pela constante busca de "ser mais". Sei que em outro plano
está vibrando com essa conquista.*

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás e ver o caminho percorrido nestes quase dois anos, percebo o quanto cresci pessoal e profissionalmente. Vejo que isso só foi possível pois, neste caminho, estiveram ao meu lado pessoas muito importantes, que contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui. Penso que esta caminhada não acaba neste momento, ela apenas assume uma nova trajetória. E neste novo rumo, tenho certeza de que muitas dessas pessoas permanecerão ao meu lado, ou, se isso não for possível, estarão sempre na minha memória e no meu coração.

Agradeço a **Deus**, pela oportunidade da vida e por iluminar e conduzir meus passos, durante todos os dias, nesta caminhada da vida.

Aos meus amores **Gilberto** e **João Pedro** – o que seria da minha vida sem vocês? Vocês se tornaram os “pilares” que me sustentaram nesta caminhada.

Gil, obrigada pelo apoio incondicional, pelos sonhos compartilhados, pela cumplicidade e generosidade, pelo estímulo nos períodos de desesperança e a certeza de ser meu aliado em todos os momentos.

João, obrigada pelo companheirismo, pela generosidade e compreensão. Cada abraço, sorriso, olhar era um novo estímulo para eu poder prosseguir. Aprendo a cada momento ao seu lado! Desculpa as ausências e as idas e vindas desta nossa caminhada!

Aos meus pais, **Getúlio** e **Maira**, agradeço todo o amor, carinho, palavras de incentivo. Sem o apoio de vocês, eu não poderia ter chegado até aqui. Saibam que vocês fazem parte desta conquista.

Agradeço à minha irmã **Maíra**, que me apoiou em todos os momentos, que torceu por mim e comigo. Por acreditar em mim, quando nem eu mesma acreditava. Você foi essencial nesta caminhada.

Agradeço à professora **Maria de Lourdes**, que orientou meus passos nesta construção. Minha eterna gratidão ao aprendizado oportunizado pela nossa convivência, mas, acima de tudo, pelo exemplo de generosidade, integridade, de cuidado com o outro, de ser humano, mulher, mãe e profissional. Sua postura é um exemplo de que realmente é possível manter uma relação horizontal entre educador e educando. Além disso, percebi nessa relação que o bom educador precisa ser generoso com o educando, principalmente ao respeitar o seu tempo de aprendizagem. Espero podermos compartilhar muitas outras construções e, principalmente, ser sempre sua amiga.

Aos amigos **Daia** e **Jeff**, agradeço pelo companheirismo, pela força e apoio. A amizade, o carinho, as palavras de incentivo foram fundamentais para vencer esta etapa. Espero poder “brindar” com vocês, em todos os momentos especiais de nossas vidas!

Às irmãs que a enfermagem me presenteou – **Daia, Cinthia, Adri, Fabi, Dari** – obrigada pela amizade que o tempo e a distância não abrandou. Pelo contrário, ela se fortalece e amadurece cada vez mais, assim como nossos projetos e sonhos de vida. Obrigada por acreditarem em mim, sempre!

Agradeço à minha família de coração – **Tânia, Luiz e Felipe Barin** – que me acolheu como muito amor e carinho. O apoio de vocês foi fundamental nesta etapa.

Agradeço às colegas de mestrado, em especial a **Graci** e a **Karla**, por compartilharem experiências de vida, pelas discussões, muitas vezes polêmicas, que foram essenciais para as desconstruções e construções, que nos fizeram crescer. Obrigada pelos momentos de descontração, pela amizade e pelo apoio mútuo!

Agradeço aos meus alunos, em especial aos das **62^a e 63^a turma de enfermagem** da UFSM, pelos momentos de aprendizado mútuo, pelo carinho e pela generosidade de vocês. Foi na convivência com vocês que eu encontrei estímulos para me lançar nesta “aventura” da docência.

Aos colegas do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, agradeço pela convivência, pelas trocas, discussões e construções, que foram fundamentais para nosso crescimento mútuo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e aos seus professores, obrigada pela oportunidade de realizar este sonho.

À **Zeli** e à **Luana**, agradeço pela paciência e disponibilidade de sempre.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de compor o quadro de professoras. Saibam que esta experiência foi especial para meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pela confiança!

Agradeço à Equipe de Saúde da Família **Urlândia**, em especial aos **Agentes Comunitários de Saúde**, pelo apoio e auxílio na concretização desta pesquisa.

A **CAPES** pelo auxílio financeiro no custeio de minha bolsa de estudos.

Meu agradecimento especial aos sujeitos desta pesquisa, que me receberam e acolheram em seus lares, e me permitiram imergir nas suas histórias de vida. Obrigada pela confiança!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

"HIPERTENSÃO: EU APRENDI A VIVER COM ELA" - RELATOS DO SABER CONSTRUÍDO COMO EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS

AUTOR: FERNANDA MACHADO DA SILVA
ORIENTADOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Santa Maria, 26 de fevereiro de 2010

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como um importante problema de saúde pública, no cenário nacional e mundial, por sua relevância epidemiológica e social, evidenciada pela alta prevalência, pelos índices de morbimortalidade e pela fragilidade na qualidade de vida de seus portadores. Dentre as políticas públicas para o controle da HAS, a educação em saúde tem sido apontada como uma ferramenta para promoção social de saúde. Pautado na promoção da saúde, o processo educativo em saúde, como prática social, traz uma preocupação com o desenvolvimento da emancipação dos sujeitos frente ao processo saúde/doença/cuidado, em âmbito individual e coletivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo observacional e descritivo, cujo objetivo foi conhecer como a educação em saúde influencia na vida das pessoas portadoras de HAS, acompanhadas por uma equipe de saúde da família. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, observação e análise documental, no período de fevereiro a agosto de 2009. Foram participantes desta pesquisa nove pessoas portadoras de HAS, acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família Urlândia. Os dados foram submetidos à análise temática proposta por Minayo, da qual emergiram quatro categorias analíticas. Observou-se que a entrevista, realizada no ambiente domiciliar, proporcionou um momento de reflexão aos sujeitos, o que permitiu que reavaliassem e reelaborassem suas concepções acerca do significado da HAS e sobre como administram suas vidas frente à “cronicidade”. Essa reflexão foi permeada pela forma como percebiam e vivenciavam o processo saúde/doença/cuidado, pautados nas suas experiências de vida e no contexto sociocultural a que pertencem. Assim, evidenciou-se que a HAS não representa uma condição de doença na vida dos sujeitos desta pesquisa, sendo apontada com uma condição que exige cuidados em vários âmbitos da vida. Dessa forma, constatou-se que perpassam nas falas dos sujeitos os reflexos da própria educação em saúde, em relação ao que entendem, como vivenciam e como administram suas vidas, na convivência com a HAS. Com isso, este estudo revelou que a repercussão da educação em saúde, na vida dessas pessoas, estava intimamente articulada com suas concepções e atitudes sobre essa ação e com o posicionamento assumido pelas mesmas perante o seu processo saúde/doença/cuidado. Entende-se, assim, que o saber em saúde, construído nas ações de educação em saúde representa o primeiro passo no processo de emancipação dos sujeitos.

Palavras-chave: Educação em saúde, Hipertensão, Promoção da saúde, Enfermagem, Autonomia pessoal.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

“HYPERTENSION: I LEARNED TO LIVE WITH IT” – REPORTS FROM THE KNOWLEDGE BUILT AS THE EMANCIPATION OF THE SUBJECTS

AUTHOR: FERNANDA MACHADO DA SILVA
ADVISOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Santa Maria, 26 de fevereiro de 2010

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is presented as an important problem of public health, in the national and world scenery, for its epidemiologic and social relevance, evidenced by the high prevalence, by the indexes of mortality and by the fragility in the life of its bearers. Among the public policies for the SAH control, the education in health has been pointed out as a tool for social health promotion. Lined in the health promotion, the educational process in health, as a social practice, brings up a concern with the emancipation development of the subjects faced with the health/disease/care, in an individual and collective environment. It is a qualitative research, of the observational and descriptive type, whose objective was to know how the education in health influences in the lives of bearers of SAH, accompanied by a family health team. For the data collecting a semi-structured interview, document observation and analysis, in the period from February to August 2009 were used. Nine people bearers of SAH participated in the research, accompanied by Urandia Family Health Team. The data underwent the theme analysis proposed by Minayo, from which four analytical categories emerged. It was observed that the interview, carried out in the home environment, enabled a moment of reflection to the subjects, what allowed that they reassessed and re-elaborated their conceptions about the meaning of the SAH and how they manage their lives towards the “chronicity”. This reflection was permeated by the way they noticed or experienced the health/disease/care process, lined in their life experiences in the social-cultural context to which they belong. Thus, it was evidenced that it pervaded in the speeches of the subjects the reflexes of their own health education, in relation to what they understand, how they live and manage their lives, in the living with SAH. With that, this study revealed that the repercussion of education in health, in the lives of these people, was intimately articulated with their conceptions and attitudes about this action and with the position taken by them towards their health/disease/care process. It is understood, thus, that the knowledge in health, built in the education actions in health represents the first step in the emancipation process of the subjects.

Key Words: Health education , Hypertension, Health promotion, Nursing, Personal autonomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Mapa das Regiões Administrativas e Bairros de Santa Maria	50
FIGURA 2 – Categorias e Subcategorias geradas no processo de análise dos dados	67

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Distribuição de pessoas quanto à faixa etária e sexo	52
TABELA 2 – Distribuição de portadores de hipertensão por faixa etária, cadastrados- no HIPERDIA na USF Urlândia	54
QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa	62

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Parecer do comitê de ética	140
APÊNDICE A – Roteiro entrevista semi-estruturada	142
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	143
APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade	145

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Hipertensão arterial: um problema de saúde coletiva	20
2.2 A cronicidade na perspectiva sociocultural	26
2.3 Educação em saúde como estratégia de emancipação dos sujeitos	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1 Tipo de Estudo	41
3.2 Trabalho de campo	41
3.2.1 A inserção no campo de estudo	42
3.2.2 A seleção dos sujeitos do estudo	42
3.2.3 Coleta e registro dos dados	45
3.3 Análise dos dados	47
3.4 Considerações Bioéticas	48
4 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO	50
4.1 Local da pesquisa e caracterização da comunidade	50
4.1.1 Indicadores sociodemográficos	51
4.1.2 Acesso aos serviços de saúde	54
4.1.3 Acompanhamento frente à HAS	55
4.1.4 Grupos de educação em saúde	56
4.1.5 Características das famílias e moradias	59
4.1.6 Hospitalidade/receptividade e acolhimento	59
4.1.7 Religiosidade	60
4.1.8 Violência urbana	61

4.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	66
5.1 A Hipertensão Arterial e o Processo Saúde/Doença/Cuidado: como vivenciam?	68
5.1.1 <i>Saúde é a gente se cuidar</i>	69
5.1.2 <i>Se tem saúde, tem tudo na vida</i>	72
5.1.3 <i>Hipertensão: uma condição de não doença</i>	75
5.2 Construção do saber em saúde	79
5.2.1 <i>A hipertensão, saber mesmo, eu não sei!</i>	79
5.2.2 <i>O cuidado é não facilitar com nada</i>	85
5.2.3 <i>O que mais ou menos eu sei é o que falam ali</i>	90
5.3 Práticas de vida: influências do saber popular e saber científico	100
5.4 Mudanças nas práticas de vida como resultante do saber construído	109
5.4.1 <i>Depois que fiquei hipertensa, comecei a me cuidar</i>	109
5.4.2 <i>Com o grupo, eu aprendi a me cuidar melhor</i>	114
5.4.3 <i>Mandam a gente fazer assim, mas eu faço do meu jeito</i>	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	131

1 INTRODUÇÃO

A sociedade mundial vive um período de transição estrutural, iniciada no último século, decorrente principalmente dos avanços tecnológicos, que determinaram mudanças significativas na vida das pessoas. Como resposta, observa-se intensas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, o que delineou uma nova configuração na população em nível mundial, provocando grande impacto na sociedade.

Nesse contexto, observa-se um novo perfil populacional, com a inversão da pirâmide etária, ou seja, o envelhecimento da população, a consequente diminuição da fecundidade e mortalidade, e aumento da expectativa de vida. A transição epidemiológica pode ser observada pela redução da morbimortalidade relacionada às doenças infectocontagiosas, resultante principalmente dos avanços científicos no campo biomédico. Em contrapartida, há um aumento significativo da morbimortalidade por doenças crônicas, assim como por causas externas (vítimas da violência) (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004), como consequência do processo de globalização e da iniquidade social (WESTPHAL, 2006;).

Nesse cenário, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), por sua relevância epidemiológica, pois se apresenta como uma das principais doenças crônicas na população brasileira. Estudos de prevalência apontam-na em cerca de 22 a 44% da população urbana adulta, sendo superior a 30% no Estado do Rio Grande do Sul (RS) (GUS, et al., 2004). Além disso, é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e doenças renais. Outra característica que justifica sua relevância é o fato de estar associada a uma multiplicidade de fatores predisponentes e/ou agravantes. Além disso, mantém-se assintomática durante grande parte de seu curso.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) e as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, entre os múltiplos fatores que influenciam curso da HAS, são enfatizados o sedentarismo, o estresse, hábitos alimentares irregulares, a obesidade, o consumo de álcool e tabaco, pela alta prevalência na população, e ainda por serem fatores que podem ser modificados pelas pessoas (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Nessa lógica, pode-se dizer que esses fatores predisponentes, principalmente os modificáveis, são influenciados pelas condições de vida da população, e se expressam em suas práticas de vida e nas relações que as pessoas estabelecem no contexto sociocultural em que estão inseridas. Por esses motivos, a compreensão da

natureza da doença, bem como do seu comportamento, não se verifica somente no caso clínico, mas no entendimento da dinâmica de vida das pessoas.

Atribui-se à HAS e suas comorbidades um elevado custo social e financeiro, devido ao grande número de internações hospitalares, bem como de procedimentos altamente especializados. Como consequência disso, aumentam o absenteísmo no trabalho, aposentadorias precoces por invalidez e os índices de mortalidade por doenças cardiovasculares.

Diante do exposto, por sua relevância social entendida pela alta prevalência, pelos índices de morbimortalidade e, principalmente, a fragilidade na qualidade de vida de seus portadores, a HAS representa um importante problema de saúde pública, no cenário nacional e mundial.

Já, na perspectiva dos portadores, essa enfermidade é percebida de maneira única e subjetiva, devido à gama de sentimentos, simbologias e preocupações que representa em suas vidas. Dentre eles, a “cronicidade” da HAS, ou seja, sua incapacidade de cura, constitui-se o fator de maior impacto na vida dessas pessoas. Por essa característica, impõem-se adaptações no cotidiano de seus portadores, sendo necessárias, muitas vezes, drásticas mudanças em suas práticas de vida. Por essa razão, é preciso elaborar estratégias de acompanhamento integral e humanizado aos portadores, que envolvam todos os níveis de atenção do sistema de saúde vigente.

Acredita-se que o envolvimento entre as diferentes esferas da sociedade, por meio de ações articuladas entre os níveis de atenção, apresenta-se como instrumento apropriado para desenvolver ferramentas que possibilitem maior qualidade de vida às pessoas, através da promoção da saúde (BUDÓ, et al., 2007).

Seguindo essa ótica, o MS formulou, em 2003, a Política de Atenção Integral e Integrada à HAS e Diabetes Mellitus (DM), dentro da linha de cuidado e agregando diversas outras políticas e estratégias. Com objetivo central de reduzir a morbimortalidade associada a esses agravos, essa política foi efetivada através da implementação de diretrizes e metas para a reorganização da atenção aos portadores dessas enfermidades, no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as ações propostas para o alcance de tal objetivo, foram realizadas capacitações dos profissionais da rede básica, campanhas para realização de diagnósticos e vinculação dos usuários às suas unidades de referência. Além disso, dentre os objetivos específicos dessa

estratégia, destaca-se a proposta de desenvolver campanhas para estimular a adesão de hábitos saudáveis de vida, através de atividades de promoção¹ e educação em saúde.

Dessa forma, pode-se inferir que ainda há uma certa distorção no modo de perceber a promoção e educação em saúde, uma vez que se preconiza como resultado de “campanhas de promoção à saúde” apenas mudanças comportamentais padronizadas como saudáveis, e não a emancipação dos sujeitos em relação às suas escolhas de vida. Acredita-se que estratégias que realmente assegurem um cuidado integral devam estar centradas na compreensão de que o processo saúde/doença/cuidado é também socialmente determinado.

A saúde deve ser percebida como resultante das múltiplas determinações entre os potenciais de fortalecimento e desgaste no contexto de vida das pessoas. É estabelecida, ainda, por meio das vivências e experiências de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos, sentimentos, as relações que estabelecem com os outros e a dinâmica sociocultural em que estão inseridos.

Entende-se que a promoção de saúde objetiva a habilitação dos indivíduos para terem maior articulação sobre esses fatores e, assim, melhorar a própria saúde. Nessa lógica, a concepção de promoção da saúde vem ao encontro da necessidade de uma nova ética social, pautada pelo compartilhamento de possibilidades e potenciais, tendo como essência a escolha (OLIVEIRA, 2005).

Mas, para tanto, faz-se necessário o envolvimento de vários atores da sociedade, os quais devem estabelecer parcerias, na tentativa de buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade, com a ênfase na promoção da “escolha orientada”. Deve-se ter em mente, nesse sentido, que os profissionais da saúde precisam sinalizar à população sobre a importância das escolhas viáveis em seus contextos de vida, assim como garantir que estas estejam realmente disponíveis para esse público.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a educação em saúde, tendo como base a promoção da saúde, objetiva a preparação dos indivíduos para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde (SOUZA, et al., 2005). Dentre as políticas públicas para o controle da hipertensão, a educação em saúde tem sido apontada como uma “ferramenta” para promoção social de saúde, atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde.

¹ Para fins de fundamentação teórica, foi considerada a definição de promoção da saúde apresentada na Carta de Otawa (1986), que se refere ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação maior no controle desse processo (BRASIL, 2002).

A enfermagem, como parte da equipe multidisciplinar, inserida na dinâmica das relações sociais, pode atuar na promoção da consciência crítica dos diferentes grupos socioculturais, no que tange às suas potencialidades e às fragilidades de seu contexto de vida. Para tanto, é imprescindível que sua prática esteja embasada numa proposta educacional emancipatória.

A partir dessas reflexões, pode-se mencionar que a educação em saúde, como prática social, traz uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos frente à sua saúde. Visa à construção de um saber, a partir do diálogo entre o saber popular e científico sobre o processo saúde/doença/cuidado, que forneça condições para esses indivíduos decidirem quais são as estratégias mais apropriadas para conviver com situações de saúde/doença/cuidado.

É importante ressaltar que os usuários não são apenas consumidores das ações em saúde; eles são, além disso, atores e coprodutores do processo educativo. Assumem, ao mesmo tempo, os papéis de objetos de trabalho dos agentes educadores e de sujeitos de sua própria educação (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Então, com a participação ativa da comunidade, é possível promover sustentabilidade e efetividade das ações em saúde.

O processo educativo em saúde, sob essa ótica, atua como apoio e, ao mesmo tempo, na construção de respostas sociais dos sujeitos aos seus problemas de saúde. Para tanto, pauta-se na relação e comunicação entre “diferentes” que, reconhecendo-se como tal, não buscam a homogeneização de formas de pensar e agir, mas a construção e o fortalecimento da realidade que vivenciam. Não se espera, com essa ação dialógica entre atores sociais diferentes, definir comportamentos “corretos” e genéricos, mas criar oportunidade de reflexão crítica acerca de suas condições de saúde.

Ao longo da minha inserção na enfermagem, tais reflexões perpassaram minha vivência prática, desde a formação acadêmica, como enfermeira em diferentes níveis de atuação e, ainda, na atuação como docente. As inquietações que motivaram a realização deste estudo pautaram-se no fato de acreditar que, apesar dos avanços científicos na área da saúde, as doenças crônicas, em especial a HAS, continuam assumindo dimensões alarmantes, no que tange à qualidade de vida de seus portadores. Ainda nessa perspectiva, acredita-se que a maior parte das complicações poderia ser evitada, através de políticas públicas comprometidas e equânimes, norteadas pela promoção da saúde, tendo a educação em saúde como ferramenta para emancipação dos sujeitos.

A oportunidade de vivenciar diferentes níveis de cuidado para os portadores de hipertensão instigou a realização desta pesquisa, por acreditar que precisamos subsidiar a

prática pautada na intervenção, para melhorar a vida dessas pessoas. Isso se refere ao fato de acreditar que precisamos trabalhar a promoção da qualidade de vida dos portadores de HAS, e não somente a prevenção de seus agravos.

A vivência em cuidados intensivos oportunizou-me investir nesse posicionamento, uma vez que me deparei com as consequências drásticas da hipertensão, submetendo o ser humano a condições delicadas de vida. Por conseguinte, a experiência em outro nível de cuidados, como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporcionou-me visualizar que a atenção básica compreende uma dimensão privilegiada para as atividades de promoção da saúde da população. Sendo assim, a atenção básica torna-se um meio eficaz para estimular os portadores de hipertensão a buscarem práticas de vida que contribuam para o seu processo saúde/doença/cuidado, contextualizadas com sua realidade sociocultural.

A partir dessas experiências, realizei um estudo na comunidade com a qual trabalhava, com o objetivo de identificar o que as pessoas sabiam sobre hipertensão e seus fatores predisponentes. O resultado dessa investigação veio ao encontro das minhas aspirações, uma vez constatado que, mesmo as pessoas verbalizando saber que determinadas condutas eram “saudáveis”, não as incluíam em suas vidas. Essa pesquisa, oportunizada pelo curso de Especialização em Enfermagem em Cardiologia, fez com que me certificasse da relevância de investigações acerca dessa temática, servindo ainda de estímulo para dar continuidade e aprofundamento ao estudo (SILVA; BARIN; GOLDMEIER, 2005).

A atuação como docente, no cargo de Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), culminou nas incitações sobre a realização deste estudo. Além disso, as leituras e atividades acadêmicas desenvolvidas nas disciplinas teóricas do curso de Mestrado evidenciaram que, nos estudos realizados, as ações educativas em saúde não transcendiam às ações fundamentalmente baseadas em orientações para a prevenção dos agravos. Além disso, essas ações estavam muito voltadas à adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso), sem a devida atenção aos múltiplos fatores que determinam a vida das pessoas.

Diante das reflexões apresentadas e considerando a educação em saúde emancipatória como um artifício importante para o enfrentamento da hipertensão, o estudo apresenta a seguinte questão norteadora: **Qual a repercussão da educação em saúde na vida das pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, acompanhadas por uma equipe de saúde da família?**

Para responder a essa questão, o estudo objetivou **conhecer como a educação em saúde influencia a vida das pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, acompanhadas por uma equipe de saúde da família.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

A literatura apresentada a seguir serviu de fundamentação teórica para o desenvolvimento desta pesquisa e foi definida por meio de uma revisão da literatura publicada na área. Os temas desenvolvidos que ofereceram sustentação a esta proposta foram: hipertensão arterial: um problema de saúde coletiva; a cronicidade na perspectiva sociocultural; educação em saúde como estratégia de emancipação dos sujeitos.

2.1 Hipertensão arterial: um problema de saúde coletiva

O último século foi marcado por rápidas e intensas transformações na estrutura econômica, política, social e cultural das sociedades, em nível mundial. A sociedade contemporânea, inspirada na vertente do capitalismo e neoliberalismo, experiencia uma nova configuração organizacional, tendo como produto a globalização da economia.

Como consequência desse processo de globalização, encontram-se a internacionalização do comércio, o desenvolvimento de tecnologias de informação, serviços e meios de produção, a acelerada urbanização das cidades e a agressão ao meio ambiente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Sob essa ótica, instauram-se mudanças significativas na dinâmica de vida das pessoas, com resultado em suas práticas de vida, nas relações com a comunidade e com o meio ambiente em que estão inseridas.

Nesse sentido, tendo como pano de fundo essas transformações, a sociedade assume uma nova configuração populacional, evidenciada pela diminuição da mortalidade e pela queda nas taxas de fecundidade. A esse movimento populacional convencionou-se chamar de “transição demográfica” (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

No cenário brasileiro, essa transição demográfica ocorreu de forma consideravelmente rápida, quando comparada a outros países. A alta velocidade da queda tanto da natalidade quanto da mortalidade conduziu a rápidas e intensas alterações no ritmo de crescimento populacional e na distribuição das faixas etárias, tendo como maior impacto o rápido envelhecimento da população. Assim, esse processo atinge, embora de forma diferenciada, todos os segmentos sociais, modificando o mapa da vida da população (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004; CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006).

Dessa forma, a queda da mortalidade foi vista como uma das transformações sociais mais importantes do último século, com resposta em todos os grupos etários. Como

consequência, tem-se o aumento na esperança de vida da população de aproximadamente nove anos, entre 1980 a 2000 (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004; CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006; WONG; CARVALHO, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil a expectativa de vida ao nascer, no ano de 2006, era de 72 anos de idade, para ambos os sexos (WHO, 2008).

A transição do perfil demográfico somada ao aumento da expectativa de vida favoreceram para o aumento exponencial da população maior de 60 anos, passando de 4,0% em 1940 para 8,6% em 2000 (OMS, 2003). Estima-se que, para o ano 2020, esse grupo etário represente cerca de 14% da população brasileira, aproximadamente de 30,9 milhões de pessoas (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004; WONG; CARVALHO, 2006).

Pode-se dizer que, paralelamente à alteração demográfica, observa-se outro processo de transformação no comportamento da sociedade, que influencia consideravelmente para o delineamento do “novo” perfil populacional, denominado de transição epidemiológica. Sua definição refere-se às mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população.

Nesse íterim, como resultante das transformações da sociedade, a população brasileira assume um perfil de saúde caracterizado pelo declínio de processos agudos, com desfechos breves (cura ou óbito), e ascensão da incidência e prevalência de doenças crônicas e suas complicações, com desfechos prolongados, envolvendo décadas de utilização do sistema de saúde (CHAIMOWICZ, 1997). Para ilustrar essa assertiva, destacam-se os óbitos causados por doenças infectoparasitárias, que passaram da quarta posição em 1980 para décima segunda em 2000, e ainda os óbitos por doenças crônicas responsáveis por 73,6% do total de óbitos no ano 2000, sendo 26,5% causadas por doenças cardiovasculares (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO; 2004; CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006). Vale mencionar que todas as outras causas de morte mantiveram suas taxas durante o referido período (OMS, 2003).

A longevidade experienciada pela população resulta, em parte, do progresso científico na área da saúde, bem como da melhoria considerável nos parâmetros da saúde pública. Dessa forma, enquanto há uma inclinação no percentual das mortalidade e um aumento na esperança de vida, emerge também a possibilidade de exposição a riscos atribuídos aos problemas crônicos. Por essa razão, os agravos crônicos tornam-se mais expressivos na sociedade contemporânea (OMS, 2003).

Para a OMS, as condições crônicas representam problemas de saúde que exigem “gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas”. Abarcam um grupo

extremamente amplo de agravos, que apresentam em comum a cronicidade e a necessidade de cuidados permanentes. Incluem-se nesse grupo condições transmissíveis e não transmissíveis, distúrbios mentais e, ainda, incapacidades funcionais (OMS, 2003, p.14).

Esses agravos apresentam-se em ascensão consideravelmente acelerada em todo cenário mundial, sem distinção de classes sociais ou de região. Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), juntamente com os distúrbios mentais, são as que mais preocupam os órgãos competentes, principalmente pelo ônus financeiro e social que lhes são atribuídos (OMS, 2003).

Nesse panorama, dentre as doenças crônicas a HAS representa uma enfermidade de grande relevância epidemiológica, por sua alta prevalência e por representar o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Em nível mundial, a prevalência de HAS varia entre 3,4 a 72,5% nos diferentes países (MOREIRA, et al., 2007). Estudos de prevalência estimaram que, no ano 2000, cerca de 26,4% da população era portadora de HAS, ou seja, mais de 972 milhões de pessoas. No Brasil, conforme apresentado anteriormente, estima-se que a prevalência da HAS corresponda entre 22,3% e 43,9% na população adulta, sendo superior a 30% no Estado do Rio Grande do Sul. Na população idosa, de 60 anos e mais, o índice de prevalência chega a 60% nesse grupo etário (GUS, et al., 2004; BRASIL, 2006; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; BARBOSA, et al., 2008).

Isso representa dizer que são aproximadamente 17 milhões de brasileiros portadores de hipertensão arterial. Sua incidência permanece aumentando consideravelmente em números totais, e ainda em relação ao aparecimento cada vez mais precoce. Nesse sentido, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes sejam portadores de HAS (BRASIL, 2006).

Ela pode ser definida como doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, levando a uma redução da luz dos vasos e, conseqüentemente, podendo ocasionar danos aos órgãos por eles irrigados (AMODEO, et al., 2003). O critério atual para efetivação do diagnóstico a define como o aumento da pressão arterial sistólica de 140 mmHg e mais, e da pressão diastólica de 90 mmHg e mais (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Por apresentar-se na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado (BRASIL, 2006). Dessa forma, considerada uma enfermidade silenciosa, apresenta evolução clínica lenta e associada a uma multiplicidade de

fatores, características estas que dificultam seu enfrentamento. Somando-se a isso a falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações, e a não realização do tratamento de forma adequada e contínua, fatos que justificam o seu agravamento e consequentes comorbidades.

Nesse sentido, podem-se considerar alguns fatores que predisõem para o aumento da pressão arterial ou contribuem para o seu agravamento, denominados de fatores de risco. Esses fatores podem ser classificados² como não modificáveis (idade, sexo, etnia, história familiar...) e modificáveis (excesso de peso e obesidade, tabagismo, sedentarismo, ingestão de sal, gordura...).

Nesse contexto, sendo os fatores modificáveis o foco principal das políticas de saúde pública, especialmente na atenção básica, será apresentada uma breve discussão sobre eles, com base nos documentos dos órgãos competentes que subsidiam a assistência aos portadores de HAS no Brasil (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Em associação ou não com uma dieta inadequada, aumenta consideravelmente os riscos de desenvolver cardiopatia. Assim, uma dieta balanceada, com conteúdo reduzido de sódio (equivalente a 6 g/dia de cloreto de sódio), quantidade reduzida de gorduras saturadas, transaturadas e colesterol, mostrou ser capaz de reduzir consideravelmente a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

O sedentarismo é outro fator de risco para hipertensão, bem como para o seu agravamento. Desse modo, pacientes hipertensos devem ser estimulados à realização de atividades físicas moderadas e contínuas, conforme avaliação prévia.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais, assim como o tabagismo. Nesse sentido, o abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas fazem-se necessários para prevenção e controle da pressão arterial e suas complicações.

Assim, pode-se inferir que os fatores predisponentes, classificados como modificáveis, têm estreita relação com as práticas de vida das pessoas. Por conseguinte, a escolha e efetivação dessas práticas estão associadas a uma multiplicidade de fatores, que irão influenciar na qualidade de vida e/ou agravamento das condições de saúde desses indivíduos. Esses fatores, que norteiam a dinâmica da vida das pessoas, podem ser entendidos pela

² Classificação utilizada pelo MS, no protocolo de atenção à HAS e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e HAS, nas V Diretrizes Brasileiras de HAS.

relação que estabelecem com outros indivíduos, com o meio ambiente e por características da estrutura social, política, econômica e cultural que rege uma dada comunidade.

As complicações atribuídas à HAS podem ser manifestadas de forma temporária ou permanente, dependendo do grau de comprometimento de sua repercussão. A HAS representa o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por essa causa. Ela representa também uma das mais importantes causas de doença arterial coronariana, responsável por 25% das mortes por essa causa; e ainda insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Nesse contexto, o alto custo social e financeiro atribuído à HAS e suas complicações pode ser entendido por sua alta prevalência e pelo elevado índice de internações hospitalares e procedimentos de alta complexidade. No Brasil, somente no ano de 2005, ocorreram cerca de 1,2 milhões de internações por doenças cardiovasculares, cerca de 14% na faixa etária entre 30 e 69 anos (BRASIL, 2005), o que gerou um custo superior a 1,3 bilhões de reais (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Já, no período de janeiro de 2000 a agosto de 2007, a hipertensão e suas complicações provocaram aos cofres públicos um custo de mais de 6 bilhões de reais (BRASIL, 2007^a).

Em relação ao índice de mortalidade imputado à HAS e suas complicações, do total de óbitos registrados em 2003, no Brasil, 27,4% foram decorrentes de doenças cardiovasculares, chegando a 37%, quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Em nível mundial, estima-se que 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial e suas complicações (JOINT, 2003). Segundo a OMS, a primeira causa de morte no mundo em 2004, cerca de 12,2% do total foram decorrentes de cardiopatia isquêmica, seguida por doença cerebrovascular, totalizando 9,7% das mortes. Estima-se que até o ano de 2030 esse *ranking* não se modifique (WHO, 2008).

Como consequência dessa problemática instaurada pela HAS e suas comorbidades, tem-se um elevando índice de absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde, assim como aposentadorias precoces, cerca de 40%, segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (BRASIL, 2005). Por fim, e o mais importante, o comprometimento substancial na qualidade de vida dos indivíduos mais vulneráveis. Esses dados são suficientes para justificar a importância da doença como problema de saúde coletiva no país, o qual deve congrega esforços na elaboração das políticas públicas de saúde, no sentido de buscar formas adequadas de intervenção com vistas a reduzir sua magnitude.

Nesse contexto, com o intuito de reduzir a morbimortalidade associada à HAS e DM, o Ministério da Saúde (MS) implementou, no ano de 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Assim, esse plano teve como principal objetivo instituir diretrizes e metas para reorganizar a atenção aos portadores de HAS e DM, reduzindo assim as taxas de morbimortalidade associadas às doenças. Para viabilizar esse trabalho, o MS criou uma comissão técnica com o propósito de assessorar na operacionalização do plano, composta por representantes das sociedades científicas (cardiologia, HAS, DM e nefrologia), entidades nacionais de portadores e órgãos gestores (BRASIL, 2004).

Em 2003, o MS lança uma proposta de ampliação desse plano, por meio da formulação e implementação de uma Política de Atenção Integral e Integrada para esses agravos, dentro da linha de cuidado, e agregando diversas outras políticas e estratégias. Assim, dentre as estratégias implementadas ressalta-se o investimento na qualificação dos profissionais da rede básica, garantia do diagnóstico, vinculação dos portadores às unidades de saúde, para garantir o acesso à assistência, bem como à medicação, promovendo um acompanhamento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições (BRASIL, 2004).

Para efetivar e qualificar o cadastramento, assim como o acompanhamento de forma continuada, o MS cria o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, concomitante à implantação do HIPERDIA. Esses programas baseiam-se no cadastramento e acompanhamento dos casos confirmados, objetivam a garantia de recebimento dos medicamentos aos portadores de HA e DM, e ainda possibilitam conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico desse grupo populacional específico (BRASIL, 2004).

Nesse ínterim, esse dispositivo representa um importante subsídio para planejamento da atenção aos portadores de HAS e DM em âmbito nacional, estadual e municipal. Além disso, apresenta-se como importante ferramenta para realizar ações de vigilância epidemiológica, no sentido de garantir o monitoramento sistemático da ocorrência desses agravos na população, em conformidade com os sistemas de informação em saúde disponíveis no país.

Outro instrumento de grande importância, para a qualificação da assistência aos portadores de HAS, é o Caderno de Atenção Básica nº 15 – HAS, que foi criado com o objetivo de capacitar os profissionais da Rede Básica, com base em atualizações científicas. Pertencente à Série de Cadernos de Atenção Básica, foi lançado em 2006 pelo MS como parte da Política Nacional de Atenção Integral à HAS e DM, com intuito de “atualizar

conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo” (BRASIL, 2006, p. 8).

Nesse panorama, a cronicidade desses agravos e o grande impacto no perfil epidemiológico na população brasileira conduzem a um desafio para o sistema público de saúde, representado pela garantia do acompanhamento contínuo e integral a seus portadores, pautado no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Entre outras propostas, o MS propõe articular ações de promoção e educação em saúde, com vistas a estimular a adoção de comportamentos saudáveis de vida pelos portadores de HAS e DM, conforme suas estratégias de saúde. Dessa forma, o resultado que se espera é a redução das comorbidades atribuídas a esses agravos e, principalmente, a melhoria na qualidade de vida dessa população frente à cronicidade dessas doenças.

Cabe mencionar que, para que as ações em saúde estejam realmente fundamentadas na integralidade, e com o objetivo centrado na promoção da saúde, isso implica reconhecer que o processo saúde/doença/cuidado é determinado por múltiplos fatores, em uma delimitada população. Sob essa ótica, esses determinantes estão intimamente relacionados às condições de vida e trabalho dos indivíduos e são compreendidos, segundo Buss e Pelegrini Filho (2007), como fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Dessa forma, esses fatores agem de maneira articulada, norteando a vida das pessoas e a forma com que elas vivenciam o processo saúde/doença/cuidado, na realidade sociocultural em que estão inseridas.

2.2 A cronicidade na perspectiva sociocultural

A “cronicidade” constitui um conceito biomédico, utilizado na orientação da prática médica, referente à classificação clínica de agravos devido à sua impossibilidade de cura. Sob um olhar sociológico, apresenta-se como uma concepção referente às condições de falta de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, e, por essa razão, passam a fazer parte da história de vida de seus portadores. Na sua maioria, manifestam sintomas periódicos ou contínuos, que repercutem em várias dimensões da vida de seus portadores (CANESQUI, 2007^a).

O significado da condição crônica é diferentemente percebido por grupos sociais distintos, determinado pelo “ângulo” pelo qual é interpretado, ou seja, por aqueles que a vivenciam ou por aqueles que desenvolvem o cuidado. Nesse entendimento, Kleinman (1988) explica as três perspectivas para a representação da doença, na percepção de diferentes

sujeitos, de acordo com a língua inglesa. Denomina como *illness* a experiência humana frente à condição de doença, o modo como o indivíduo e os membros da família ou a comunidade vivem e respondem aos sintomas e incapacidades. Representa o olhar da doença por aqueles que a vivenciam, pelos indivíduos que veem suas vidas modificadas pela repercussão advinda dessa condição. É a experiência vivida pelo doente e a maneira que ele consegue classificar e esclarecer, em senso comum, as formas de angústia decorrentes dessa condição. Esse significado norteia o julgamento desse indivíduo em relação ao momento de iniciar o tratamento, assim como a decisão de quando procurar cuidado de profissionais ou práticas alternativas. Assim, essa concepção é ditada por códigos e regras pertencentes a um dado contexto, que organizam o senso comum sobre como entender e tratar a doença. Nesse entendimento, a doença é moldada culturalmente.

Já a perspectiva do profissional, representada pelo mesmo autor pelo termo *disease*, é percebida com base na visão biomédica, através das lentes teóricas e das formas práticas, pautadas apenas na percepção da doença como alterações na estrutura biológica ou funcional de seus portadores. Assim, esse profissional reconfigura os problemas de doença (*illness*) vivenciados pelos sujeitos e sua família, e os reproduz por meio de questões técnicas definidas, ou seja, pela *disease*. A terceira perspectiva apresentada pelo autor refere-se à *sickness*, que representa a desordem em seu senso genérico na população, em relação às forças macrossociais (econômicas, políticas, institucionais) (KLEINMAN, 1988).

Frente ao interesse deste estudo, destacam-se os significados *illness* (perspectiva do portador) e *disease* (perspectiva do profissional), pois, entende-se fundamental, para o enfrentamento da doença crônica, que haja uma comunicação efetiva entre portadores e profissionais. Nesse entendimento, a interpretação dos significados da doença (*illness*) por parte dos profissionais da equipe de saúde pode contribuir para o desenvolvimento de um cuidado mais humanizado. Para tanto, visualiza-se que o profissional precisa conhecer a história da doença (*illness*) na “voz” de seus portadores, construída a partir da sua concepção sobre o processo saúde/doença/cuidado, suas experiências de adoecimento e práticas de cuidado, em situações concretas do seu mundo.

Nesse sentido, Canesqui (2007^b, p. 90) discorre que “a experiência da enfermidade é entendida como processo subjetivo, construído nos contextos socioculturais e vividos pelos atores”. Dessa forma, a doença crônica não pode ser reduzida aos sintomas físicos, de maneira padronizada, mas necessita do entendimento de que representa um processo subjetivo, segundo vivências de seus portadores, tipos de enfermidades e, ainda, mediado pela cultura dos mesmos.

Corroborando a argumentação supracitada, Budó (1994, p. 13) afirma que considerar a dimensão cultural do processo saúde/doença/cuidado é fundamental para que se tenha a abrangência suficiente para sua total compreensão. “Isto porque existe uma intrincada relação entre as crenças, valores, costumes que são desenvolvidos no cotidiano pelas pessoas e a forma como elas se expressam nas situações de saúde ou doença”.

Nas sociedades humanas, as crenças e as práticas relacionadas ao processo saúde/doença/cuidado são elementos centrais da cultura. Assim, os fatores culturais apresentam-se intrínsecos à forma de agir das pessoas, suas percepções e atitudes frente às situações de saúde ou falta de saúde. No entanto, ressalva-se que se deve avaliar a dimensão cultural como componente de uma combinação complexa de influências, que se refletem na forma em que as pessoas vivem e reagem a tais situações (HELMAN, 2003).

Nesse entendimento, deve-se considerar que o processo saúde/doença/cuidado resulta das múltiplas determinações sociais entre os potenciais de fortalecimento e desgaste de um indivíduo, grupo ou sociedade. Desse modo, as práticas de vida e cuidado serão ditadas pela combinação dessas múltiplas determinações, sendo influenciadas também pelos fatores individuais, como as vivências, condição física e emocional, e pela motivação pessoal.

Nesse ínterim, faz-se necessário compreender a organização social da saúde e da doença na sociedade, que inclui a forma pelas quais as pessoas são reconhecidas como doentes e como elas apresentam suas doenças aos outros, os papéis que possuem estes indivíduos a quem as doenças são apresentadas e as formas de manejá-los. Assim, ao investigar um grupo social e a maneira como percebem e reagem à falta de saúde e os tipos de cuidado que procuram, deve-se ter a compreensão de que os mesmos precisam ser visualizados dentro de seu contexto, pertencentes a um momento histórico e com características socioeconômicas e ambientais particulares (HELMAN, 2003).

A essa organização social de assistência à saúde Kleinman (1980) denominou de *sistema de cuidado à saúde*, que, segundo o autor, é composto pelas instituições sociais em que o cuidado é desenvolvido pelos diferentes cuidadores, que podem ser leigos ou profissionais. A abordagem desempenhada por esses cuidadores é fortemente influenciada por fatores culturais, que continuamente penetram em suas práticas. Logo, as doenças e seus tratamentos, as instituições onde são tratadas, as tecnologias utilizadas estão associadas de acordo com o tipo de cultura onde ocorrem.

O mesmo autor discorre, ainda, que o cuidado em saúde é descrito como um sistema de cultura, composto por três elementos inter-relacionados: o setor popular, o setor profissional e o setor tradicional ou *folk*. O setor popular de cuidado em saúde é visto como

uma matriz, contendo vários níveis: individual, familiar, rede social, crenças e atividades comunitárias. Compreende o cenário não profissional, não especialista de cultura popular, onde a doença é primeiramente conceituada e as práticas de cuidado em saúde são iniciadas. Dessa forma, embasa-se no saber popular, que compreende um conhecimento prático, “não oficial”, adquirido e transmitido de maneira informal dentro do contexto social e familiar dos indivíduos. Mesmo quando as pessoas decidem buscar auxílio nos outros setores, o fazem fundamentadas nas orientações do valor da cultura e do saber popular. Representa a parte mais abrangente do sistema de cuidado e atua como elo entre os demais setores.

Já o setor tradicional, ou *folk*, de cuidado de saúde é onde ocorrem os tratamentos tradicionais das culturas, mas que, embora não sendo profissionais, são especialistas. Dessa forma, embasa-se na medicina tradicional, a qual agrega elementos dos outros setores, mas predominando o setor popular. Representa o setor não profissional, não burocrático e especializado acerca do saber popular.

Quanto ao setor profissional de cuidado à saúde, Kleiman (1980) considera o sistema de saúde constituído pelas profissões de saúde organizadas e legitimadas pelo conhecimento científico, ou seja, o saber “oficial”, produzido e transmitido nas instituições acadêmicas. Na maioria das sociedades, está centralizado na hegemonia da medicina científica, que detém autoridade sobre a maior parte das práticas de saúde. Nesse contexto, Leininger (1991, p.48) caracteriza o cuidado profissional como aquele “formalmente ensaiado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático, relativos à saúde, doença, bem estar e preparados em instituições profissionais”. Em concordância com a autora, Kleiman (1980) afirma que os profissionais da saúde olham seus conhecimentos como racionais e os do público leigo e os práticos do setor tradicional como irracionais, por não serem legitimados pelo cientificismo. É nessa perspectiva que grande parte das ações em saúde, envolvendo profissionais e usuários dos serviços de saúde, são estabelecidas. O encontro entre doutores e pacientes que, nessa perspectiva, representa o encontro entre peritos e leigos (Kleiman, 1980), isto é, conhecedores e ignorantes, frente ao discurso da doença.

Visualizam-se as ações em saúde preconizadas pelas políticas públicas que regulamentam a atenção aos portadores de doenças crônicas, construídas a partir desse “modelo” de interação, onde os profissionais da equipe de saúde assumem o papel dos peritos e os usuários, o papel de leigos em relação aos agravos dos quais são portadores. A esse respeito, Canesqui (2007^a, p. 38) refere que tais ações centram-se “na busca das ‘deficiências’ do conhecimento leigo para retificá-las” e, assim, tornam os adoecidos submissos e passivos à hegemonia do conhecimento científico.

Exemplificando essa argumentação, destaca-se a Política de Atenção Integral e Integrada à HAS e DM, conforme discutido anteriormente, que regulamenta a assistência aos portadores de HAS e DM, cujas propostas baseiam-se em ações que estimulem esses sujeitos a assumirem comportamentos mais saudáveis ou menos danosos às suas condições de saúde. Entende-se que, por objetivarem a padronização das práticas de vida dos indivíduos, tidas como mais corretas para o conhecimento científico, reduzem o usuário a objeto da ação de saúde.

Quanto a essa situação, Budó (1994) argumenta sobre a necessidade de os profissionais compreenderem as representações e as diferentes formas de perceber a saúde, na ótica das culturas, para assim romper com a hegemonia do modelo biomédico, que trata as pessoas a partir das suas doenças, de maneira padronizada, sem considerar suas diferenças.

Trata-se, portanto, de atentar para os aspectos individuais da vida do adoecido, do seu cotidiano, dos arranjos em sua rotina para o gerenciamento da doença, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais, assim como a concepção leiga da doença não se limita à biomedicina. Vale destacar, nesse sentido, que as possibilidades de interpretação e de resolução das demandas dos adoecidos dirigem-se também para os aspectos coletivos da realidade sociocultural a que pertencem, os quais incluem a relação com a família, o trabalho, a equipe de saúde e a influência das demais formas populares de cuidado e seus atores, no processo de adaptação à doença (CANESQUI, 2007^a).

Nessa visão, o usuário deve ser ouvido no papel de sujeito de seu processo saúde/doença/cuidado e não de objeto de ações de saúde ditadas pelo conhecimento científico. Além disso, ao se reduzir o usuário ao papel de portador de determinada doença, no qual necessita da intervenção profissional de forma sistematizada e padronizada, isso o descaracteriza de suas percepções e crenças, construídas a partir da sua realidade sociocultural, criando um grande distanciamento entre esses dois modos de ver e exercer o cuidado.

Entende-se que a agregação dos setores (popular e profissional) e, dessa forma, dos saberes que os norteiam (popular e científico), representa um passo importante para a orientação das ações em saúde que objetivem a promoção da saúde dos indivíduos, na complexidade que isso significa. Para que haja a interação de saberes, há necessidade de descentralizar do profissional o papel de detentor do saber, principalmente em relação aos comportamentos que as pessoas devem seguir. Ao mesmo tempo, deve-se passar a considerar a realidade sociocultural dos sujeitos, com o intuito de compreender suas práticas de vida e cuidado, e assim encorajá-las a assumirem maior controle sobre sua saúde.

2.3 Educação em saúde como estratégia de emancipação dos sujeitos

Acompanhando as modificações da sociedade, nas últimas décadas, a área da saúde vem sofrendo transformações significativas em seu campo conceitual e prático. Nesse sentido, é consenso afirmar que a sociedade contemporânea experimenta uma mudança significativa nas suas práticas sanitárias, articulando, portanto, uma redefinição conceitual e reorientação da sua prática.

Nesse contexto, essa transição pode ser mencionada como uma crise de paradigma e foi fortemente influenciada pelo rumo histórico, político e cultural que sociedade estava delineando. Essas modificações podem ser exemplificadas pela organização da sociedade, no que tange ao enfrentamento dos problemas de saúde.

Assim, as respostas dadas a esses problemas devem proceder do conceito de saúde adotado, portanto, do paradigma que institui esse conceito. Essa base conceitual, por sua vez, responde ao contexto socioeconômico, político e tecnológico vivenciados pela sociedade (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

Cabe caracterizá-la como uma transição ideológica do campo teórico e prático, que resultou na reorientação das estratégias de saúde e, com isso, na ampliação da atenção, deixando de ser pautada na doença e assumindo a saúde como seu foco principal. Dessa forma, o “novo paradigma” preconiza a concepção de saúde para além de um olhar meramente centrado na perspectiva biologicista e fragmentadora, orientando os profissionais para uma postura reflexiva acerca da complexidade da vida das pessoas.

O conceito de saúde amplia-se de uma visão negativa, entendida pela ausência de doença, para uma perspectiva positiva, de completo bem-estar, e, daí, para a visão mais ampla que abarca uma adequação de vida social (SANTOS, WESTPHAL, 1999). Entende-se, nesse sentido, que a promoção da saúde foi um marco conceitual de suma importância na consolidação desse “novo paradigma” no campo da saúde. Vale salientar que essa concepção passou por vários momentos, acompanhando o contexto histórico que o campo da saúde vivenciava, assim como a sociedade.

Nesse panorama, um dado relevante na conformação da sociedade foi a transição demográfica e epidemiológica, que emergia concomitante a essas transformações estruturais da sociedade. Com o envelhecimento da população e as mudanças no comportamento dos agravos à saúde, faz-se necessário modificar o foco da atenção, no sentido de superar o paradigma biomédico baseado em ações curativas, privilegiando uma visão ampliada da saúde

pública (BUSS, 2000). Essa configuração social faz surgir, no campo da saúde, a necessidade de instrumentalizar os indivíduos para assumir o controle de suas vidas.

Esse fato fez potencializar a discussão em torno da reorientação conceitual e prática no campo da saúde pública, sinalizando para a necessidade de movimentos que buscassem transcender o modelo de saúde vigente. É nesse cenário que emerge, no contexto mundial, o movimento de discussão acerca da modificação da saúde, tendo como base conceitual a promoção da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nessa perspectiva, Buss (2000), ao realizar uma análise do retrospecto do conceito de promoção da saúde, nas últimas duas décadas, apresenta-a como uma estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. O mesmo autor menciona que

partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p.165).

O caminho percorrido pelo movimento da promoção da saúde, no que tange ao delineamento de sua base conceitual e ideológica, passou por vários momentos, na história da saúde. Construído através de inúmeras discussões, envolveu a participação de vários atores sociais, representando a academia, os profissionais da saúde, gestores e usuários, de diversos países, realçando as considerações econômicas e sociais da saúde mundial. Dessa forma, trilhou o caminho na busca de uma compreensão positiva do conceito saúde, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle das doenças, distinguindo-se da concepção de Prevenção de Doenças (BRASIL, 2002).

Assim, entendendo a promoção da saúde como um corpo de saberes e práticas das ciências da saúde, e considerando sua influência no delineamento das práticas de saúde pública na atualidade, a Carta de Ottawa representa um marco na construção do “novo paradigma” da saúde. Isso deve-se ao fato de que nesse documento, a saúde é apresentada sob uma ótica positiva, no sentido do uso consciente dos recursos pessoais e sociais, na busca por uma vida saudável. Desse modo, essa busca não deve ser o objetivo central e único da vida das pessoas, mas sim um recurso para promover qualidade à vida cotidiana (SOUZA, et al., 2005).

No Brasil, tais discussões repercutiram de forma significativa, acompanhando esse processo mundial. Caracterizaram-se por intensos movimentos populacionais, constituídos por diferentes atores da sociedade, que objetivavam a construção de uma nova política de saúde. Nessa lógica, a Reforma Sanitária Brasileira representa a mobilização social mais

importante no cenário brasileiro, para a consolidação do processo de redefinição conceitual e das práticas sanitárias.

No mesmo ano da realização da Conferência de Ottawa (1986), ocorreu no cenário nacional a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi considerada como marco histórico na reforma da saúde pública do país. Como resultante de todo esse processo, o conceito de saúde passou a ser entendido de forma mais abrangente. Nesse momento, o novo conceito oficializado pela legislação vigente acompanhou o processo mundial, no que tange à construção do novo paradigma da saúde. Amplia a visão de saúde, até então embasada em conceitos biomédicos, adotando um enfoque composto por múltiplos determinantes, como o trabalho, o emprego, a moradia e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Conforme o relatório da VIII CNS, a repercussão desse movimento social foi a considerável influência na elaboração de dispositivos legais que assegurassem à população brasileira o direito à saúde, o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, além de condições dignas de vida.

No que se refere às discussões emanadas nas conferências nacionais e internacionais sobre promoção da saúde, Santos e Westphal (1999, p.76), argumentam que, com a ruptura com a visão simplista sobre a definição de saúde, entendida como a ausência de enfermidade, “a melhor denominação para o novo paradigma é a de produção social da saúde”. A construção da nova saúde pública, embasada nesse referencial, pressupõe transcender o enfoque vertical e paternalista, decorrente do modelo biomédico, baseado nas práticas prescritivas dos profissionais de saúde. Supõe, dessa forma, a busca por métodos apropriados à realidade sociopolítica, que tornem mais competentes as ações sociais e ambientais por saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, tais ações devem envolver os diferentes atores e segmentos da sociedade, a fim de implementar novas práticas de saúde (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

O rumo tomado pelas propostas de reorientação das práticas sanitárias, embasadas na promoção, pautou-se no enfrentamento das desigualdades sociais, no estímulo à participação da comunidade nas decisões e planejamento da saúde, envolvendo vários segmentos da sociedade. Para tanto, tem como pano de fundo o empoderamento dos sujeitos, em relação ao maior controle sobre os fatores que influenciam a sua saúde. Diante disso, entende-se que a educação em saúde, acompanhando essa transição de bases conceituais e práticas, encontra-se no cenário da saúde pública como importante ferramenta para a consolidação da promoção da saúde.

Corroborando ao exposto, Oliveira (2005, p. 425) refere que, nesse novo paradigma, “o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, numa noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno”. Nesse sentido, a autonomia corresponde à base central para a promoção da saúde, e deve ser alcançada de modo que esse sujeito possa realmente fazer suas escolhas de forma orientada, a fim de superar e controlar os determinantes da sua saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2003).

Com amparo nas ideias de Freire (2000), conceitua-se autonomia como um processo de decisão e consciência crítica que o sujeito constrói historicamente, a partir das inúmeras decisões que precisa tomar ao longo de sua vida. Isso representa dizer que a autonomia é construída de maneira articulada com o desenvolvimento histórico de democracia e de liberdade dos sujeitos, logo, é o exercício da liberdade. Assim, munidos de autonomia, espera-se que esses indivíduos consigam trilhar o curso da sua vida alicerçada em tais escolhas e, dessa forma, responsabilizar-se por elas.

Não se pode questionar os avanços no campo teórico e prático da saúde pública, resultante desse novo paradigma. No entanto, é preciso reconhecer que, tendo como base a concepção de saúde multifatorial, promovê-la torna-se uma tarefa bem mais complexa do que era antes. Desse modo, a promoção da saúde, vista em suas inúmeras dimensões, reafirma a importância de envolver os vários atores sociais, em suas diferentes organizações, considerando suas especificidades e autonomia (SOUZA, et al., 2005).

Nesse cenário, a educação em saúde não permaneceu imune a esse processo de transição. Pelo contrário, sofreu mudanças fundamentais nos pressupostos que apoiaram sua prática durante muito tempo. Nesse sentido, conforme Oliveira (2005, p. 424 - 425)

Na “velha” saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A “nova” educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida.

Com essa nova conformação, a educação em saúde emerge na Carta de Otawa como estratégia de incremento de habilidades e atitudes pessoais, por meio do desenvolvimento pessoal e social, com o intuito de atuar na melhoria da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2002). Assim, a nova abordagem de educação, no campo da saúde, deve transcender o enfoque na prevenção de doenças e agravos, e concentrar-se na promoção social de saúde. Nessa lógica, amplia seus objetivos no sentido da preparação dos indivíduos para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde (SOUZA, et al., 2005).

Considerando a ação educativa um processo político, com intuito de promover transformação e emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde, mais do que difundir informações, busca uma reflexão dos envolvidos sobre as dinâmicas sociais em que estão inseridos, passando a perceber a saúde não mais como uma prerrogativa e, sim, como direito social (CAMPOS, 2003). Dessa forma, busca compreender quais problemas de saúde apresentam soluções no âmbito da própria comunidade e possibilitam socializar a concepção de autonomia e controle sobre as escolhas individuais e coletivas (VALLA, 1999).

Nessa ótica, Budó et al (2007, p.512) afirmam que

A prática efetiva da promoção da saúde, baseada na realidade local de cada comunidade e, considerando os indivíduos que a compõem em suas diferentes dimensões, representa a estratégia central para estabelecer melhores condições de vida e, conseqüentemente³, uma elevação de sua qualidade.

Precedida e acompanhada por intensas discussões, a educação em saúde, a qual deve ser pautada na complexidade da compreensão do processo saúde/doença/cuidado, ainda recebe críticas sobre como acontece no campo prático da saúde (MEYER, et al., 2006). Sendo assim, para os educadores em saúde que atuam na transição proposta, tem sido difícil lidar com os conflitos gerados no embate entre “novas teorias e antigas práticas” (OLIVEIRA, 2005, 427).

Nesse sentido, do mesmo modo que as concepções de saúde apresentam-se divergentes, a educação encontra-se condensada, basicamente, em duas vertentes de pensamento e ação (OLIVEIRA, 2005; SOUZA, et al, 2005; SOUSA, et al, 2007). Vale mencionar que, além da concepção de saúde, o processo educativo em saúde é influenciado pela concepção de educação, de homem (SOUSA, et al., 2007) e pelas práticas pedagógicas. Neste momento, serão abordados os dois modelos de educação, referenciando-os com a terminologia de Modelo Tradicional ou Preventivo e Modelo Radical ou Dialógico.

O modelo tradicional de educação, também chamado de modelo preventivo (OLIVEIRA, 2005), baseia-se na concepção de saúde do modelo biomédico e objetiva a prevenção de doenças. A abordagem central desse modelo refere-se à ideia de que os hábitos de vida dos sujeitos são as principais causas da fragilidade da sua saúde. Nesse sentido, as condutas tidas como não saudáveis são vistas como consequência de decisões individuais equivocadas, o que acaba produzindo a ideia de “falta de saúde”, como uma falha moral do

³ Nas citações diretas e títulos de obras (livros/artigos), a ortografia antiga será mantida, por fidelidade à obra citada.

indivíduo (OLIVEIRA, 2005). Com esse posicionamento, reduzindo a saúde a comportamentos saudáveis ou não saudáveis, como algo que possa ser controlado pelos indivíduos, o profissional acaba culpabilizando a vítima por sua condição (VALLA, 1993; OLIVEIRA, 2005).

O objetivo desse modelo de educação em saúde – prevenção de doenças – pauta-se na mudança imediata e unilateral de condutas individuais, por meio de prescrição de comportamentos tidos como saudáveis, em detrimento de “comportamentos de risco”. Nessa lógica, Meyer et al. (2006, p.1336) mencionam que

É nesse contexto discursivo que formas definidas como “certas” e “erradas” de viver são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber, e a educação, assentada no pressuposto da existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para o exercício do poder sobre a própria saúde.

Para tanto, são utilizadas como estratégias educativas a transmissão de informações, daqueles que detêm os conhecimentos técnicos, para uma “população leiga” (MEYER, et al., 2006). Esse modelo pedagógico é definido por Freire (2001, p. 38) como ensino bancário, no sentido de que o “educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador”.

Considerando as críticas acerca desse modelo de educação em saúde, há um consenso entre os educadores de que ele vem de encontro aos pressupostos da “nova” saúde pública, pois reduz a determinação do processo saúde/doença/cuidado apenas pelas condutas de vida dos indivíduos. Esse posicionamento ignora o fato de que os próprios hábitos de vida são produto do contexto sociocultural, econômico e ambiental em que os sujeitos estão inseridos. Assim, por desconsiderar a abordagem multifatorial da saúde, assume a ideia de que todas as pessoas vivem em condições estruturais idênticas, sendo portanto igualmente capazes de conduzir suas escolhas de forma mais saudável (OLIVEIRA, 2005).

Já a relação entre os envolvidos, nesse modelo de educação, é estabelecida verticalmente, centrada na figura do profissional, ficando o indivíduo numa posição de objeto da ação educativa (FREIRE, 2005). Desconsidera, ou mesmo ignora, os conhecimentos dos indivíduos e, acima disso, “assume-se que, para ‘aprender o que nós sabemos’, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida” (MEYER, et al., 2006, p.1336). Com isso, a eficácia dessa abordagem pedagógica estaria na quantidade de informação adquirida pelo educando e não em promover um momento de reflexão sobre seu contexto de vida.

Corroborando com os pressupostos do novo paradigma da saúde, e embasado na promoção da saúde, o modelo dialógico (FREIRE, 2001) ou radical vem ao encontro das complexidades da “nova” saúde pública (OLIVEIRA, 2005; SOUZA, et al., 2005). Possui como ponto de partida o indivíduo e sua realidade, centrando-se no desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. Sua proposta de ação está inteiramente relacionada à noção de “conscientização” (FREIRE, 2000; 2001). O objetivo central dessa forma de educação é promover a saúde no seu sentido positivo, como subsídio para uma vida com qualidade (OLIVEIRA, 2005). Para tanto, deve-se possibilitar a reflexão e avaliação dos indivíduos sobre as características da realidade pessoal e coletiva, com o intuito de traçar metas para transformá-la. Nesse sentido, Freire (2001, p. 27) aponta que

O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca.

Fundamentada nos pressupostos desse autor, esse modelo educativo preconiza o desenvolvimento da consciência crítica nos participantes, em relação às causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, promover a emancipação dos sujeitos para agir com o objetivo de mudanças. Nesse entendimento, na obra de Freire (2000, 2005), a emancipação aparece como um processo histórico de luta pela libertação social e política, efetivada pelos sujeitos, a partir da reflexão crítica de sua realidade. Quanto a essa libertação, o autor refere-se à superação das situações de opressão em que os sujeitos estão submetidos e, conseqüentemente, à transformação de suas condições de vida.

Assim, o modelo radical ou dialógico aposta no trabalho em grupo, na perspectiva de que o ambiente coletivo facilita a ampliação da consciência crítica, devido ao seu potencial para promover a discussão e troca de ideias entre os participantes (OLIVEIRA, 2005). Em relação à consciência crítica, Freire (2001, p. 33) afirma que

O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite o homem transformar a realidade se faz cada vez mais urgente. Na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo [...] vão fazendo história pela sua própria atividade criadora.

O educador, nesse modelo pedagógico, atua como moderador das descobertas e com as reflexões dos sujeitos sobre a realidade. Promove desse modo, o processo de construção ou reconstrução dessa realidade juntamente com os indivíduos, estimulando-os a agir como sujeitos de suas próprias vidas (SOUZA, et al 2005). Nesse sentido, a educação não pode ser um processo de acomodação do indivíduo à realidade, mas um instrumento para subsidiar a

sua transformação (FREIRE, 2001). Essa condição exige um processo continuado e ativo, baseado no diálogo, na escuta e no estabelecimento de vínculo.

A ação dialógica promove uma troca de experiências. O diálogo é uma relação em que um sujeito é convidado a participar da comunicação, interagindo pela comunicação verbal. Nesse sentido, a relação de diálogo proposta por Freire (2001) é aquela em que há o encontro, a troca. É uma situação existencial, um encontro entre os sujeitos, pautado no pensamento crítico.

Freire (2000, p.76) refere que “é necessário que este profissional-educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educando e educadores”. Assim, a estratégia preconizada para essas ações pedagógicas baseia-se em um modelo dialógico e participativo, onde todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Pressupõe-se que o diálogo possibilita o reconhecimento do saber do outro, a necessidade de ouvir e compreender o ponto de vista do outro.

A educação dialógica, ao considerar as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, resulta em saberes produzidos a partir das experiências concretas, possibilitando fazer (re)leituras das condições de saúde e potencializando a reflexão coletiva. Caracteriza-se como ação educativa, quando há construção de cidadania e dignidade. Para tanto, faz-se necessário acreditar na capacidade de as pessoas agirem como sujeitos individuais e coletivos, com habilidade de análise própria.

Acredita-se que a ação dialógica compartilhada em tal contexto incide numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança. Para tanto, faz-se necessário estimular a autonomia dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relativas aos grupos sociais aos quais eles pertencem.

Cabe enfatizar, neste momento, que a diferença entre os modelos (tradicional e radical) reside no fato de que este último resulta muito mais na mudança social do que na transformação pessoal propriamente dita. Para tanto, faz-se necessário “incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidades como condição *sine qua non* para o cumprimento dos objetivos da educação em saúde”. Nessa lógica, “ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde” (OLIVEIRA, 2005, p. 428).

Freire (2001, p.66) menciona que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”. Frente a essa argumentação, entende-se que o profissional não será o responsável por conceder (ou

não) a autonomia aos sujeitos, mas sim por estimular para que eles assumam esse posicionamento e, assim, responsabilizem-se frente à sua saúde, bem como à da comunidade.

Entretanto, apesar de o modelo dialógico ser conceitualmente congruente com os pressupostos da promoção da saúde, seu foco na promoção da autonomia através da educação não está isento de críticas. Nesse sentido, a consequência dialética de se admitir a autonomia como meta é a de assentir que, se as pessoas “educadas” escolherem por agir “de uma forma não saudável, então, desde que não se coloque em risco a liberdade dos outros, isto deve ser aceito como resultado final aceitável de um processo educacional” (OLIVEIRA, 2005, p. 428).

Sob essa lógica, há que se considerar que as escolhas não ocorrem ao acaso, mas são tomadas com referência ao contexto social em que são determinadas. O ambiente impõe limites às nossas escolhas diárias. Portanto, a promoção de decisões autônomas é ainda mais complexa, por abarcar as relações dos indivíduos com o meio em que estão inseridos e com outras pessoas de sua comunidade. Além disso, não se pode assegurar total liberdade em relação às escolhas desses indivíduos, pois, ao se organizarem em comunidades, são sujeitos a normas e valores pré-determinados, influenciados social e culturalmente.

Outro ponto convergente de críticas a esse modelo diz respeito à aceitação acrítica do pressuposto de uma relação realmente igualitária entre profissionais e usuários. Nesse sentido, até mesmo para os “educadores mais conscientes dos objetivos da educação radical” é difícil garantir que, na prática educativa, seja assegurada uma distribuição equânime de poder entre os envolvidos. Apresenta-se ainda, nessa interação, a “pressão ‘natural’ do conhecimento dos profissionais da saúde sobre as escolhas das pessoas” (OLIVEIRA, 2005; p.429).

Nessa situação, encontra-se um paradoxo entre exibir as opções disponíveis para serem escolhidas e a possibilidade de escolherem autonomamente, sem que pareça uma orientação imperativa do profissional da saúde para o usuário. Deve-se atentar também que, ao apresentar as opções como possíveis de serem escolhidas, o profissional tem como base a sua própria vida, e não na realidade das pessoas (SOUSA, et al., 2007). A questão a ser discutida, nesse contexto, refere-se à possibilidade de promover escolhas, e ainda assegurar total liberdade e a autonomia aos sujeitos (OLIVEIRA, 2005).

Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde, para que se concretize realmente um processo educativo. Nesse sentido, Valla (2000, p.15) diz que “os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional”. Muitas vezes, os costumes sobre as condutas de vida, os valores e as percepções dos sujeitos em

relação à sua condição de saúde ou doença são diferentes daqueles pensados pelos profissionais, já que são dois grupos socioculturais distintos.

Assim, a educação em saúde deve ser desenvolvida através de trocas de experiências entre os usuários e os profissionais, de forma horizontal, tendo como ponto de partida o saber popular, baseando-se no “pressuposto da complementaridade entre o saber popular e profissional” (BUDÓ, 2002, p. 178). Como resultado dessa ação educativa participativa, que foge do padrão tradicional “em que um é sujeito no processo e outro é o objeto sobre o qual há uma intervenção” (MERHY, et al., 2004, p. 107), temos a emancipação do usuário para “viver a sua vida”.

A educação em saúde, orientada por esse pressuposto, pode ser refletida não como estratégia de persuasão ou como meio para uma “aprendizagem sanitária” satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógicas possíveis a um dado grupo e contexto (MEYER, et al., 2006).

A partir dessas reflexões, entende-se que a educação em saúde, como prática social que objetiva a promoção da saúde dos indivíduos, acontece em um processo complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, como, por exemplo, o contexto social, econômico e cultural. Há de se considerar que a transformação que se espera como resultado do processo educativo não pode ficar centralizada na mudança de comportamento dos sujeitos, mas na sua emancipação social frente ao processo saúde/doença/cuidado, na busca de uma superação coletiva.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A definição de metodologia, segundo Minayo (2008), compreende a discussão sobre o “caminho do pensamento” que o objeto da pesquisa exige. A autora aponta que teoria e metodologia devem andar juntas, vinculadas, para assegurar a coerência metódica e sistemática que requer em uma investigação científica, para assim responder à pergunta da investigação.

Com base no exposto, neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico utilizado no estudo para a coleta e análise dos dados.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva. Essa abordagem foi entendida como adequada ao problema de pesquisa, uma vez que a metodologia qualitativa, conforme Minayo (2008), aprofunda-se no mundo dos significados das relações humanas, permitindo explorar uma realidade que não pode ser capturada através de dados quantitativos. Ainda, segundo a mesma autora, é o método que melhor conforma-se com as pesquisas de grupos delimitados, com o intuito de compreender as histórias sociais na visão de seus atores.

O método qualitativo aplica-se ao estudo das relações, representações, crenças e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constroem suas vidas e a si mesmas (MINAYO, 2008). Por essa razão, visualiza-se como método privilegiado para analisar a realidade dos sujeitos e compreender as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida. Entende-se que, neste estudo, isso ocorreu a partir da compreensão sobre a forma que os portadores de HAS organizam suas práticas de saúde/doença/cuidado, a partir da construção de um saber em saúde.

3.2 Trabalho de campo

Neste item serão discutidos os procedimentos metodológicos realizados desde a aprovação do projeto de pesquisa pelas instituições responsáveis, até a realização da coleta de dados propriamente dita, organizada em três subitens: inserção no campo de estudo; seleção dos sujeitos; e coleta e registro dos dados. O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de fevereiro a agosto de 2009.

3.2.1 A inserção no campo de estudo

Entende-se como fundamental para o sucesso de uma pesquisa qualitativa que o trabalho de campo propriamente dito seja precedido por uma exploração do local em que será realizado. Nesse momento, o pesquisador deverá elencar estratégias de inserção no campo, a fim de prever o impacto que sua presença poderá ocasionar aos sujeitos pesquisados. Segundo Minayo (2008), a entrada no campo merece preparação por parte do pesquisador, no sentido de identificar com quem deve estabelecer o primeiro contato, como apresentar-se e como descrever sua proposta de pesquisa.

Frente ao apresentado, após a aprovação das instituições responsáveis (Secretaria de Saúde do Município e Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM), o trabalho de campo foi iniciado pela apresentação da proposta de pesquisa aos profissionais da equipe da USF Urlândia. Nesse encontro foram abordados, principalmente, o objetivo do estudo, o perfil dos sujeitos a serem investigados e a forma de coleta de dados, com o propósito de obter o consentimento dos profissionais e, ainda, de envolvê-los como mediadores para a entrada no campo de estudo. A pesquisa foi prontamente aceita pela equipe que, desde o primeiro momento, mostrou-se receptiva e colaborativa, tanto para a inserção da pesquisadora no campo, quanto para a seleção dos sujeitos.

Em seguida, realizaram-se as apresentações da pesquisadora e da proposta de pesquisa aos usuários, no *Grupo de Hipertensos e Diabéticos* promovido pela equipe da USF, cenário de onde partiria a seleção dos sujeitos da pesquisa.

Cabe destacar que, nessa fase inicial, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) foram os profissionais da equipe que se mostraram mais envolvidos na pesquisa, atuando como mediadores tanto para a seleção dos sujeitos, indicando nomes de usuários como possíveis participantes, quanto para a entrada da pesquisadora na comunidade, efetuando as apresentações entre a pesquisadora e os usuários. Além disso, entende-se que o fato de conhecer previamente a equipe de saúde, bem como a comunidade, representou um fator determinante na aceitação tanto da proposta de pesquisa por parte da equipe, quanto na inserção da pesquisadora no campo.

3.2.2 A seleção dos sujeitos do estudo

As pesquisas fundamentadas nos métodos qualitativos são construídas para fornecerem uma visão de dentro do contexto pesquisado, pela ótica de seus sujeitos. Dessa

forma, caracteriza-se por estudar pequenos grupos de pessoas, selecionados de acordo com critérios previamente estabelecidos conforme os objetivos do estudo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Com base no apresentado, como critérios de inclusão dos sujeitos neste estudo, utilizou-se: pessoas portadoras de HAS isolada (que não apresentassem agravos/danos ocasionados pela hipertensão – cardiopatias – ou outra doença crônica associada), maiores de 18 anos, em acompanhamento com a equipe de saúde da família da USF Urlândia e que concordassem em participar do estudo. Já, como critérios de exclusão, categorizou-se: pessoas menores de 18 anos, que não estivessem em acompanhamento com a equipe, ou que apresentassem diagnóstico de alguma doença crônica associada e/ou evidências clínica de danos ocasionados pela hipertensão.

O fato de excluir sujeitos portadores de outras doenças crônicas e/ou evidência clínica de agravamento do quadro de hipertensão justifica-se por presumir que essas condições representam um diferencial nas escolhas das práticas de vida desses indivíduos, quando comparados aos portadores de HAS isolada. Acredita-se, nessa lógica, que o quadro de sintomas decorrentes de grande parte desses agravos agiria como sinalizador dessa condição, o que iria influenciar consideravelmente nas escolhas dessas pessoas em relação aos seus comportamentos de vida. Dessa forma, sendo a HAS uma doença assintomática na maioria de seus casos, o “fator sintoma” não se faria presente, assim, não ocorrendo a indicação desses sinais como possíveis norteadores nas práticas de vida.

Foram consideradas como “pessoas em acompanhamento com a equipe” aquelas que frequentassem o *Grupo de Hipertensos e Diabéticos* realizado pela referida equipe de saúde, e também que mantivessem um acompanhamento clínico na unidade, através de consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme indicado pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS), ou seja, pelo menos uma ao ano (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a seleção dos sujeitos partiu da observação dos encontros do Grupo de HAS e DM, momento em que foram captados nomes de possíveis sujeitos para o estudo. De posse desses nomes, partiu-se para a confirmação dos critérios de inclusão, conforme discutidos anteriormente, com base nas informações coletadas nos documentos da unidade (prontuário da família⁴ e fichas de acompanhamento aos portadores de HAS do Sistema de

⁴ Refere-se ao prontuário clínico de cada integrante da família cadastrada, utilizado pela equipe para registro das informações.

Informação da Atenção Básica – SIAB⁵ – e fichas B HA⁶). Nesses documentos foram averiguados os critérios clínicos (portador de HAS isolada) e ainda o critério “acompanhamento” junto à equipe (frequência de consultas).

Confirmada a inclusão dos sujeitos na pesquisa, o próximo passo foi o agendamento do primeiro encontro, realizado nos domicílios dos usuários. Esse contato foi efetivado com o auxílio do ACS, que atuou como mediador entre a pesquisadora e a comunidade. Nesse sentido, Víctora; Knauth; Hassen (2000) referem que uma pesquisa sobre a realidade social, em que o pesquisador precisa estar inserido no contexto dos sujeitos, implica o estabelecimento de uma relação social entre os envolvidos. Para tanto, o pesquisador precisa ser aceito pelas pessoas da comunidade em que irá pesquisar, o que demanda um planejamento cuidadoso, principalmente acerca do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, entende-se que os ACSs, por serem os membros da equipe que estão mais próximos da população, atuaram como aliados importantes para o desenvolvimento da pesquisa, principalmente pelo conhecimento que possuíam sobre o contexto sociocultural e sobre os usuários, e, ainda, pela influência que tinham junto aos mesmos.

Nesse primeiro encontro foram explicitados os objetivos e a metodologia da pesquisa, assim como apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Pactuada a participação dos sujeitos no estudo, agendava-se, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, o próximo encontro, no qual seria realizada a coleta de dados propriamente dita.

Em relação ao número de sujeitos que participaram da pesquisa, ele foi determinado com base no critério de saturação dos dados que, segundo Minayo (2008, p.197-198), representa “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”. A autora ainda aponta que “a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões”. Assim, entende-se que o mais importante em uma pesquisa qualitativa é o empenho de visualizar a questão norteadora sob vários ângulos e aspectos, e não o número de sujeitos com que o grupo será composto. O pesquisador deve concentrar-se no aprofundamento e na complexidade do processo de compreensão da realidade investigada.

⁵ O SIAB consiste em um banco de dados (*software*), desenvolvido pelo DATASUS em 1998, com objetivo de padronizar, armazenar e processar as informações relacionadas à estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2003).

⁶ A Ficha para acompanhamento de hipertensos (Ficha B HA) consiste em um instrumento utilizado pela Equipe de Saúde da Família, em especial o Agente Comunitário de Saúde (ACS), e serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos (BRASIL, 2003).

3.2.3 Coleta e registro dos dados

As pesquisas qualitativas caracterizam-se por apresentarem uma diversidade de procedimentos colocados à disposição do pesquisador no momento da seleção dessas técnicas. Além disso, essa abordagem de pesquisa permite o emprego de técnicas conjugadas, o que propicia suprir possíveis lacunas, tornando a coleta de informações mais completa e abrangente (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). No entanto, o pesquisador precisa trabalhar com liberdade e perspicácia para reconhecer as diferentes técnicas como guias, utilizando a sua capacidade criativa para empregá-las ou mesmo para criar suas próprias formas de coleta.

Corroborando com o exposto, a coleta de dados empregada neste estudo articulou diferentes procedimentos, em diferentes momentos do trabalho de campo, com o intuito de ter maior alcance dos fatos. Foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados, a fim de contemplar as informações em níveis e aprofundamento adequados ao objetivo do estudo, com a realização de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), observação e análise documental.

Assim, a coleta de dados ocorreu em três cenários do campo de estudo. O primeiro foram as reuniões do *Grupo de Hipertensos e Diabéticos* da USF, onde, por meio da observação, foram selecionados os possíveis sujeitos da pesquisa. Além disso, com essa observação foi possível compreender a dinâmica das atividades realizadas nesse espaço de educação em saúde. Outro cenário de coleta foi a USF, no sentido de disponibilizar documentos para a confirmação dos critérios de inclusão dos sujeitos e, ainda, traçar um perfil sociodemográfico e epidemiológico da população adscrita à USF, tal como a prevalência da HAS na área. E o terceiro cenário foram os domicílios dos sujeitos, onde se realizaram as entrevistas semiestruturadas e a observação do cotidiano desses usuários e suas famílias.

O fato de a coleta de dados realizar-se no domicílio dos pesquisados justifica-se por ser este um ambiente privilegiado para entender as práticas de vida das pessoas. Nessa lógica, Víctora, Knauth e Hassen (2000) afirmam que, para compreender e explicar o comportamento dos indivíduos, deve-se adotar como referência o contexto social onde ele acontece. O pesquisador deve apreender a totalidade da realidade pesquisada, vista de sua face interna, sob a ótica dos sujeitos que vivem nesse contexto. Para tanto, entende-se como necessário envolver diferentes tipos de dados – registros escritos, discursivos e observacionais, fato que justifica a utilização de diferentes procedimentos de coleta neste estudo.

Nesse contexto, a entrevista foi empregada com o intuito de captar os registros

discursivos dos sujeitos da pesquisa, pois essa técnica representa uma forma privilegiada de comunicação. Constitui-se, segundo Minayo (2008), de uma conversa entre dois ou mais interlocutores, norteada pelo entrevistador, com a finalidade de coletar informações pertinentes ao objeto da pesquisa. Caracteriza-se pela forma como é organizada e conduzida pelo pesquisador, variando no grau de formalidade do diálogo, que é definido de acordo com os objetivos do estudo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Assim, utilizaram-se nesta pesquisa entrevistas semiestruturadas, sistematizadas a partir de um roteiro previamente construído, contendo questões fechadas e abertas, o que possibilitou que o entrevistador assegurasse a possibilidade do entrevistado de falar sobre determinados assuntos, sem se ater às perguntas propriamente ditas. Segundo Gil (2008) e Minayo (2008), esse tipo de entrevista apresenta-se com certo grau de estruturação, organizada em forma de roteiro, o qual representa um guia para orientar o pesquisador na condução da entrevista, construído de forma que assegure a flexibilidade no diálogo e não para limitá-lo, permitindo a emergência de novos temas e questões trazidas pelos sujeitos.

Entende-se que essa técnica permitiu o estabelecimento de uma relação informal, aberta e de confiança, entre pesquisador e os sujeitos desta pesquisa, o que tornou a entrevista um momento privilegiado de interação social, conforme propõe Gil (2008). Já a qualidade dos dados obtidos, segundo VÍCTORA; Knauth; Hassen (2000, p. 55), irá depender em grande parte da forma com que essa interação social será estabelecida. Assim, buscou-se construir uma relação de respeito, empatia e confiança, embasada em pressupostos éticos, desde o primeiro contato com os sujeitos da pesquisa. Nesse entendimento, os encontros constituíram-se de momentos bastante produtivos, no que se refere à qualidade e quantidade de material apreendido. Por essa razão, a maioria das entrevistas foi consolidada em apenas um encontro, com exceção de três participantes, com quem foram necessários dois encontros, e um participante com quem se precisou de três encontros para efetivar a coleta do material necessário ao objetivo do estudo.

Para o registro dos dados levantados durante a entrevista, foi utilizado um gravador digital para armazenar as falas dos envolvidos, em concordância com os sujeitos. E, logo após, elas foram transcritas em conformidade com os discursos, de maneira integral. Cabe destacar que o instrumento de pesquisa foi previamente avaliado por meio de duas entrevistas-piloto, com pessoas com características semelhantes, mas não pertencentes ao grupo. Objetivo desse teste era verificar se existia dificuldade de entendimento nas questões propostas. Como não foi identificada a necessidade de readaptar o roteiro, validou-se a utilização do instrumento.

Em relação à técnica de observação em pesquisas qualitativas, segundo Minayo (2008, p. 280) ela costuma ser empregada como “estratégia complementar ao uso das entrevistas”, nas interações com os sujeitos, em momentos considerados importantes para o estudo. Além de captar informações complementares às falas dos participantes, esse método atua como subsídio para interpretar a realidade social pesquisada, pois observa os fatos na sequência e temporalidade em que estão acontecendo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Corroborando ao exposto, a observação foi empregada com o intuito de ampliar as informações coletadas nas entrevistas, pois permitiu alcançar elementos importantes, que transcenderam os discursos ou registros escritos. Entre esses elementos, destaca-se a apreensão da linguagem não verbal dos entrevistados; as atitudes dos sujeitos e a interação com os membros da família, no ambiente domiciliar e com os integrantes do grupo de HAS e DM, nos encontros observados; o ambiente domiciliar e suas particularidades, o que proporcionou uma aproximação com a realidade sociocultural vivenciada por esses sujeitos. Esses elementos permitiram captar a singularidade de cada sujeito investigado.

Para efetuar o registro das informações coletadas durante a observação, utilizou-se um diário de campo, cujas anotações compreenderam descrições detalhadas de cada visita realizada aos sujeitos, e também dos encontros observados. Ele foi organizado de acordo com a ordem cronológica dos eventos, sendo os dados redigidos ou gravados após o término de cada procedimento. Nesse dispositivo foram anotadas as impressões pessoais sobre os diálogos, sobre os fatos observados, assim como as primeiras interpretações dos eventos observados na coleta de dados.

3.3 Análise dos dados

O processo de análise de dados representa uma etapa bastante complexa na realização da pesquisa qualitativa. Nesse entendimento, retoma-se a importância de adequar o objeto da investigação com os procedimentos tanto de coleta, quanto de análise dos dados.

O tratamento dos dados desse estudo, está embasado na análise temática, proposta por Minayo (2008), a qual possibilita contemplar os dados empíricos, a partir de depoimentos e/ou documentos, em um nível mais profundo, relacionando seus significados com o contexto sociocultural e histórico em que foram construídos. Essa técnica de análise de dados embasa-se na compreensão dos temas que emergem das falas dos sujeitos. O pesquisador concentra-se em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, avaliando se a presença e/ou frequência dos mesmos apresentam algum significado para o objeto analisado. Assim,

para uma análise temática, a manifestação de certos temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que possam estar expressos ou ocultos no discurso (MINAYO, 2008).

Do ponto de vista metodológico, essa técnica está sistematizada em três etapas cronológicas, como discorre Minayo (2008), quais sejam: *Pré-análise; Exploração do Material; e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.*

Na fase de pré-análise foram realizadas as transcrições das entrevistas, o que representou o primeiro contato com o material. A seguir, procedeu-se à *leitura flutuante*, que representou o contato direto e intenso com o conteúdo empírico. O próximo passo foi a organização do material por meio da constituição do *corpus*, o qual proporcionou obter uma visão geral dos dados coletados.

No que se refere à identificação dos participantes do estudo, no intuito de preservar o seu anonimato foi adotada a denominação S (forma abreviada de sujeito) seguida da numeração, de acordo com a ordem em que ocorreram as entrevistas.

A etapa de exploração do material consistiu em um procedimento classificatório no qual foram destacadas as estruturas de relevância, ou seja, elencadas as categorias que emergiram das falas dos sujeitos, sobre o tema em foco. Nesse momento, o texto foi organizado em unidades significativas, construídas por meio de codificações.

É importante salientar que, nas etapas de pré-análise e exploração do material, foi utilizado o *software* Atlas Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions). Ele permite que o pesquisador introduza os dados qualitativos digitados e auxilia no processo de codificação e recodificação. Dessa forma, utilizou-se esse *software* para auxiliar na codificação das entrevistas individuais.

A última etapa, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, constituiu-se da articulação entre o conteúdo empírico e o referencial teórico, a fim de que se obtivesse uma reflexão capaz de superar a simples descrição dos dados e instituir relações que admitissem novas interpretações.

3.4 Considerações bioéticas

No intuito de subsidiar uma condução ética, esta pesquisa amparou-se na legislação vigente do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos – a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996). Primeiramente, o projeto foi submetido à apreciação

da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, com o intuito de oficializar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa, respeitando as normatizações exigidas pelos espaços institucionais onde a pesquisa seria realizada. Uma vez aprovado, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, obtendo parecer favorável à sua execução (ANEXO A).

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação das instituições responsáveis. No primeiro encontro estabelecido com os sujeitos, realizou-se a explicação, de forma clara e em linguagem acessível aos participantes, sobre o objetivo e a forma de coleta de dados. O TCLE foi apresentado, destacando-se o direito de privacidade e anonimato dos participantes, sigilo das informações coletadas e assegurando o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa. Explicitou-se ainda que as informações deste estudo serão de uso exclusivamente científico, para as áreas da Saúde e Enfermagem. Após posicionamento favorável à participação, era aplicado o TCLE, elaborado em duas vias, uma para a pesquisadora e a outra para o participante, oficializando a inclusão do mesmo na pesquisa. Foram resguardadas a confidencialidade de suas identidades, bem como das informações coletadas (APÊNDICE C). Cabe destacar que os dados coletados no diário de campo, assim como os arquivos gravados em mp3 ficarão sob responsabilidade da pesquisadora no prazo de cinco (5) anos, quando serão destruídos, conforme recomendações éticas. Além disso, os pesquisadores possuem um compromisso ético em retornar os resultados do estudo aos participantes, bem como à sociedade envolvida.

4 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO

Neste capítulo, serão caracterizados a comunidade e os sujeitos da pesquisa, quanto aos seus aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais. Os dados foram obtidos por meio da observação de campo, entrevistas e documentos da USF (SIAB, HIPERDIA e prontuário da família).

4.1 Local da pesquisa e caracterização da comunidade

O local escolhido para a realização da pesquisa foi área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) Urlândia, localizada no Bairro Urlândia, região centro-leste do Município de Santa Maria/RS, conforme a Figura 1.

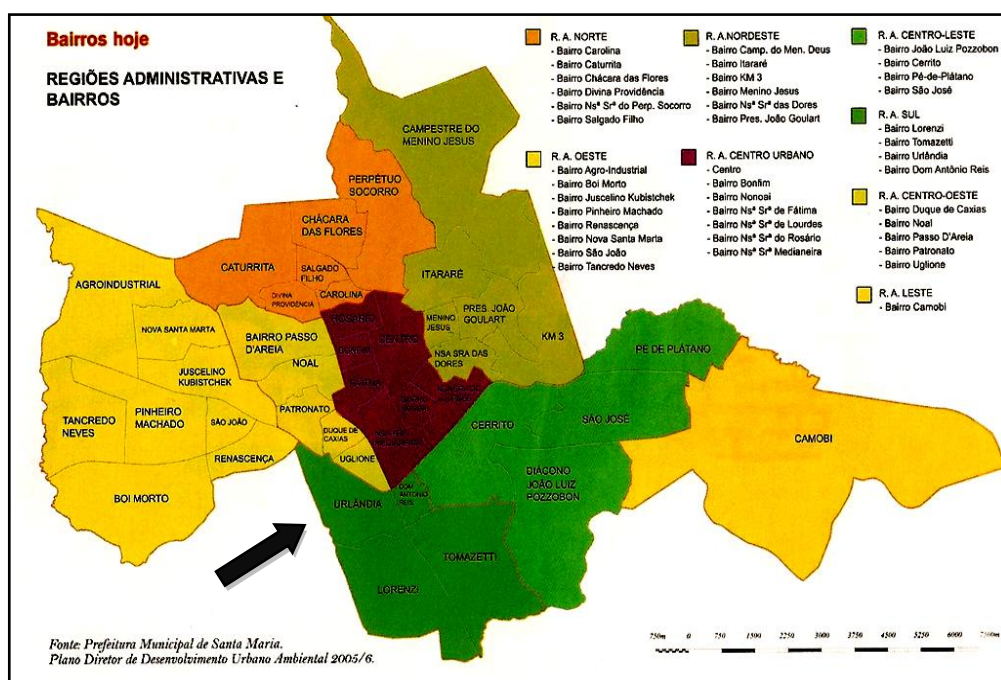


Figura 1 – Mapa das Regiões Administrativas e Bairros de Santa Maria.

Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria/Plano Diretor de desenvolvimento Urbano Ambiental de 2005/06.

Essa escolha justifica-se pelo fato de eu já conhecer a unidade, oportunizado pela experiência como Professora Substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Dessa forma, por meio da supervisão de atividades teórico-práticas de graduação, realizadas nessa localidade, tive a oportunidade de conhecer a equipe de saúde, a população, bem como a realidade da comunidade adscrita. Além disso, tais atividades

proporcionaram-me uma boa relação com esses profissionais e, de certo modo, o estabelecimento de vínculo com muitas pessoas da comunidade.

Dentre as atividades mencionadas anteriormente, destaca-se o acompanhamento domiciliar realizado, com os estudantes, às pessoas portadoras de doenças crônicas que apresentavam suas funções cotidianas prejudicadas pelo agravamento de sua condição clínica. Essa atividade objetivava, além do cuidado, o estabelecimento de vínculo com essas pessoas e suas famílias. Ressalta-se também o acolhimento desenvolvido na referida unidade, como prática privilegiada para conhecer os usuários, assim como representou um momento no qual pude observar um grande número de pessoas com diagnóstico de HAS. Por essa razão, acredito que esse contato prévio com o contexto da comunidade configurou-se como um facilitador para a minha inserção e aceitação nessa comunidade.

De modo geral, caracteriza-se por ser uma área bastante heterogênea, no que se refere às condições socioeconômicas da população. Nesse sentido, a observação de campo possibilitou identificar duas áreas bastante distintas, evidenciadas pelas construções das casas, a pavimentação das ruas, a situação de saneamento básico e demais condições de infraestrutura. Além disso, distinguiu-se ainda em relação às condições de serviços públicos, como coleta de lixo e transporte público. Dessa forma, a área de melhores condições apresenta-se próxima à rodovia e a de piores condições é a mais afastada.

A USF Urlândia encontrava-se estruturada com duas equipes de saúde da família, cada equipe responsável por sua área de abrangência; assim, o território de abrangência estava dividido em duas áreas, e em 11 microáreas. No momento da coleta de dados, a equipe estava composta por duas enfermeiras, um médico, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde (ACSs).

Cabe destacar que o período da coleta caracterizou-se por uma fase de adaptações na rede de saúde do município, decorrente da troca da gestão municipal. Nesse sentido, representou um momento de reestruturações nos serviços de saúde, especialmente as USFs do município. Na comunidade pesquisada, esse período repercutiu principalmente no desligamento de alguns ACSs, resultando em três microáreas sem acompanhamento. Esse fato foi constatado tanto por meio das entrevistas com os sujeitos, como durante a observação dos grupos e em conversas informais com os membros da equipe.

4.1.1 Indicadores sociodemográficos

O SIAB representa um banco de dados utilizado pela equipe de saúde da família, com o objetivo de gerenciar as informações sociodemográficas da população adscrita à área da USF. A partir dos relatórios disponibilizados pelo SIAB, foi possível descrever o perfil socio-sanitário da comunidade pesquisada, assim como visualizar dados referentes à oferta dos serviços de saúde à população.

De acordo com o consolidado das famílias⁷ da área de abrangência da USF Urlândia, relativo ao ano de 2009, a comunidade estava composta por 2.144 famílias, totalizando 7.554 moradores, sendo 3.627 do sexo masculino e 3.927 do sexo feminino. Apresenta-se na Tabela 1 a distribuição das pessoas cadastradas, em relação à faixa etária e ao sexo.

Tabela 1 – Distribuição de pessoas quanto à faixa etária e sexo. UFS Urlândia. Santa Maria (RS), 2009.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL	
	F	M	N	%
0 a 6	320	355	675	8,9
7 a 14	628	623	1251	16,6
15 a 19	290	313	603	8,0
20 a 59	2158	1930	4088	54,1
≥ 60	531	406	937	12,4
TOTAL	3927	3627	7554	100

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Em relação à distribuição etária da comunidade, observava-se um predomínio de pessoas adultas em idade economicamente ativa (dos 20 aos 59 anos), com 4.088 indivíduos, ou seja, 54,1% da população. Em seguida, com total de 1.251, vinham as crianças em idade escolar (7 a 14 anos), representando 16,6% da comunidade. Os idosos (pessoas acima de 60 anos) eram o terceiro grupo etário na comunidade, com 937 pessoas (12,4%). Depois, as crianças em fase pré-escolar (0 a 6 anos), totalizando 675 crianças, e, por fim, os adolescentes entre 15 e 19 anos, com 603 pessoas, representando respectivamente 8,9% e 8% da população.

Segundo relatórios demográficos da OMS, no ano de 2006, 28% da população brasileira encontrava-se na faixa entre 0 e 15 anos, e 9% estavam com idade superior a 60 anos (WOH, 2008). Observa-se que esses dados aproximam-se da comunidade pesquisada,

⁷ O consolidado de famílias refere-se ao relatório gerado automaticamente pelo SIAB, o qual agrupa os dados coletados pelos ACSs durante as visitas domiciliares, apresentando um panorama sociodemográfico das famílias adscritas à área de abrangência da USF. Constitui-se de informações sobre os indivíduos, organizados por faixa etária de acordo com o sexo, as doenças ou condição referida pelos usuários, situação de escolaridade, cobertura de plano de saúde e condições de moradia e saneamento (BRASIL, 2003).

uma vez que 25% dos usuários cadastrados apresentavam idade inferior a 15 anos e 12,4% eram pessoas idosas.

Evidencia-se que a população em estudo encontrava-se em processo de envelhecimento, pois, para Minayo; Coimbra Júnior (2002), uma população pode ser considerada envelhecida ao atingirem os idosos a marca de 7% de sua população total. Somando-se a isso, observa-se que o percentual de crianças e adolescentes (menores de 15 anos) pertencentes à área encontrava-se abaixo do visualizado no contexto brasileiro.

No que se refere à situação de escolaridade da população, observou-se que 96,9% dos moradores maiores de 15 anos eram alfabetizados. É um índice considerado bastante alto, quando comparado ao contexto brasileiro, cujo percentual apontado no Censo de 2000 não ultrapassou 87% de alfabetização, nesse grupo etário (IBGE, 2009).

No consolidado das famílias pôde-se, também, acessar informações sobre as condições de moradia e saneamento da comunidade. Em relação ao tipo de moradia, 63,1% das famílias residiam em casas de tijolos, 28,92% em casas de madeira e 8,03% em moradias construídas de outros materiais, tais como taipa revestida e material aproveitado. Quanto ao abastecimento de água, a maioria das famílias, 98,6%, tinha acesso à rede pública e menos de 2% utilizavam outros meios, como poços ou nascentes. Já, no ambiente domiciliar, a maior parte das famílias, 86,1%, não utilizavam nenhuma forma de tratamento; apenas 12,73% costumavam filtrar a água e menos de 2% realizavam fervura ou cloração. Para o destino do lixo doméstico, 98,41% da população utilizava o serviço público de coleta e menos de 2% costumavam depositar em terrenos a céu aberto, queimar, ou enterravam o lixo. Ainda conforme dados do SIAB, 53,3% das famílias tinham acesso ao sistema de esgoto, 27,8% utilizavam a fossa séptica e 18,9% possuíam esgoto a céu aberto. Esses dados vêm ao encontro de estudos realizados em outras localidades do município, o que suscita que a insuficiência na rede de esgotos representa um problema em nível municipal (BADKE, 2008; FLORES, 2008). Já o acesso a energia elétrica era assegurado a 98,4% das famílias da comunidade.

Quanto às doenças ou condições referidas pelos usuários, a HAS foi observada como agravo de maior prevalência na comunidade, sendo mencionada por 945 indivíduos maiores de 15 anos, totalizando 16,8% da comunidade. Em seguida, vinha o diabetes, citado por 233 indivíduos, totalizando 3,08% da população.

Nesse sentido, com base nos dados disponibilizados pelo sistema de informação HIPERDIA, apresenta-se na Tabela 2 o percentual de prevalência de portadores de HAS, em relação à faixa etária e sexo, dentre os cadastrados na USF Urlândia.

Tabela 2 – Distribuição de portadores de hipertensão por faixa etária, cadastrados no HIPERDIA na USF Urlândia, Santa Maria (RS), 2009.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL	
	F	M	N	%
≤ 30	6	5	11	2
31 a 40	25	9	34	6,1
41 a 50	70	23	93	16,6
51 a 60	80	42	122	21,7
> 60	192	109	301	53,6
TOTAL	373	188	561	100

Fonte: Sistema de informação HIPERDIA

Verifica-se que a prevalência de HAS na comunidade apresentava-se associada com o aumento da idade dos indivíduos. Assim, os idosos representavam o grupo etário com maior prevalência de HAS, concentrando mais da metade dos portadores, na área pesquisada. Entende-se que esse fato vem ao encontro da literatura (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; GUS, et al. 2004; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006), quando indica que a prevalência de HAS aumenta linearmente com a idade, em ambos os sexos.

Nesse aspecto, observa-se que o percentual de prevalência de HAS na população adulta (maiores de 18 anos) da comunidade pesquisada era de aproximadamente 11,2%, índice bastante inferior ao estimado para a população brasileira – 22 a 44% (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; GUS, et al. 2004). Já o percentual de prevalência nos idosos totalizou 32,2%, dado que se aproxima de estudos de base populacional, os quais apontam a prevalência de HAS nesse grupo etário entre 39 e 59%, em diferentes cidades brasileiras (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Ao comparar os relatórios disponibilizados pelo HIPERDIA com os dados do SIAB, observa-se uma inconsistência no número de portadores de HAS registrados em ambos os sistemas de informação. Isso pode ser compreendido pelo fato de que os dados cadastrados no SIAB representam informações referidas pelos usuários no momento do (re)cadastro, realizado pelo ACS, ao passo que os cadastros do HIPERDIA são efetivados mediante diagnóstico confirmado pela equipe.

4.1.2 Acesso aos serviços de saúde

Em relação à oferta dos serviços de saúde, observou-se que a demanda maior da

população centralizava-se nos atendimentos individuais, como consultas médicas, de enfermagem ou de odontologia. Nesse aspecto, segundo dados do SIAB, no período de julho de 2008 a junho de 2009 foram realizadas 7.261 consultas médicas, representando a média de quase uma consulta por indivíduo cadastrado na área (0,96). Desse total, grande parte dos atendimentos (25,5%) destinou-se aos idosos, atingindo a média de duas consultas por sujeito cadastrado, pertencente a esse grupo etário. No mesmo período foram registradas 1.381 consultas de enfermagem. Já, em relação ao tipo de atendimento, a maioria das consultas destinou-se a pessoas portadoras de HAS, totalizando 14,2% dessas ações.

Além de atendimentos individuais, verificou-se uma grande demanda de visitas domiciliares na área pesquisada. Eram realizadas por todos os integrantes da equipe, em dias predeterminados e de acordo com a necessidade dos usuários. No mesmo período, foram realizadas 1.067 visitas; destas, mais da metade (51%) desenvolvidas pelas enfermeiras da USF. Já as visitas de acompanhamento às famílias, realizadas pelas ACSs, totalizaram 6.545 durante o mesmo período.

Outro dado disponibilizado pelo SIAB refere-se às atividades de educação em saúde realizadas pela equipe, as quais totalizaram 92 grupos (grupos de HAS e DM, grupos de mulheres, grupos de gestantes, entre outros), sendo que a maioria concentrou-se nos últimos meses de 2008 (outubro e novembro) e nos primeiros do ano de 2009 (março, abril e maio).

No consolidado das famílias, observou-se ainda que aproximadamente 12% da população era assistida por planos de saúde particulares. Segundo relatos, tais planos são utilizados de forma complementar ao acompanhamento à saúde dos usuários, principalmente para realização de consultas de especialidades médicas e realização de exames clínicos. Dessa forma, os sujeitos visualizam a equipe de saúde da família como responsável pelo acompanhamento à sua saúde e o plano de saúde atuaria como garantia de acesso a outras formas de atendimento.

4.1.3 Acompanhamento frente à HAS

As ações terapêuticas realizadas pela equipe de saúde da família, frente à HAS, foram nomeadas pelos sujeitos desta pesquisa como “acompanhamento ou tratamento da HAS”. Essas ações incluíam a realização de consultas, exames, uso das medicações, participação no grupo e, ainda, as práticas de cuidado, conforme pode ser constatado nas seguintes falas:

[...] agora faz uns dois, três anos, que eu estou acompanhando ali no posto. Que eu comecei a participar do grupo e com o Dr. [consulta médica]. (S 3, 50 anos)

[...] eu comecei a me tratar desde 1974 e me trato até hoje [...] continuo me tratando e me cuidando [...] fazendo exame, sempre consultando, uma, duas vezes por ano e tomando remédio para pressão [...] e no grupo todos esses anos. (S 6, 78 anos)

Segundo relatos e análise de prontuários da família, a maioria dos participantes realizava em média duas consultas médicas e/ou de enfermagem por ano, quando eram solicitados exames laboratoriais. Somando-se a isso, o uso correto e contínuo da medicação e a participação no Grupo de Hipertensos e Diabéticos da USF também foram considerados pelos participantes como ações de acompanhamento à saúde. Já as práticas de cuidado, como parte do tratamento da HAS, foram exemplificadas pelos participantes por meio de adequações das práticas de vida, principalmente na alimentação e exercícios físicos.

Nesse aspecto, entende-se que essas argumentações vêm ao encontro do preconizado pelo MS, na Política Nacional de Atenção Integral à HAS e DM, que regulamenta as ações do SUS frente aos portadores desses agravos. O tratamento indicado no protocolo de HAS do MS está centralizado em “*duas abordagens terapêuticas: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso*” (BRASIL, 2006; p. 23). Os relatos também se aproximam da literatura em relação à periodicidade das consultas e exames, à terapia medicamentosa, assim como às práticas de cuidado, mencionadas pelo MS como MEV.

No entanto, observa-se que as atividades de educação em saúde, visualizadas pelos usuários como forma de acompanhamento, não são claramente recomendadas pelo MS como parte do tratamento aos portadores de HAS. Percebe-se que tais atividades são apresentadas apenas na descrição das atribuições da equipe de saúde da família, ficando sob responsabilidade específica do enfermeiro, como ação complementar para estimular a adesão ao tratamento.

4.1.4 Grupos de educação em saúde

O *Grupo de Hipertensos e Diabéticos* dessa comunidade, segundo os sujeitos da pesquisa, acontecia desde aproximadamente quatro anos, associado pelos mesmos ao período de implementação da ESF na comunidade. Segundo os relatos, sofreu modificações durante o referido tempo, tanto em sua estruturação e metodologia, quanto em relação ao local de funcionamento.

Durante o período da coleta de dados, o grupo era realizado mensalmente, pré-estipulado na última sexta-feira de cada mês. A partir do primeiro encontro deste ano (2009), passou a ser realizado nas dependências da Igreja Assembleia de Deus, pois a USF não apresentava infraestrutura física que permitisse realizar esse tipo de atividade. Anteriormente era realizado em outro local disponibilizado pela comunidade. Quanto à participação da população no grupo, segundo os sujeitos e alguns membros da equipe, houve uma redução significativa, quando comparada ao período inicial do grupo, comprovado pelos depoimentos a seguir:

[...] aquele salão era cheio! [...] depois que terminaram ali, não sei o que aconteceu, tiraram ali do salão e aí arrumaram lá na Igreja, cederam a Igreja para fazer as reuniões. (S 8, 65 anos)

Agora estava modificado! Estava até meio sem lugar para o grupo. Um pouco era aqui, depois já tava lá no salão da Assembleia de Deus, lá em baixo. Eu achei ruim, porque lá é mais longe. [...] Agora faz tempo que não vou. Porque de vez em quando tem, de vez em quando não tem... com essa mudança de política, bah!, modifica tudo! Afeta tudo! E nós ainda estamos sem aquela que visita às casas, a agente de saúde. Agora diz que deste mês em diante normaliza... (S 6, 78 anos)

A reestruturação que a USF estava sofrendo, devido à troca de gestão municipal, foi considerada pela maioria dos sujeitos como principal fator para a redução na participação no grupo, por falta de organização dos encontros e falhas na comunicação com a equipe, conseqüente ao fato de estarem sem o acompanhamento do ACS. Frente a essa argumentação, evidencia-se a importância do ACS como meio de aproximação entre a comunidade e os demais membros da equipe. Além disso, a mudança do local dos encontros foi visualizada pelos usuários como um fator que dificultou a participação, principalmente pela distância em relação às suas residências.

Um elemento observado implicitamente nos relatos, como justificativa para a diminuição da participação no grupo, foi a modificação na estratégia de distribuição das medicações (HAS e DM), a qual anteriormente era realizada durante os encontros, exigindo o comparecimento dos usuários para assegurar o acesso a essas medicações. No período da coleta, a distribuição ocorria na própria USF, mediante cadastramento dos sujeitos no HIPERDIA. Com isso, por não condicionar o acesso às medicações à participação nos encontros, segundo relatos, a maioria dos usuários deixou de participar do grupo. Assim, nas reuniões observadas, a média de participação não ultrapassou o número de oito usuários.

O grupo de HAS e DM estava sob coordenação de uma das enfermeiras da USF, contava com a participação dos ACSs e, por vezes, de acadêmicos de enfermagem da UFSM. Nos encontros observados, além de assuntos sobre HAS e DM, foram discutidos temas de

interesse da comunidade, como a programação das atividades da equipe, dos grupos de educação em saúde e, ainda, notícias relevantes para a comunidade, tais como implementação de grupos de geração de trabalho e renda, aulas de ginástica e dança. Na primeira reunião do ano, foi realizada pela equipe uma investigação sobre temas e atividades de interesse dos usuários, para serem abordados nos encontros subsequentes. As sugestões elencadas pautaram-se em atividades lúdicas, dentre elas jogos de futebol feminino. Esse fato suscita a importância de atividades de lazer que promovam a interação entre os participantes.

Nas reuniões, as discussões sobre a HAS e DM eram realizadas integrando as informações sobre o tema com alguma atividade lúdica, com o objetivo de envolver os participantes nessas atividades. Em um dos encontros acompanhados, essa atividade constituía-se em perguntas sobre os cuidados pertinentes a essas condições, as quais deveriam ser respondidas pelos participantes; caso não soubessem, eram esclarecidas pela a enfermeira ou acadêmicos de enfermagem. Percebi que essa atividade teve uma boa aceitação por parte dos usuários, os quais eram recompensados com pequenos brindes, ao participarem da discussão. No entanto, a participação realmente efetiva foi assumida por poucos usuários, a maioria por receio de responder algo que não estivesse correto.

Além do Grupo de Hipertensão e Diabetes, aconteciam semanalmente, às quartas-feiras, no mesmo local, o *Grupo de Mulheres* e o *Grupo de Gestantes*. Assim, o espaço físico era dividido entre os participantes desses dois grupos, ocorrendo de forma concomitante. Esses grupos também eram supervisionados por uma enfermeira da equipe e contavam com a participação dos ACSs, de acadêmicos de fisioterapia de uma instituição particular e de acadêmicos de enfermagem da UFSM. Nesses espaços eram tratados temas variados de interesse das participantes. Segundo relatos e pela observação de campo, as discussões centralizavam-se em assuntos relacionados à saúde da mulher, atividade física e alimentação.

Já os *Grupos de Geração de Trabalho e Renda*, promovidos pela Aldeia SOS em parceria com a ESF, disponibilizavam cursos profissionalizantes às pessoas da comunidade, com o intuito de promover a inserção das mesmas no mercado de trabalho. Dentre eles, cursos de cabeleireiro, manicure, grupo de percussão e teatro. Além desses, a comunidade contava com atividades como *Grupo de Ginástica*, disponibilizado pela escola, e *Grupo de Artesanato*, organizado por mulheres da comunidade. No período de coleta de dados estava sendo organizado por uma enfermeira da USF, a pedido das participantes dos Grupos de HAS/DM e de mulheres, um *Grupo de Dança do Ventre*. Frente ao apresentado, visualiza-se a integração da ESF e as organizações sociais da comunidade, tais como a Pastoral da Criança, Aldeia SOS e Clube de Mães. Estende-se que essas parcerias fortalecem o vínculo entre os

atores sociais e os profissionais da equipe, assim como são uma forma de exercício da cidadania.

4.1.5 Características das famílias e moradias

Sabe-se que uma das transformações importantes, que auxiliaram a delinear a sociedade contemporânea, foi a migração de grande número de pessoas da área rural para os centros urbanos, principalmente em busca de melhores condições de vida e trabalho. Entende-se que a formação da comunidade da Urlândia acompanhou esse processo, constatado tanto nos relatos dos sujeitos da pesquisa, quanto na observação de seus hábitos, costumes e crenças, fortemente influenciados pela vida rural.

Pode-se apontar esse traço como uma característica dessa comunidade, uma vez que grande parte das pessoas, principalmente os idosos, passaram parte de suas vidas em localidades rurais, situadas próximas ao Município de Santa Maria e região. Percebeu-se a grande influência dessa fase em suas vidas, observada desde os hábitos de vida que conservavam até aquele momento, como na própria linguagem. Exemplificam-se essas influências por suas práticas de vida, como hábitos de sono e repouso, na própria alimentação, nas práticas de lazer, apontadas por muitos como “lidar em suas hortas”, além das crenças e valores, os quais norteavam as suas vidas.

Além disso, percebeu-se, como reflexo dessa transição, a urbanização acelerada na área, o que muitos autores apontam como consequência desse processo, exemplificado nessa comunidade pela construção de mais de uma residência, no mesmo espaço físico. Assim, observava-se mais de uma geração da mesma família morando no mesmo terreno. Esse fato vem ao encontro de outro estudo, realizado em outra comunidade do município (FLORES, 2008), cujas características acerca da composição da comunidade e das famílias são muito semelhantes às encontradas neste estudo.

4.1.6 Hospitalidade/receptividade e acolhimento

Uma característica observada na comunidade pesquisada refere-se a “reunião familiar”, organizada como forma de acolher aqueles que os visitavam. Nesse sentido, durante a realização das visitas domiciliares, as quais foram previamente agendadas, observei que alguns sujeitos mobilizaram os demais familiares para estarem em casa no dia e hora agendados, para me receberem. Percebi, dessa forma, que a entrevista representou um

momento especial em suas vidas, pois, além de convidarem outros familiares, alguns sujeitos organizaram uma refeição especial para esse evento, como uma forma de confraternizar com a minha presença. Observei que esse momento centralizava-se em torno do preparo do “chá caseiro”, geralmente com as plantas cultivadas pelos próprios sujeitos. Assim, representaram momentos bastante gratificantes, pois pude observar algumas práticas desenvolvidas pelos sujeitos, como a própria alimentação, e, ainda, um pouco da dinâmica familiar.

Outra característica acerca da hospitalidade dessas famílias, observada na maioria das visitas, foi a “visitação” aos cômodos do domicílio, o que interpretei como forma de apresentarem-me a realidade em que viviam, como uma aproximação às suas vidas. Destaco, nesse sentido, as visitas aos pátios e hortas, os quais representaram momentos onde constatei a importância das terapias populares no cuidado aos membros dessas famílias. Geralmente era presenteada pelos sujeitos com chás, temperos ou flores, cultivados por eles mesmos.

Na maioria das visitas realizadas houve o momento que denomino “álbuns de família”, onde os sujeitos e seus familiares reuniam-se para apresentar-me fotografias de familiares, como forma de contar um pouco de suas histórias de vida. Esses momentos foram caracterizados por relatos sobre passagens importantes da história familiar e por mostrar familiares e pessoas importantes em suas vidas. Observei, em alguns desses registros, a presença de pessoas da equipe de saúde, assim como registros do próprio Grupo de Hipertensos, o que suscita a importância dos mesmos em suas vidas.

4.1.7 Religiosidade

A religiosidade foi outra característica bastante presente no cotidiano das famílias pesquisadas, assim como da comunidade. Nesse sentido, mesmo não destacando a congregação religiosa da qual faziam parte, observou-se que as práticas religiosas, exemplificadas pelas rezas e orações, participação em rituais religiosos e pela leitura da Bíblia, faziam parte do cotidiano dos sujeitos desta pesquisa. Outros, no entanto, posicionaram-se acerca da congregação da qual fazia parte, havendo um predomínio de católicos e evangélicos. Além disso, uma participante mencionou pertencer à religião Nação⁸, na qual ocupava um cargo de referência entre os seguidores.

Na observação de campo, pôde-se perceber a presença da Igreja Católica, Igreja

⁸ Religião de origem africana, trazida da África pelos negros escravos, cultuada no Brasil desde o século XVI. É também conhecida como Batuque. (Cezimbra, E. **Rituais da Nação Ijexá no Rio Grande do Sul**, 2009. disponível em <http://www.xangosol.com/rituais.htm>)

Assembleia de Deus e da Igreja Evangélica. Verificou-se, nos relatos de alguns sujeitos, que a Igreja Católica representou um papel de grande importância na constituição da comunidade. Além disso, foi nas dependências anexas a essa igreja que foi instalada a USF, e onde ocorreram, até o ano anterior (2008), a maioria das reuniões da equipe e dos grupos de educação em saúde. No entanto, a realização dessas atividades foi transferida para as dependências da Igreja Assembleia de Deus, desde o início deste ano, como discutido anteriormente.

A religiosidade foi interpretada, a partir dos relatos e da observação de campo, como uma estratégia de cuidado utilizado pelos sujeitos. Observou-se que atua como uma forma de enfrentar as adversidades, no sentido de proporcionar fé e paz espiritual aos mesmos. Por essa razão, entende-se estar intrínseca à condição de saúde das pessoas dessa comunidade.

4.1.8 Violência urbana

A violência urbana foi outra característica apontada pelos sujeitos, assim como por alguns membros da equipe, em relação à comunidade pesquisada. Foram apontados problemas em relação à segurança como roubos e agressões, tendo como pano de fundo a venda e consumo de drogas. Assim, as drogas foram visualizadas por esses sujeitos como um grave problema social enfrentado pela comunidade. Nesse aspecto, citaram tanto o consumo “*a olhos nus da gente, a céu aberto*” (S 5, 73 anos), como o tráfico “*Aqui nessa outra esquina, é um ponto de droga, coisa mais triste*” (S 7, 48 anos), apontando com principal droga o *crack*.

Como repercussão dessa violência, segundo os sujeitos desta pesquisa, além do medo e da insegurança que eles vivenciam, isso interfere também em suas práticas de vida. Segundo relatos, a realização de atividade física foi a prática que sofreu maior influência frente a esse problema social, uma vez que deixaram de fazer “a caminhada” regularmente, por medo da violência: “[...] *sozinha eu tenho medo de sair por essas ruas. Porque quantos esses bandido já pegaram, já judiaram...*” (S 6, 78 anos). Outro participante complementa: “[...] *no inverno, já é noite, para andar, é frio e tem assalto... tem que se cuidar!*” (S 7, 48 anos). Visualiza-se que o cuidado considerado, nesse caso, pelos participantes é o ato de não praticar a caminhada, como forma de assegurar sua integridade física.

Assim, segundo Eckert (2002), a violência urbana representa uma herança sociocultural, conseqüente da modernização da sociedade contemporânea. Nesse entendimento, os indivíduos pertencentes a esses segmentos urbanos, encontram-se privados

de suas liberdades pelo medo da violência, a ponto desta ditar algumas escolhas de suas vidas. Visualiza-se que esses sentimentos de medo e insegurança obrigaram os sujeitos desta pesquisa a modificarem seus hábitos, no sentido de escolherem práticas cotidianas que não os deixassem mais expostos aos infortúnios, como uma forma de cuidado e proteção às suas vidas.

4.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Para melhor visualização dos participantes da pesquisa, construiu-se o Quadro 1, apresentando dados sociodemográficos de cada sujeito. Assim, constam respectivamente o código que identifica o sujeito nesta pesquisa, idade/sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, número de pessoas da família que residem no domicílio, renda familiar e informações sobre a “história da HAS” (tempo de diagnóstico de HAS, tempo de acompanhamento e tempo de participação no grupo).

Sujeito	Idade* /Sexo	Est. Civil	Escol	Ocupação	Renda familiar **	Pessoas família	Tempo diag.*	Tempo acom. *	Tempo grupo*
S 1	54/Fem	C	4	Dona de casa costureira	3/NF	3	8 a 10	8	5
S 2	80/Masc	V	2	Aposentado	1/F	1	4 a 5	4 a 5	2 a 3
S 3	50/Fem	C	6	Dona de casa (pensionista)	3/F	2	7 a 8	3 a 4	3
S 4	47/Fem	C	7	Dona de casa	1,5/F	2	7 a 8	7 a 8	3 a 4
S 5	73/Fem	C	4	Dona de casa costureira	1,5/F	2	4	4	3 a 4
S 6	78/Fem	V	4	Dona de casa Aposentada	2/F	2	35	35	30
S 7	48/Fem	C	5	Autônoma	2/NF	3	29	29	3 a 4
S 8	65/Fem	S	3	Aposentada /autônoma	1,5/F	1	7 a 8	7 a 8	3 a 4
S 9	67/Fem	V	5	Dona de casa Aposentada	3/F	4	7	7	3 a 4

QUADRO 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Legenda:

Estado Civil: S – Solteiro, C – Casado, V – Viúvo

Escolaridade: 1- Analfabeto, 2 – Escreve o nome, 3 – Sabe ler e escrever, 4 – Fundamental incompleto (até 4 série), 5 – Fundamental incompleto (a partir da 5ª série), 6 – Fundamental completo, 7 – Ensino médio incompleto.

* categoria em anos

** categoria em salário mínimo nacional; F – Renda Fixa, NF – Renda não fixa.

Fizeram parte desta pesquisa nove participantes, sendo oito do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Isso se deve ao fato de que, nas reuniões do grupo observadas durante a coleta de dados, a participação era predominantemente feminina, sendo que apenas um usuário do sexo masculino compareceu no grupo, no período da pesquisa. Sobre essa situação, Canesqui (2007^b, p. 96-97) afirma que “as mulheres, mais do que os homens, mostram-se receptivas aos serviços de saúde, aos cuidados e observação do seu corpo e relutam menos do que eles para relatar ou falar sobre suas doenças e preocupações”. Entende-se que essa argumentação apresenta-se como uma forma eficaz de explicar a razão do predomínio significativo da população feminina nesta pesquisa, fato observado também em muitos estudos semelhantes.

A idade variou entre os 47 e 80 anos, com predomínio de pessoas com mais de 60 anos. Entende-se que esse fato pode ser justificado pelo percentual de prevalência de HAS na comunidade, uma vez que mais da metade dos hipertensos cadastrados na área pertencem a esse grupo etário, conforme discutido anteriormente.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes (cinco dos nove) era casada, seguida de três indivíduos viúvos e um participante solteiro. No que se refere à escolaridade, a maioria dos sujeitos não concluiu o ensino fundamental, sendo que um estudou até a 5ª série, três estudaram até 4ª série, um completou a 2ª série, um participante sabia ler e escrever, mas nunca frequentou a escola, e outro assinava o nome. Apenas dois participantes completaram o ensino fundamental, sendo que um deles estudou até o 2º ano do ensino médio. Nesse sentido, foi recorrente nos relatos dos sujeitos que apresentavam menor número de anos escolares o fato de não seguirem os estudos por falta de condições socioeconômicas. Assim, apontaram como principal dificuldade o problema de acesso, por residirem em localidades rurais: “o colégio era muito longe e naquele tempo não tinha ônibus. Daí eu ia a cavalo” (S 5, 73 anos). Outro participante complementa: “Bah!, era difícil, viajava a pé pelos campos, no frio, para ir para o colégio” (S 6, 78 anos). Evidenciam-se, pelas falas, os desafios enfrentados no contexto rural, em relação ao acesso escolar, exemplificado pelas grandes distâncias e pelas questões climáticas e, ainda assim, alguns desses sujeitos conseguiram concluir até a 4ª série do ensino fundamental. Cabe destacar que os participantes com maior nível escolar (S 3, 50 anos; S 4, 47 anos) viveram toda a vida em localidades urbanas, não vivenciando tais dificuldades.

Quanto à ocupação/profissão dos sujeitos, a maioria relatou serem aposentados e/ou pensionistas, logo, apresentavam uma renda mensal fixa. Observa-se que as mulheres, mesmo informando estarem aposentadas ou recebendo pensão, intitularam-se também donas de casa,

e uma relatou realizar atividades de prestação de serviço, como cuidado a pessoas doentes. Das pessoas que não possuíam renda fixa, duas participantes mencionaram a ocupação de costureira, associada à atividade de dona de casa, como forma de contribuir na renda familiar. Uma intitulou-se autônoma, citando trabalhos como manicure, venda de semijóias e artesanatos, como crochês confeccionados por ela, e atividades religiosas como Mãe de Santo, as quais auxiliavam nas despesas familiares. Um dado que chama a atenção, ainda em relação às atividades laborais, é o fato de que todos os sujeitos (seis dos nove) que nasceram e cresceram na área rural mudaram de profissão, ao virem para a cidade. Assim, de agricultores, um passou a trabalhar como auxiliar em construção civil, três passaram a trabalhar como costureiras e duas com serviços domésticos, associados às atividades de donas de casa.

Também relativo à ocupação, evidencia-se que o grupo, por coincidir com o horário de trabalho de grande parte dos usuários, acabava sendo acompanhado majoritariamente por aqueles que possuíam maior flexibilidade em relação às suas atividades laborais, sem comprometimento com horários rigorosos, como no caso das donas de casa. Entende-se que esse fato justifica o predomínio de mulheres no grupo de HAS e DM e, conseqüentemente, nesta pesquisa, pois as atividades domésticas permitem que sejam organizadas e gerenciadas pelas usuárias, de modo que não as impeçam de participarem dos encontros.

A renda familiar variou entre um e três salários mínimos nacionais (R\$ 465,00). Em uma análise comparativa entre a renda familiar e o número de pessoas que compunham a família (considerando os membros que moravam no mesmo domicílio), constatou-se que duas famílias apresentaram renda mensal superior a um salário mínimo (em torno de R\$ 650,00) por pessoa, três famílias apresentaram renda mensal de um salário mínimo por integrante e quatro famílias possuíam renda mensal de menos de um salário (em torno de R\$ 300,00) por membro familiar. Com isso, a maioria das famílias vivia com uma renda igual ou superior a um salário mínimo nacional por pessoa da família.

Ainda em relação às condições socioeconômicas dos participantes, destaca-se que todos possuíam casa própria, sendo que a maioria cedeu parte do terreno para os filhos construírem suas casas. Além disso, todos tinham água tratada, luz elétrica, banheiro com fossa séptica e serviço público de coleta de lixo, demonstrando que possuíam condições básicas de vida. Observou-se, em todos os domicílios, geladeira, fogão à gás e televisão, e alguns com forno de micro-ondas, *freezer* e máquina de lavar roupas, o que denota apresentarem boas condições de vida.

No que se refere ao tempo de diagnóstico de HAS, este variou entre quatro e 35 anos, sendo que a maioria era portadora de HAS havia aproximadamente oito anos. Assim, em

análise comparativa entre o tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, relatado pelos participantes, a maior parte apresentou uma aproximação nessa relação, excetuando-se um sujeito que tinha o diagnóstico havia pelo menos sete anos e somente nos últimos quatro acompanhava com a equipe da USF. Já, na comparação entre o tempo de diagnóstico e tempo de participação no grupo de HAS, a relação observada foi de afastamento, ou seja, a maioria participava desse tipo de atividade por bem menos tempo do que o diagnóstico HAS. Nesse aspecto, a maioria dos participantes associava o tempo de participação no grupo com período de implementação da ESF na comunidade, verificado pelo seguinte depoimento: “*desde quando começou o grupo, então desde que começou o PSF, que veio para cá essa equipe*” (S 2, 80 anos). Assim, associaram a implementação do grupo diretamente àquela equipe da USF. Os sujeitos que participavam de grupos anteriormente acompanhavam em outras instituições de saúde, como no caso do S 6, que começou seu acompanhamento previamente à criação do SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Segundo o MS, a Educação em Saúde é inerente a todas as ações desenvolvidas na esfera do SUS. Apresenta como meta promover a apropriação do significado de saúde como direito do povo, como também a promoção da cidadania, contribuindo para a autonomia do indivíduo, na sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença (BRASIL, 2007^b). Para tanto, preconiza-se a comunhão de saberes, práticas, vivências entre diferentes atores sociais envolvidos nesse processo, por meio de ações dialógicas.

Na interface entre esses pressupostos e os interesses deste estudo, emergiram, dos relatos dos sujeitos e da observação de seu cotidiano, unidades temáticas as quais foram divididas em categorias e subcategorias analíticas, conforme se pode visualizar no diagrama a seguir:

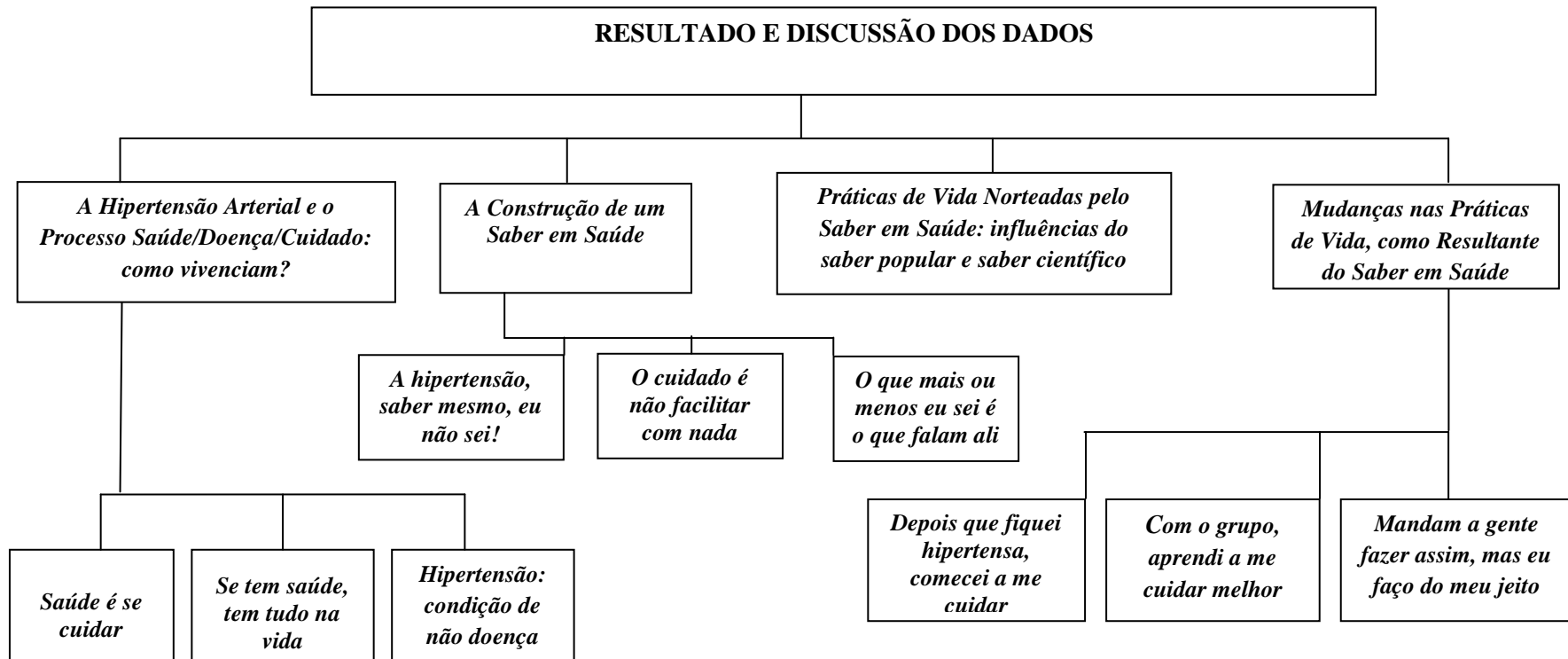


Figura 2 – Categorias e Subcategorias geradas no processo de análise dos dados.

A primeira categoria de análise *A Hipertensão Arterial e o Processo Saúde/Doença/Cuidado: como vivenciam?* está organizada em três subcategorias: *Saúde é se cuidar* e *Se tem saúde, tem tudo na vida* – que discutem sobre as concepções dos sujeitos da pesquisa relativas ao processo saúde/doença/cuidado, e *Hipertensão: uma condição de não doença*, que aborda o significado da HAS na vida desses sujeitos.

Já, a segunda categoria analítica, *Construção de um Saber em Saúde*, está organizada em três subcategorias: *A hipertensão, saber mesmo, eu não sei!* que identifica o que os sujeitos entendem e conhecem sobre esse agravo; *O cuidado é não facilitar com nada*, que aborda especialmente os cuidados verbalizados pelos sujeitos; e *O que mais ou menos eu sei é o que falam ali*, que discorre sobre os meios e as pessoas apontadas pelos sujeitos, como importantes para a construção do saber em saúde.

Na terceira categoria, *Práticas de Vida Norteadas pelo Saber em Saúde: influências do saber popular e saber científico*, são abordadas as práticas de vida relatadas pelos sujeitos e, ainda, as observadas no seu contexto domiciliar. A análise pauta-se na discussão sobre os saberes que influenciaram nas suas decisões.

A quarta e última categoria, *Mudanças nas Práticas de Vida, como Resultantes do Saber em Saúde*, está organizada em três subcategorias: *Depois que fiquei hipertensa, comecei a me cuidar*, que aborda as mudanças nas vidas dos sujeitos após descobrirem-se portadores de HAS; *Com o grupo, aprendi a me cuidar melhor*, que discorre sobre as mudanças elencadas pelos sujeitos, sob influência do saber construído no grupo de Hipertensos e Diabéticos; e, por fim, *Mandam a gente fazer assim, mas eu faço do meu jeito*, que traz uma reflexão sobre a interface entre as mudanças na vida dos entrevistados e o saber em saúde, por eles construído.

5.1 A Hipertensão Arterial e o Processo Saúde/Doença/Cuidado: como vivenciam?

Para melhor compreender a forma com que os participantes da pesquisa vivenciam a hipertensão, como condição crônica em suas vidas, entende-se como necessário, primeiramente, conhecer suas concepções de saúde, falta de saúde e cuidado. Tendo em vista que tais constructos são produzidos socialmente pelos sujeitos, tendo forte ligação com sua cultura, procurou-se desvendar o conhecimento popular acerca do processo saúde/doença/cuidado, valendo-se de suas percepções e experiências individuais e coletivas. É importante ter em mente que esse saber, mesmo sendo construído em uma

realidade sociocultural, apresenta-se heterogêneo entre os indivíduos pertencentes a esse grupo, repleto de interpretações simbólicas, como também de reinterpretções do saber científico. Frente ao apresentado, neste item serão discutidos, nas subcategorias intituladas *Saúde é a gente se cuidar; Se tem saúde, tem tudo na vida e Hipertensão: uma condição de não doença*, as concepções apresentadas pelos sujeitos da pesquisa acerca do processo saúde/doença/cuidado e o significado da HAS na vida dos sujeitos desta pesquisa.

5.1.1 *Saúde é a gente se cuidar*

Ao serem solicitados para relatarem sobre os conceitos de saúde e falta de saúde, alguns participantes apresentaram uma concepção **negativa** de saúde, ao interpretá-la como a mera ausência de doença. Observou-se o predomínio de uma visão **biologicista** sobre o processo saúde/doença, ao considerarem apenas os fatores físicos, ou seja, apenas a visão da saúde do corpo, desconsiderando os demais determinantes envolvidos nesse processo. Nessa perspectiva, associaram o conceito de saúde com a adesão ao tratamento e com o acesso aos serviços de saúde:

Saúde é estar com os exames em dia. Tomar os remédios em dia. Ir ao médico regularmente também [...] as pessoas que, por exemplo, são hipertensas e não tomam o remédio certo, quando dá uma dessas doenças do coração, isquemia, essas coisas, eu acho que um pouco é que não se cuidam. (S 4, 47 anos)

[...] graças ao postinho, quantas pessoas já têm melhorado, como eu estou melhorando. [...] Para melhorar mais a saúde, tinha que ter um especialista, um psiquiatra, que pudesse atender o povo. [...] que pudessem fazer fisioterapia com pacientes em casa. [...] Tudo para não cair em cima de uma cama, amanhã ou depois. [...] Tudo que o povo tem direito, tem que ter! [...] No momento que tiver tudo isso aí, vão ter menos doentes, amanhã ou depois. (S 3, 50 anos)

Os relatos apresentados elucidam uma visão medicalizada sobre o processo saúde/doença/cuidado, ao reduzi-lo como resultado de atos biomédicos e da adesão ao tratamento medicamentoso. Nesse sentido, a saúde foi visualizada como um desfecho de ações de prevenção e reabilitação, logo, numa perspectiva negativa: a saúde como ausência de doenças. Ficou evidente, nessas falas, a importância e a responsabilização frente à condição de saúde, que parte da população deposita nessas ações, desconsiderando os demais determinantes socioambientais envolvidos nesse processo. Percebe-se que o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento, mencionados pelos sujeitos como “cuidar-se”, foram apontados como fatores determinantes para assegurar a saúde. A preocupação é que essa visão seja absoluta, no sentido de que, para esses sujeitos, o acesso aos serviços

de saúde seja suficiente e/ou superior aos múltiplos fatores envolvidos no processo saúde/doença (WENDHAUSEN; REBELLO, 2004).

A compreensão de acesso foi apresentada por esses sujeitos como garantia de atendimento e tratamento adequados e de qualidade, de forma equânime para toda a população. Entende-se que essa argumentação vem ao encontro de uma visão de saúde menos reducionista, pois elucida uma concepção de “saúde como direito da todos”, o que se aproxima do preconizado pela legislação vigente (BRASIL, 1990). No entanto, ao esperar como produto final apenas a ausência e/ou melhora de doenças, reitera a visão negativa e medicalizada sobre o processo saúde/doença/cuidado.

Somando-se a isso, evidenciou-se nas falas a responsabilização imputada ao indivíduo pela sua condição de saúde, pois interpretaram a saúde como um resultado de “querer ou não se cuidar”. Entende-se que a concepção de cuidado, nessa perspectiva, reduz-se às práticas de vida das pessoas, como fruto de escolhas individuais e descontextualizadas. Com isso, apresentaram um posicionamento de culpabilização ao indivíduo, pela sua condição de saúde e/ou doença. A esse respeito, Wendhausen; Rebello (2004, p. 247) afirmam que a concepção de saúde veiculada nos meios de comunicação, e mesmo nos serviços de saúde, à qual a população tem acesso, “é aquela que impõem aos indivíduos a responsabilidade pela manutenção da mesma”. Essa argumentação pode servir de justificativa para o posicionamento desses sujeitos.

O fator emocional foi associado ao processo saúde/doença/cuidado, principalmente, para contextualizar o adoecimento. Alguns participantes mencionaram o fator emocional como determinante para a causalidade das doenças, ou mesmo para a piora da condição de saúde física, evidenciado nas falas a seguir:

Tinha uma colega, que deu isquemia, deu infarto, tudo junto! Por causa de muita incomodação que ela tinha com a filha dela. Era muito nervosa! (S 4, 47 anos)

Porque tem pessoa que bota muita coisa errada na cabeça. Começa a pensar naquilo: “Ah, eu tenho isso, ah eu tenho aquilo.” [...] E a gente, quando aparece alguma coisa, agente tem que pensar: Ah, eu não tenho nada e vou seguir em frente! E aquilo desaparece, parece do corpo da gente! (S 8, 65 anos)

Entende-se que a concepção do processo saúde/doença/cuidado desses sujeitos está embasada na visão biologicista, uma vez que conceituam a doença, ou a piora da condição de saúde, como uma resposta física aos problemas emocionais dos indivíduos. Ao mesmo tempo, observam-se posicionamentos na relação inversa, pois, ao alimentar pensamentos

positivos, o indivíduo estaria contribuindo para a manutenção da sua saúde. Percebe-se que o conceito de cuidado, nessa lógica, estaria associado à prática de cultivar bons pensamentos, no sentido de melhorar a saúde física.

Vários estudos na área da saúde comprovam a associação entre os fatores emocionais e o desenvolvimento de doenças (MARCELINO; CARVALHO, 2005; GIANNOTTI, 2005; TEIXEIRA, et al., 2006; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Para Teixeira et al. (2006), as fortes emoções, como situações de tensão, desencadeiam inúmeras reações somáticas no organismo humano, como, por exemplo, alterações cardiovasculares, trazendo repercussões biofísicas para os sujeitos. Nos casos de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, estudos afirmam que os fatores emocionais podem atuar tanto na etiologia da doença, no seu agravamento, como também no seu controle e, conseqüentemente, na prevenção de complicações (MARCELINO; CARVALHO, 2005; TEIXEIRA, et al., 2006).

Um aspecto bastante observado nos relatos dos participantes desta pesquisa, sobre o processo saúde/doença/cuidado, foi a relação deste com o trabalho. Verificou-se, nos relatos, uma variação acerca da influência que o trabalho teria nesse processo. No entanto, predominou, nas argumentações, a associação com as funções laborais que envolviam principalmente as atividades físicas, reiterando uma visão biologicista desse processo. As falas selecionadas expõem essa reflexão:

Eu sempre trabalhei. Eu costurava muito [...] trabalhei muito para fora. Nós éramos plantadores. Eu fui muito do serviço! Por isso que hoje eu não posso nem plantar um pé de folhagem [...] e já não costuro mais, por causa da coluna. Horrível da coluna! (S 6, 78 anos)

[...] acho que não devia nunca ter parado de trabalhar em obra, porque dali que começou a complicar! [...] que eu podia seguir trabalhando, porque eu me aposentei foi por idade, não foi por deficiente de nada. Então, nunca me faltou vontade de trabalhar! Eu sempre estou lutando com uma coisa e outra! E não pode é parar mesmo! (S 2, 80 anos)

O trabalho foi apontado por alguns participantes como agente causador de doenças, principalmente pela exigência de esforços físicos para o desempenho das funções. Logo, a doença seria uma repercussão física relacionada ao excesso de trabalho. Esse achado vem ao encontro do estudo realizado por Vieira (2004), quando relata que, em sua pesquisa, a instalação de doenças, principalmente a hipertensão, foi frequentemente associada às atividades laborais, quando essas atividades eram consideradas “pesadas”.

Já, para alguns informantes, o trabalho agiria como fator de proteção à saúde, o que pode ser interpretado pelo fato de manter-se e sentir-se ativo fisicamente e em movimento, logo, conferindo saúde às pessoas. Nesse aspecto, Denardin Budó; Gonzales; Beck, (2003, p.45) referem que “o trabalho é um valor fundamental” para os sujeitos, pois o avaliam como “uma fonte de renovação e saúde” em suas vidas. Além disso, em sua pesquisa, as mesmas autoras mencionam que, para os sujeitos investigados, “trabalha-se para ter saúde, mas também fica-se doente de trabalhar” (DENARDIN BUDÓ; GONZALES; BECK, 2003, p. 46), fato que vem ao encontro dos achados do presente estudo.

Observou-se também a argumentação sobre a capacidade para trabalhar representando uma evidência da condição de saúde, pois uma pessoa que apresenta disposição e energia para executar as atividades laborais não poderia ser ou estar doente. Nesse aspecto, essa argumentação se aproxima dos achados de outra pesquisa, realizada por Budó, et al. (2007), cujos sujeitos definiram-se como saudáveis, pela capacidade de exercerem determinadas atividades, como cuidar da casa e trabalhar.

5.1.2 *Se tem saúde, tem tudo na vida*

Em concepções divergentes às citadas no item anterior, alguns participantes apresentaram uma concepção **positiva** e bastante **ampla** sobre o processo saúde/doença/cuidado. Predominou, nas argumentações, a concepção de saúde associada a sentimentos positivos, como “sentir-se bem”, tais como nos relatos a seguir:

[...] se eu não tenho saúde, eu não tenho nada! [...] Então, com bastante felicidade e com saúde, é tudo na vida! (S 2, 80 anos)

Ter saúde é a gente viver bem, se sentir bem! É uma pessoa alegre, é uma pessoa que tem vontade até de se comunicar com os outros. [...] A pessoa que tem saúde, ela tem ânimo, disposição! [...] e a pessoa que está doente, está até amargurada, frustrada, não tem vontade de nada, nem de conversa com as pessoas. (S 9, 68 anos)

[...] ter disposição, para conversar, passear, trabalhar, para tudo! Aí tu tens saúde! [...] A pessoa tendo saúde, vai para frente em todos os sentidos da vida! [...] e se não tem saúde a pessoa não tem equilíbrio, não consegue ir para frente! (S 7, 48 anos)

A saúde foi percebida por grande parte dos sujeitos desta pesquisa como algo primordial, essencial à vida do ser humano. Além disso, complementaram com a visão de saúde como totalidade e plenitude na vida das pessoas, pois, ao alcançá-la, o indivíduo não

precisaria de mais nada. Nessa perspectiva, a saúde se apresenta como um “instrumento necessário para que os demais aspectos da vida possam acontecer” (WENDHAUSEN; REBELLO, 2004, p.248).

Os mesmos participantes destacaram como relevantes os fatores emocionais, no sentido de nutrir bons sentimentos – otimismo, alegria e felicidade, como condicionantes à saúde plena. Assim, apontaram como estratégia importante focalizar os pensamentos em aspectos positivos da vida, o que se entende por representar uma forma de cuidado à saúde.

Essas explanações suscitam uma compreensão de saúde numa perspectiva de integralidade, baseadas em percepções subjetivas e ampliadas, desvinculadas da visão de doença e de faltas. Sugerem uma representação de saúde como algo positivo, baseado em sensações de bem-estar, que inclui sentimentos como felicidade, esperança e alegria (ACIOLI, 2006).

De maneira oposta, a falta de saúde (ou doença) foi percebida pelos participantes como “falta de ânimo”, ou seja, como um fator limitante na vida das pessoas. Nesse sentido, a doença foi associada a sentimentos negativos, cuja repercussão estaria tanto no âmbito individual, como nas relações com as outras pessoas. Esses achados vêm ao encontro do estudo realizado por Acioli (2006, p. 24), quando afirma que “a representação de doença para esse grupo é semelhante à representação de saúde baseada nos sentimentos e emoções”. Isso representa dizer que esses constructos apresentam semelhanças na forma como são percebidos e explicados pelos sujeitos, mas com repercussões opostas em suas vidas. Assim, se ter saúde é estar bem e alegre, em contrapartida a doença estaria relacionada a sentimentos como mágoa e tristeza.

Outro aspecto observado, na fala dos sujeitos da presente pesquisa, foi a relação entre a concepção de saúde e a disposição de vida, no sentido de assumir um posicionamento de estímulo frente à realização de atividades, como o trabalho, lazer e o próprio gosto de se relacionar com as pessoas. Assim, a saúde representaria um elemento propulsor em todos os aspectos da vida dos sujeitos. Nesse entendimento, Acioli (2006) menciona que a saúde estaria vinculada à concepção de movimento, associada à possibilidade de desenvolvimento de práticas cotidianas, permeada pela sensação de bem-estar. Segundo a autora, nessa concepção de saúde estaria articulada tanto a percepção de possibilidade física para dar conta de tais atividades, quanto a disposição dos sujeitos para fazê-las.

Ainda numa perspectiva ampla sobre o processo saúde/doença/cuidado, outros participantes conceituaram a saúde como equilíbrio entre fatores objetivos e subjetivos. Essa reflexão pode ser representada pelo depoimento a seguir:

[...] a vida da gente é a coisa mais importante para própria vida da gente! Tu estando bem espiritualmente, em paz com a tua família, de bem com a tua vida. [...] Não adianta tu ter emprego e não ter saúde. Não adianta também tu ter dinheiro no bolso e não ter paz, sossego. [...] Tem que ter autoestima! Tem que se gostar! [...] Então, uma coisa traz a outra. A gente precisa de tudo! (S 7, 48 anos)

O relato analisado elucida uma concepção de saúde como equilíbrio entre fatores objetivos, como emprego, renda, condições de vida, de forma articulada com os subjetivos, como sentimentos de paz e sossego, numa relação de condicionalidade: “*uma coisa traz a outra*”. Nesse sentido, entende-se que a visão de saúde desses sujeitos aproxima-se da concepção proposta pela Promoção da Saúde, a qual pauta-se numa perspectiva positiva e ampliada, envolvendo recursos pessoais, sociais e capacidades físicas que vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (BRASIL, 2002).

Além disso, percebeu-se que predominou, nos relatos desses sujeitos, uma percepção subjetiva de saúde, centrada na concepção de bem-estar e viver bem. Para tanto, sinalizaram, com estratégias de saúde, priorizar a própria vida, sustentando sentimentos como paz espiritual, harmonia, autonomia, autoestima e amor próprio. Corroborando com essa reflexão, em um estudo realizado por Wendhausen; Rodrigues (2006, p. 168), a saúde foi apontada pelos participantes, numa visão subjetiva, representada pelo bem-estar como um sentido de um “estado de harmonia consigo”, o qual se articula, ainda, com sentimentos de paz espiritual e autoestima. Em outro estudo (FAVORETO; CABRAL, 2009, p.13), os sujeitos entrevistados apresentaram narrativas bastante amplas sobre a concepção de saúde, integrando “elementos da subjetividade e da organização social e cultural à adoção comportamentos mais saudáveis”. Agruparam elementos como “bem-estar, autoestima, lazer, atividades físicas, bom-humor, ao processo saúde/doença/cuidado”.

A fé foi um elemento bastante presente na fala dos sujeitos desta pesquisa, interligada ao processo saúde/doença/cuidado. Assim, foi apontada como componente determinante à saúde dos indivíduos, articulada a sentimentos como paz de espírito, harmonia e amparo. Os discursos a seguir exemplificam essa reflexão:

Eu tenho muita fé em Deus! Tenho Deus comigo em todas as horas de pensamento na minha vida! [...] acho que [a fé] ajuda muito a viver! [...] é uma saúde para gente! Eu acho que é agradecer a Deus a saúde que eu tenho! (S 6, 78 anos)

Religião traz fé, saúde e paz espiritual [...] Então, em nome da minha fé, se não fosse a religião, talvez eu não estivesse mais aqui! Para minha saúde foi muito importante! [...] Eu acho que, independente de religião, qualquer ser humano tem que ter uma fé! Para ter a paz espiritual que precisa! (S 7, 48 anos)

Assim como a saúde, a fé foi relatada, nesta pesquisa, como um elemento fundamental na vida do ser humano. Foi percebida pelos sujeitos como uma forma de cuidado à saúde, por proporcionar forças às pessoas para enfrentarem as adversidades de suas vidas. Além disso, foi relatada como fonte de equilíbrio, harmonia e paz espiritual, entendidos por eles como essenciais ao alcance da saúde plena. Nessa reflexão, entende-se que a fé oferece aos sujeitos sentimentos de amparo e proteção, proporcionados pela percepção da “Presença Divina” como um apoio incondicional às suas vidas. Assim, a fé em Deus, na Sua vontade e proteção, foi mencionada pelos sujeitos como condição significativa para a determinação de sua saúde.

Outros estudos se aproximam dos achados desta pesquisa, quando afirmam que a fé e a religião ocupam um importante espaço para as pessoas, auxiliando-as a encontrarem significado e a coerência em suas vidas. Além disso, representam um importante estímulo para o sujeito, incidindo diretamente na sua saúde, pois ele se reconhece mais bem preparado e forte para lutar contra os infortúnios (BARBOSA, et al., 2004; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Além disso, as práticas e rituais religiosos foram relatados pelos participantes como os meios que possibilitam a renovação de sua fé. Por essa razão, entende-se que as práticas religiosas, assim como a fé, sofrem forte influência dos aspectos culturais e do contexto familiar em que as pessoas estão inseridas. Sobre esse aspecto, Iserhard, et al. (2009) referem que a espiritualidade pode ser avaliada como algo inerente ao ser humano, atrelado às práticas culturais para a saúde.

5.1.3 Hipertensão: uma condição de não doença

Para compreender o **significado** da HAS na vida dos sujeitos (*illness*), deve-se investigar suas concepções e experiências sobre essa enfermidade, que traduzam a representação atribuída a essa doença pelos portadores, considerando-os parte de um

determinado grupo sociocultural. Nesse sentido, partindo do entendimento que faziam sobre o processo saúde/doença/cuidado, foi solicitado que os participantes fizessem uma reflexão sobre o significado da HAS em suas vidas. Frente a essa proposta, foi unânime, nos relatos dos participantes desta pesquisa, a concepção de que a hipertensão não se configura uma condição de doença. Essa argumentação pode ser exemplificada pelos seguintes depoimentos:

[...] me deu uma tontura que escureceu as vistas! Era pressão alta. [...] daí começou a confusão. Comecei a ir no posto, comecei a me tratar. Então, depois que comecei a tomar o remédio, fico tudo certinho. Não tem mais problemas! E não [pode] facilitar, por exemplo, comer gordura, como eu faço sempre. É por isso, que eu estou sempre, sempre para frente! (S 2, 80 anos)

Eu comecei com um ardume aqui assim [região torácica]. E fui consultar. E aí já complicou a pressão, e aí já comecei e fiquei me tratando, me cuidando. Minha pressão é normal agora. Tomo os remédios, bem certinho. [...] Mas, no mais, não sou doente, tirando a coluna que eu sofro, eu tenho muita saúde, graças a Deus! (S 6, 78 anos)

Entende-se que a hipertensão, mesmo apresentando-se como uma condição crônica, não representou para os participantes desta pesquisa uma doença. Observa-se que, pelo fato de não apresentar sintomas físicos, não restringe nenhuma atividade, logo, a HAS não foi considerada uma condição de falta de saúde.

Entende-se que, para o grupo investigado, pelo fato de a HAS não apresentar sinal de sofrimento e/ou incapacidade, eles não se consideravam como pessoas doentes. Pelo contrário, avaliam-se como pessoas saudáveis, principalmente pela estabilidade de seus níveis pressóricos, garantida pela adesão ao tratamento, tanto pelo uso da medicação de forma contínua e correta, quanto pela execução dos demais cuidados: “*me tratando e me cuidando*”. A esse respeito, Kleinman (1988) afirma que o primeiro tipo de significado de doença (*illness*) é o sintoma atribuído àquela determinada enfermidade, como se representasse um sinal convencional de incapacidade ou angústia decorrente e esperado da condição de “doente”. Justificando a visão da HAS como condição de não doença, os entrevistados destacam outros agravos, como no exemplo do problema de coluna, por apresentarem sinais de sofrimento e limitação, representando elementos que ameaçam sua posição de pessoas saudáveis.

Corroborando a percepção da HAS como condição de não doença na vida de seus portadores, alguns participantes associaram esse posicionamento com o longo período de tempo em que vivenciam essa condição crônica, como pode ser constatado na fala a seguir:

Desde a primeira gravidez, há 29 anos, que eu fiquei sabendo que eu era hipertensa. [...] E, de lá para cá, sempre tomando remédio. [...] exames, faz tempo que não faço. Eu sou muito relaxada nessa parte assim, sou mesmo! Ah, relaxamento mesmo. Não tem outra coisa para dizer. Eu tomo os meus remédios. Mais assim, fazendo tratamento e vai indo, como Deus quer! E a minha pressão é meio alta mesmo. [...] E eu nem me preocupo com isso! Eu sou acostumada! Já aprendi a conviver com ela, entende? (S 7, 48 anos)

O fato de a HAS acompanhar durante longo período a vida desses sujeitos, sem apresentar repercussões em seu estado de saúde ou doença, configura-se numa situação que os liberta de maiores cuidados e/ou preocupações, justificado pelo fato de terem “*aprendido a conviver com ela*”.

Corroborando essa argumentação, Canesqui (2007^a, p.20), apoiada nas palavras de Conrad, afirma que as doenças crônicas exigem que seus portadores aprendam a viver “*com e apesar da doença*”, uma vez que ela os acompanha a todos os lugares, durante um longo período.

Dessa forma, com o passar do tempo, o convívio com a hipertensão vai sendo incorporado ao cotidiano dos portadores, principalmente quando ainda não ocorreram eventos ou impedimentos graves (VIEIRA, 2004). Visualiza-se que o curso da doença (*illness*) está tão próximo à história de vida de seus portadores, que fica inseparável relatarem uma, sem mencionarem a outra. Além disso, a ausência de sintomas físicos que denotem a “*presença*” da HAS na vida desses sujeitos acaba sendo um fator que contribuiu para esse convívio, pois não representa uma condição que exija maiores preocupações.

Outros participantes, ao refletirem sobre a condição de portadores de HAS, apontaram diretamente as causas que acreditavam terem sido responsáveis para o desenvolvimento da hipertensão nas suas vidas. Assim, destacaram principalmente, as práticas de vida e, ainda, a relação com os outros, como fatores que influenciam no processo de adoecimento, tal como observado nos relatos abaixo:

Eu fiquei hipertensa, eu vou te explica o porquê: eu fumei 36 anos na minha vida e bebia... [...] E eu fiquei hipertensa por causa da bebida e do cigarro. E eu boto a culpa nisso sim! (S 3, 50 anos)

Eu já passei por muita complicação, que o pai do meu guri bebia e brigava com todo mundo. Eu acho que, de tanto nervosismo, foi, foi que eu fiquei hipertensa. (S 4, 47 anos)

Observa-se nessas argumentações a influência do cotidiano dos sujeitos na causalidade da doença crônica, tanto em relação aos fatores individuais, como aos externos. Nesse sentido, confirmam a premissa de que o processo de adoecimento é

construído socialmente, de forma que os elementos predisponentes, os individuais assim como os elementos externos, exemplificados nessa situação, respectivamente, como a decisão de fumar e a relações interpessoais, oscilam em relação à sua influência nesse processo (CANESQUI 2007^a).

A visão das práticas de vida como determinantes individuais para o processo de adoecimento elucida um posicionamento de culpabilização dos participantes, ao responsabilizarem-se pelo desenvolvimento da HAS, atribuído às escolhas “não saudáveis”. Admite-se que o significado da HAS (*illness*), para esses sujeitos, está fortemente influenciado pela construção coletiva dessa condição (*sickness*), uma vez que é o próprio contexto sociocultural que os rotula como responsáveis por sua doença, devido às suas escolhas não saudáveis de vida.

Já os elementos externos, exemplificados nas falas por conflitos de relação entre os membros da família, foram associados por alguns participantes como predisponentes para o desenvolvimento da hipertensão. Nesse aspecto, Vieira (2004) aponta que o desenvolvimento da HAS é também percebido pelos sujeitos como uma repercussão de sofrimentos e infortúnios vivenciados ao longo da suas vidas, que não tiveram como evitar. Ainda nessa lógica, Canesqui (2007^b) apresenta um estudo desenvolvido por Freund, o qual aborda as emoções como constructos socioculturais que devem ser considerados na experiência do adoecimento, de modo que representam campos comunicativos que unem o indivíduo aos espaços macro e microssocial.

Entende-se que os eventos externos, representados, nesse caso, pelos conflitos familiares, atuam como desencadeantes de fatores internos, mencionados pelas emoções decorrentes desses conflitos, como explicação para que se instalasse a hipertensão, na perspectiva dos sujeitos desta pesquisa.

Outro significado da HAS observado no relato de alguns participantes refere-se à necessidade de um tratamento contínuo. Assim, após o diagnóstico de portadores de hipertensão, passou a fazer parte do cotidiano desses sujeitos um plano de cuidados, que inclui o uso diário de medicações e adaptações nas suas práticas de vida. Esse fato pode ser evidenciado na fala a seguir:

Comecei a controlar [a pressão], com remédio. Porque tomar remédio ninguém gosta. Mas tenho que tomar! E só agora que eu vim tomar. Eu nunca fui doente! [...] Eu tenho saúde! Basta eu querer me cuidar e controlar isso! Fazendo na alimentação e fazendo caminhada, que isso é bom! Então eu acho que sou uma pessoa sadia. (S 9, 68 anos)

Evidencia-se que a carga atribuída ao significado da HAS (*illness*), como uma doença crônica na vida desses sujeitos, é minimizada pelo cumprimento do plano de cuidados necessários. Assim, mesmo gerando certo desconforto, o uso diário das medicações, assim como demais cuidados pertinentes à HAS diminuem a representatividade desse agravo, cuja característica mais preocupante, para esses sujeitos, é sua incapacidade de cura.

Nesse aspecto, Canesqui (2007^a, p. 27) refere que a maioria das doenças crônicas demanda a “reaprendizagem corporal, envolvendo a proteção do corpo, a adoção de medidas preventivas, a submissão às tecnologias, bem como a adoção de regimes médicos. Isso tudo pode ter repercussão na própria identidade da pessoa”.

Assim, entende-se que o significado da HAS (*illness*) está intimamente associado com a percepção do portador sobre sua identidade de pessoa doente ou saudável. Mesmo não se considerando doente, fato que o isentaria do uso de medicações, essa prática faz-se necessária para o controle eficaz da pressão. Além de afastar-lhe o rótulo de pessoa doente, essa ação permite que se considere saudável.

5.2 Construção do saber em saúde

As concepções e significados da doença crônica (*illness*), para os seus portadores, são construídas individualmente, sob influência das experiências vividas pelos mesmos. Além disso, a construção coletiva (*sickness*) condiciona a experiência pessoal da doença, principalmente pelos determinantes socioculturais que caracterizam esse contexto. Nesse sentido, além de compreender o significado da HAS para os sujeitos desta pesquisa, é relevante identificar o que eles entendem e conhecem sobre essa condição, para, assim, compreender qual a repercussão desse conhecimento para a forma com que vivenciam a condição de portadores de HAS. Nesse sentido, nesta categoria serão primeiramente discutidas, nas subcategorias intituladas *A hipertensão, saber mesmo, eu não sei!* e *O cuidado é não facilitar com nada*, o que os sujeitos sabem sobre a HAS e outras informações pertinentes ao tema (definição, causas e cuidados à HAS). Após, serão discutidos, na subcategoria *O que mais ou menos eu sei é o que falam ali*, os meios e pessoas identificados pelos participantes como importantes para a construção desse saber.

5.2.1 A hipertensão, saber mesmo, eu não sei!

Ao serem solicitados para relatarem o que entendiam sobre a HAS, a maioria dos participantes relatou não terem sido orientados ou terem esquecido tal explicação: “*Elas explicaram, só que eu esqueci*” (S 3). Além disso, observou-se um primeiro estranhamento frente à terminologia “hipertensão” em alguns dos sujeitos da pesquisa, conforme trouxeram as seguintes falas:

[...] especificamente, não explicaram, do que vem ela [hipertensão] mesmo. Uns dizem que é dos nervos, outros dizem que até hoje não descobriram porque que existe a hipertensão, e assim vai... Saber, saber mesmo, eu não sei! (S 7, 48 anos)

Olha, sobre isso aí eles falaram que a pessoa tem de se tratar. [...] Porque ela entra em depressão. Que a pessoa fica doente! Procurar uma pessoa para cuidar dela, tratar dela e tirar ela daquela pressão [hipertensão]. [...] Ah, a pressão alta? Ela dá problemas. Tudo vem da pressão muito alta. (S 8, 65 anos)

Observa-se que esse questionamento foi um dos que gerou maior insegurança nos participantes desta pesquisa. Entende-se que esse fato está associado à dificuldade, apresentada por alguns sujeitos, de reconhecer, em um primeiro momento, a terminologia “hipertensão”. Nesse sentido, observou-se que alguns deles utilizavam o termo “pressão alta”, para designar esse agravo.

Percebeu-se que as imprecisões com a terminologia para designar esse agravo podem ser entendidos pelo fato de que esses usuários são orientados, desde o momento do diagnóstico, que a medicação deve ser utilizada para controlar a pressão, logo, sua doença é a “pressão alta”. Essa interpretação ficou evidenciada, pois grande parte dos entrevistados nunca se reportou a essa condição como “hipertensão” e sim justificaram que “se tratavam para a pressão alta”. Nesse entendimento, para alguns sujeitos, o termo correto a ser utilizado para essa doença crônica é “pressão alta”.

Essa situação se assemelha aos achados de um estudo desenvolvido por Peres; Magna; Viana (2003), o qual refere que, na amostra composta por 32 sujeitos, acompanhados por uma equipe de saúde, 38% não souberam definir a hipertensão e 41% desses indivíduos associaram a definição de HAS à pressão alta, afirmando serem termos sinônimos. Ainda nesse aspecto, Canesqui (2007^b, p.102), ao avaliar estudos realizados com portadores de HAS em diferentes cidades brasileiras, menciona que a hipertensão “é uma doença desconhecida para boa parte dos informantes, sendo referida, quando a conhecem, como *pressão alta*”.

Uma questão evidenciada em um número significativo de depoimentos sobre o conceito de HAS foi a relação deste com a adesão ao tratamento, principalmente a terapia medicamentosa. Assim, muitos participantes mencionaram diretamente o uso correto das medicações, na tentativa de explicar essa condição, tal como os relatos a seguir:

[...] nunca facilitar com remédio e com tudo! Usar o remédio certinho! [...] [a hipertensão] para mim é de uma certa idade em diante. (S 2, 80 anos)

Eu sei que a gente tem que tomar a medicação certa. [...] tem remédio que faz bem para ti, não vai fazer bem para mim. Isso depende do organismo da pessoa também! [...] Um pouco é por causa da idade, a bebida, o cigarro, tudo influuiu. [...] Às vezes é hereditário isso aí. (S 3, 50 anos)

Os relatos sugerem a importância do tratamento medicamentoso na vida dos portadores de HAS, pois, ao tentarem definir esse agravo, reportaram-se diretamente ao uso das medicações, como se o significado do agravo estivesse centralizado no uso do “*remédio certinho*”. Nesse aspecto, avaliaram como o uso correto, tanto a medicação certa para cada indivíduo frente às suas necessidades, quanto respeitar as doses e horários indicados.

O medicamento tem um peso simbólico fundamental na sociedade contemporânea, devido à sua capacidade de curar doenças. Sendo a HAS uma doença classificada como incurável, a medicação acaba sendo percebida, pelos portadores, como meio capaz de aproximá-los dessa “cura” tão almejada. Por essa razão, segundo Vieira (2004), o uso contínuo da medicação estabelece uma relação de “intimidade” com o indivíduo, de maneira familiar, indissociável do seu cotidiano.

Evidenciou-se, nesses discursos, uma entonação relativamente ensaiada, uma vez que os sujeitos responderam quase que automaticamente a esse questionamento. Ao mesmo tempo, percebeu-se que, ao refletirem realmente sobre o significado da HAS, esses participantes elaboraram uma argumentação mais contextualizada, baseada na sua “história de hipertensão”.

As complicações atribuídas à HAS foram dados recorrentes nas explicações elaboradas pelos sujeitos desta pesquisa. As principais complicações apontadas foram o infarto e o acidente vascular cerebral, como se pode verificar nos relatos abaixo:

A hipertensão, que eu sei, ataca o coração, dá problemas cardíacos. Nem todas as pessoas. Mas tem muitas que têm. (S 7, 48 anos)

[a pressão quando] muito alta, ela dá infarto [...] Porque ela alterar muito [...] Tem pessoa que paralisa um braço, uma perna, um lado todo. Tem pessoas que

combatem aquilo e volta ao normal. Que em muitos dá bem forte! Uns têm salvação e outros não têm. Às vezes ficam em coma! É conforme que dá. (S 8, 65 anos)

Evidencia-se que o fato de explicarem a HAS a partir dos agravos decorrentes do não controle da HAS, permite duas constatações. Em primeiro lugar, mesmo a HAS não representando uma condição de doença (*illness*) para esses sujeitos, sua inclinação para complicações, quando não estabilizadas, representa um fator que merece preocupação e maiores cuidados. E, em segundo lugar, por esta característica é que justificam a importância de seguir o tratamento corretamente, cujo objetivo é controlar os níveis pressóricos e, com isso, afastar tais complicações de suas vidas.

Corroborando com essas reflexões, Vieira (2004) refere que a doença crônica não permite alívio nem descanso aos portadores, pois está sempre “à espreita” de um descuido, para manifestar suas repercussões. Nesse sentido, a percepção da gravidade da doença é elemento decisivo para o tratamento da hipertensão. A ameaça imediata que essa enfermidade representa para suas vidas será determinante para o cumprimento dos cuidados necessários para a conservação de sua saúde (VIEIRA, 2004). Assim, utilizam suas lógicas próprias para escolherem quais cuidados são necessários e quais podem ser minimizados, frente à ameaça de complicação.

Outros participantes conceituaram a hipertensão como uma repercussão do organismo às práticas alimentares. Destacaram, como predisponentes, os alimentos ricos em gordura e o sal. Cabe mencionar que tal referência foi um dado muito frequente nos relatos dos participantes desta pesquisa, conforme ilustra o discurso que se segue:

Eu acho que a hipertensão vem da alimentação sim. [...] vem do colesterol e do triglicérido também, os dois. Sim, porque o sangue vai ficando grosso, gorduroso! E pode ser isso, então, que eu fiquei com pressão alta. Porque, quando eu descobri que tinha pressão alta, eu já tinha colesterol. [...] o sal também levanta a pressão (S 9, 68 anos)

Os elementos que compõem esse depoimento sugerem que, para muitos participantes, o questionamento sobre o que entendiam ou sabiam sobre “hipertensão”, resultou em um momento em que puderam refletir sobre esse assunto. O fato de precisarem elaborar uma explicação possibilitou que raciocinassem mais profundamente, muitas vezes chegando a um entendimento no momento da entrevista. Com isso, esses sujeitos fundamentaram a argumentação na análise da suas próprias histórias, nas suas ‘vivências como portadores de hipertensão.

Alguns participantes explicaram que o desenvolvimento da HAS ocorre por mecanismos no organismo, mais precisamente na corrente sanguínea, em consequência das práticas alimentares. Nesse aspecto, Garcia (2005) refere que, mais do que qualquer outra prática, a alimentação tem sido perseguida como uma das principais responsáveis pelo desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Nesse aspecto, as mudanças na estrutura do sangue, tais como no volume, na consistência, na qualidade, entre outras, segundo Helman (2003), representam a base para teorias leigas, de várias culturas, que explicam o desenvolvimento de uma série de doenças. Essas teorias não se restringem às explicações fisiológicas consequentes a essas mudanças, mas consideram uma gama de significados simbólicos, associados ao sangue. Entre esses significados, destaca-se a associação entre a dieta e o aspecto do sangue, o que vem ao encontro do relato apresentado anteriormente, pois entende-se que essa teoria foi o que embasou a explicação desse sujeito, sobre o desenvolvimento da HAS. Nesse aspecto, percebe-se a complementaridade de saberes, ou seja, a influência do conhecimento científico nessas falas, principalmente pelo uso de terminologias médicas associadas ao saber popular, o que embasou a lógica de raciocínio desses sujeitos.

Os fatores emocionais também foram utilizados por alguns participantes, para explicarem o conceito da hipertensão. Nesse aspecto, consideram que o aumento da pressão arterial estaria associado a sentimentos como preocupação e “nervosismo” presentes no cotidiano das pessoas. A fala a seguir evidencia esse argumento:

Hipertensão, eu acho que seja problema na família, algum incômodo, alguma preocupação. Então, quando é muito, começa a atacar os nervos. [...] A pessoa vai se preocupando e vira na hipertensão. [...] Uma preocupação que a gente tenha, fica atacada dos nervos, então o coração agita, já agita a pressão. E aí é que vem a pressão alta! Então, acho que os nervos é o que causa a hipertensão.
(S 5, 73 anos)

Alguns entrevistados conceituaram a HAS como uma reação física do organismo, mais precisamente uma repercussão cardíaca, resultando no aumento da pressão arterial, frente ao desequilíbrio emocional. Destacaram tal causa tanto para explicar o desenvolvimento da hipertensão, dando ideia de uma repercussão, no longo prazo, de “nervosismo”, quanto para ilustrar o agravamento do quadro, quando em situações de emoções fortes. Nesse aspecto, apontaram sentimentos de preocupação, incômodo e “nervosismo” associados a problemas decorrentes do contexto familiar, como

desentendimentos entre os membros e dificuldades no cotidiano ou na infraestrutura familiar.

Observa-se que essa argumentação vai ao encontro do estudo realizado por Vieira (2004), quando discorre que a associação da HAS com sensações relacionadas aos “problemas de nervos”, decorrentes de problemas familiares, foi bastante recorrente nos relatos dos sujeitos de sua pesquisa. Segundo o autor, quando ocorre tal associação, as pessoas sinalizam para o fato de que o “nervoso” apresenta uma dimensão muito maior sobre os demais problemas de saúde. Justifica ainda que, na visão desses sujeitos, muitas vezes, o “nervoso”, “que não tem jeito”, pode comprometer o sucesso do tratamento. Isso também foi observado neste estudo, pois, além dos fatores emocionais atuarem como predisponente para a HAS, os sujeitos os apontaram ainda como componentes que dificultam o controle da pressão e/ou atuam para a sua elevação momentânea.

Ainda na análise do que entendem sobre hipertensão, alguns participantes destacaram-se dos demais, pela segurança e domínio em que explanaram sobre esse assunto. Foram construídas explicações mais elaboradas e, mesmo utilizando as suas próprias palavras, observa-se que apresentam fundamentação nos conhecimentos científicos. O depoimento abaixo ilustra essa reflexão:

[hipertensão] é a má circulação no coração, sangue grosso. Se a gente tem sangue grosso, não bomba direito a corrente do sangue. Porque o sangue diz que vai dos pés, no coração, cérebro, na veia aorta [...] que a gente tem tipo uns ramos de veia no coração. Aonde tranca, que entope [...] isso é da legítima hipertensão. [...] é aonde dá o infarto, dá muito tipo de doenças no coração. Que o infarto, tem o ameaço e tem o legítimo, o que mata de vereda, que é o infarto fulminante. [...] minha família quase todos os velhos, são hipertensos. Diz que muito é hereditário, da gente ser hipertenso. [...] E às vezes forcejar, dilata, como o meu marido, era uma veia dilatada que ele tinha no coração. É de esforço demais. (S 6, 78 anos)

Quando solicitados para conceituarem a HAS, falar sobre as causas e outras informações, alguns participantes elaboraram suas respostas de forma segura, demonstrando bastante propriedade em suas explicações. Mesmo respondendo prontamente o questionamento, estes participantes não apresentaram discursos ensaiados ou decorados, como observado em muitos outros entrevistados.

Percebe-se que suas explicações pautam-se no saber construído, sob influência do conhecimento científico disponibilizado pelas atividades de educação em saúde. Nesse aspecto, essa reflexão se aproxima do que discorre Canesqui (2007^a), ao avaliar produções científicas na área da saúde, sob uma perspectiva socioantropológica, nas quais foi

observado o emprego de terminologias próprias da medicina na linguagem leiga, de forma reinterpretada pelo senso comum, com o intuito de explicar a HAS.

Por essa reflexão, entende-se que estes participantes merecem destaque pela capacidade de interpretarem, com destreza, as informações científicas a que tiveram acesso, associando-as ao conhecimento popular e, assim, construindo um novo saber em saúde. Além disso, evidencia-se que suas argumentações fundamentaram-se nas suas experiências de vida e na “vivência como portadores de hipertensão”, constatada no exemplo acima, pela argumentação em relação aos fatores apontados como predisponentes para aumento da pressão.

Vale destacar que, além de conceituar a HAS propriamente dita, estes participantes ainda demonstraram conhecer o funcionamento e a anatomia da circulação corporal, evidenciados, além dos relatos, pela gesticulação enquanto explicavam. Se vê, nessas explicações, que a percepção apresentada por eles pauta-se na ideia do corpo como uma máquina, sendo que o coração apresenta-se como o “motor” responsável por bombear o sangue a todo o corpo. O uso dessa metáfora de corpo como máquina, segundo Helman (2003), está sendo cada vez mais utilizado pelos profissionais de saúde, para explicar o funcionamento do corpo aos usuários. Ao utilizar essa comparação, a doença “desse corpo” seria explicada como uma disfunção de uma “engenhoca mecânica” (Vieira, 2004) e, dessa forma, precisa ser consertada. Assim, o uso dessa metáfora pelos profissionais representa uma estratégia pedagógica, para nortear a explicação aos usuários sobre os elementos funcionais do organismo no processo saúde/doença. No entanto, deve-se ter em mente que a explicação do processo não pode ser reduzida apenas a esse mecanismo, pois desconsidera as várias dimensões envolvidas no processo de adoecimento.

5.2.2 O cuidado é não facilitar com nada

Direcionando a análise para os **cuidados** apontados pelos participantes da pesquisa frente à HAS, observou-se que eles foram centralizados nas práticas de vida dos indivíduos, tais como: alimentação, uso de medicação, uso de terapias populares, práticas para manter equilíbrio emocional e acompanhamento com equipe de saúde. Evidenciou-se o predomínio significativo, nos relatos, envolvendo as **práticas alimentares**. Nesse aspecto, observam-se posicionamentos de adaptação tanto aos tipos de alimentos, como à

quantidade a ser ingerida. Associado às práticas alimentares, evidencia-se ainda o uso correto das **medicações** anti-hipertensivas, e ou prática de atividades físicas:

Os cuidados, tem de diminuir o sal, gordura, carne gorda, essas coisas. Quando vai fazer uma galinha, tira aquela pele. [...] não comer muito pão, massa. Comer bastante verdura. É na alimentação, que na alimentação ajuda tudo! (S 8, 65 anos)

[...] a gente não pode comer gordura, fritura. Então, aí, tem que cuidar a alimentação. Comer bastante fruta, verdura. [...] Comida muito temperada também não é bom! [...] Fazer caminhada [...] Tomar o remédio certinho, nas horas. Medicamento que eu tomo é só o hidro[hidroclorotiazida], que é para pressão, e o AAS para não dar infarto. Tem que ter todos esses cuidados. (S 5, 73 anos)

Os depoimentos enfatizam a importância das práticas alimentares para a manutenção da saúde dos portadores de HAS, na concepção dos sujeitos desta pesquisa. Entende-se que elas são visualizadas como forma de prevenir ou reduzir os danos decorrentes desse agravo. Observa-se que esse cuidado está intimamente associado com as práticas de vida das pessoas, nesse caso, às escolhas de alimentos tidos como mais saudáveis, frente à condição de HAS. Esse fato é explicado por Helman (2003), ao afirmar que, em algumas sociedades, as dietas especiais são vistas pelos indivíduos como “remédios” utilizados para certos tipos de doenças. Nesse aspecto, foi unânime, nos depoimentos, o destaque dado à redução de sal/sódio e de alimentos ricos em gorduras, nas dietas dos indivíduos portadores de HAS, justificando, com relação ao último, ser benéfico também para a redução da hipercolesterolemia. Além disso, sinalizaram para a importância de dar preferência aos alimentos menos calóricos, exemplificados pelas verduras e frutas, em detrimento aos ricos em carboidratos e gorduras.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi vista em associação com as práticas alimentares, em grande parte dos relatos, como se essas ações estivessem numa relação de interdependência. A esse respeito, Helman (2003) refere que as medicações, principalmente as de uso contínuo, podem ser assumidas no cotidiano dos sujeitos como uma forma de alimento, como um nutriente vital e indispensável à sobrevivência. Nesse aspecto, cita as medicações hipotensoras, como exemplo dessa associação.

Vale destacar, no exemplo apresentado, o fato do participante relatar com clareza a função de cada medicação da qual faz uso. Entende-se que, por conhecer a indicação de cada medicamento, isso representa um fator positivo para a adesão ao tratamento, uma vez que realmente se compreende as razões e, dessa forma, a importância de usar tais

substâncias. Essa argumentação pode ser justificada pelas considerações levantadas por um estudo realizado por Contiero et al. (2009), quando as autoras afirmam que o fato de os usuários desconhecerem o processo saúde/doença da HAS e sobre o seu tratamento representa um fator prejudicial para cumprirem o tratamento, principalmente o medicamentoso.

A adesão ao **tratamento medicamentoso** também foi citada de forma isolada por alguns sujeitos desta pesquisa, como cuidado importante frente à HAS. Verificou-se que esses participantes atribuem o controle de sua pressão arterial principalmente ao uso das medicações, como se verifica na fala abaixo:

O cuidado, não pode facilitar com remédio! Sim, tem que usar o remédio certinho! Porque, na hora que ele falhar, já... Porque, senão, não adianta! Se ele não usar o remédio certinho, continua o sofrimento dele igual (S 2, 80 anos)

O uso das medicações, associado ou não às práticas alimentares, foi apontado pela maioria dos participantes, como cuidado mais eficiente para a redução dos níveis pressóricos. Em alguns depoimentos, evidenciou-se a responsabilização transferida às medicações anti-hipertensivas, por parte de alguns sujeitos desta pesquisa, no que se refere ao controle de seus níveis pressóricos. Nesse entendimento, a adesão ao tratamento medicamentoso garante, na concepção desses indivíduos, a estabilidade do quadro de hipertensão.

Entende-se que esse posicionamento é resultante da “conscientização sofrida” por eles, sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, como forma de prevenir as sequelas decorrentes do não controle da pressão e, ainda, afastar-lhes o risco de morte. Dessa forma, por mais transtornos que o uso diário desses medicamentos possa ocasionar, a maioria das pessoas deposita uma inabalável confiança na sua capacidade de proteção contra os eventos graves, como um suporte diante da constante ameaça de morte ou, mesmo, das complicações decorrentes. Com isso, a medicação proporciona uma importante segurança e tranquilidade para a vida dos usuários, percebida como uma prática de cuidado indispensável (VIEIRA, 2004).

Outro dado bastante presente nos depoimentos foi a influência do saber popular em relação ao que os sujeitos entendiam sobre cuidados quanto à HAS. Nesse sentido, apontaram as terapias populares, nesse caso o uso de plantas medicinais, como forma de auxiliar no controle da pressão arterial. Conforme comprovado pela seguinte fala:

Para pressão [tem] chazinho de cavalinha, de coronilha, de marcela, as folha da cana doce, do chuchu... Uns quantos chás que são bons para isso. Pendão do milho também regula [pressão] [...] a folha do capim cidreira [coloco] na garrafa de chimarrão. Até não dá para tomar muito, porque baixa muito a pressão, e o cidrozinho também. (S 5, 73 anos)

O depoimento supracitado traduz a importância das terapias populares no enfrentamento da HAS, no cotidiano desses sujeitos. Observou-se que são utilizadas com base em informações precisas quanto ao tipo de substância para cada indicação, a quantidade e frequência. Evidenciou-se, pelos relatos, que essas informações eram adquiridas de maneira informal, dentro da própria família, tendo forte influência cultural.

No entanto, constatou-se que essas terapias populares foram indicadas pelos sujeitos sempre em associação com o tratamento medicamentoso. Predominou, nessas falas, uso das plantas como coadjuvante no tratamento, permanecendo a maior responsabilidade pela estabilidade dos níveis pressóricos atribuída aos remédios alopáticos. Essa reflexão aproxima-se dos achados de alguns estudos semelhantes (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; CANESQUI, 2007^b; SANTOS *et al.*, 2005; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007), que apontaram o uso complementar das plantas medicinais no tratamento da HAS, de forma menos significativa que as medicações anti-hipertensivas. Ainda nesse contexto, os achados da presente pesquisa foram semelhantes ao estudo desenvolvido por Oliveira; Araújo (2007), em relação às plantas citadas pelos sujeitos entrevistados, como substâncias de ação hipotensora.

Um grupo de participantes reconheceu, como cuidados importantes para a hipertensão, ações para manter o **equilíbrio emocional**. Nesse aspecto, foram destacadas atividades de lazer como forma de controlar a pressão, tais como exemplificado nos relatos a seguir:

Se a pessoa é ansiosa, não se estressar, não se preocupar. Isso aí é cuidado! Não ficar ansiosa. (S 9, 68 anos)

É bom a gente sair, ter contato com outras pessoas. Conversar. Tudo isso aí é bom para pressão! É bom a pessoa sair, ver coisas diferentes. Ir nos encontros de idosos, participar de domingueiras, dançar... (S 5, 73 anos)

As argumentações apresentadas sugerem que atividades proporcionando o equilíbrio emocional estariam associadas ao controle dos níveis pressóricos. Nesse aspecto, entende-se que o mecanismo dessas ações estaria pautado na prevenção de estresse, ansiedade e outras situações de desequilíbrio emocional, entendidas pelos participantes como agravantes do quadro de HAS, conforme discutidos anteriormente.

Corroborando com essa argumentação, Canesqui (2007^b) refere que as preocupações da vida cotidiana são fontes potenciais de desestabilidade da pressão arterial, da mesma forma que a redução dos níveis pressóricos está associada à diminuição dessas situações.

No mesmo sentido, Vieira (2004) refere que a percepção de muitas pessoas observadas em seu estudo é a de que o desenvolvimento da doença ocorreu devido alguma causa externa a elas, tais como problemas emocionais. Portanto, de idêntica forma deveria estar envolvida na cura desse agravamento.

Nessa lógica, alguns participantes destacam atividades que promovam interação com outras pessoas e, ainda, de diversão e lazer, como ferramentas para alcançar o equilíbrio emocional. Para tanto, apontam o Grupo de Hipertensos (citado como “*encontros de idosos*”) como um espaço de descontração e convivência entre os participantes e, nesse entendimento, um meio eficaz de cuidado para a hipertensão.

O **acompanhamento com a equipe de saúde** foi visualizado por alguns participantes como forma de cuidado à HAS. Apontam ainda para a importância de ser seguido de forma séria e comprometida, exemplificado pela realização de consultas e exames periódicos. Além disso, o acompanhamento foi observado associado a outras formas de cuidado – adaptações das práticas de vida, como a alimentação:

Me cuido na alimentação, com os meus exames que eu tenho que fazer, em tudo! Porque tem gente que vai lá no médico quando estão morrendo! E aí procuram o médico [...] Mas antes disso eles não se lembram se cuidar, de se tratar, de evitar muitas coisas. (S 8, 65 anos)

Eu faço todos os anos um “check up” de exame. Que eu quero ver como é que eu estou de tudo! [...] o eletro é um exame que marca muita coisa, mas o que marca mesmo a doença do coração, das veias, a circulação por dentro é o ecocardiograma. [e o eletro] mais é a batida! [...] e nos exames de sangue a gente vê colesterol, triglicérido, essas coisa assim. [...] Só que eu tenho é o colesterol, o único que aparece nos exames. E eu sou muito de comer gordura. E a gente sabe que a gordura [faz mal]... (S 6, 78 anos)

Nessas falas, evidencia-se que, na concepção desses participantes, a assistência à saúde ainda está centralizada na figura do médico, como profissional de referência dentro da ESF, pelo acompanhamento à sua saúde dos usuários. Além disso, percebem-se concepções de cuidado intimamente vinculadas à prevenção de doenças ou mesmo de danos à saúde. Nesse entendimento, as consultas médicas e, principalmente, os exames estariam associados ao monitoramento da evolução da hipertensão, em seu processo saúde/doença.

Frente a essa argumentação, Helman (2003) menciona que o modo das pessoas perceberem seus próprios corpos é influenciado pela visão reducionista da medicina moderna, que visualiza o corpo em partes progressivamente menores, com auxílio da tecnologia. Assim, por estímulo da mídia, Internet e, principalmente, das consultas médicas, as pessoas assumem essa visão e passam a necessitar da comprovação de exames para sentirem-se seguras em relação à sua condição de saúde. Esses relatos exemplificam com propriedade essa argumentação, pois, mesmo tendo consciência de que seus níveis lipídicos elevam-se em consequência da alimentação, esses sujeitos precisaram ter a comprovação do exame para confirmar esse fato.

5.2.3 *O que mais ou menos eu sei é o que falam ali*

Na discussão anterior, ficou explícita, nas falas dos sujeitos, a apropriação de informações científicas para explicarem a HAS e demais assuntos relacionados. Ao mesmo tempo, percebeu-se a forte influência do saber popular, apreendido no contexto sociocultural em que eles estão inseridos, principalmente na forma em que essas informações científicas são interpretadas, para a construção do “saber em saúde”. Nesse sentido, na análise dos depoimentos dos participantes, puderam-se identificar os meios e/ou as pessoas que contribuíram para construção desse saber. Isso permitiu compreender a relação estabelecida entre o meio em que foram acessadas as informações (científicas ou populares) e a sua influência para a construção do saber.

Ao serem inquiridos sobre os meios e/ou pessoas importantes para compreenderem a HAS e demais assuntos envolvidos, todos os sujeitos desta pesquisa apontaram os **grupos de educação em saúde** como o espaço mais importante. Dentro do grupo, apontaram, como metodologias mais eficientes para o processo de ensino-aprendizagem, atividades expositivas/dialogadas, atividades lúdicas e de descontração, conforme os depoimentos a seguir:

Mais é nos grupos, que eu entendi, com as palestras que tem aí. [...] Falam pouquinho coisa, mas a gente aprende bastante! Eu não sabia nada! (S 4, 47 anos)

Que me ajudou a entender foi o médico, as enfermeiras ali, a agente de saúde, que faziam essas reuniões. Ali eu aprendi muitas coisas. E outras pessoas. Que a gente vai falando, um diz uma coisa, outro diz outra, e a gente vai raciocinando! Então ajuda a gente a entender. (S 9, 68 anos)

O grupo foi importante! Tem as explicações, as orientações, tudo para o bem da pessoa. No grupo a gente se informava como tinha que se alimentar, ensinavam o que a gente devia comer e o que não devia comer. (S 8, 65 anos)

Os relatos apresentados elucidam a importância das atividades de educação em saúde em grupo, nesse caso, o Grupo de Hipertensos e Diabéticos, realizado pela equipe da USF, como principal espaço para a construção do “saber em saúde”. Atribuíram o conhecimento adquirido como produto das discussões conduzidas pelos profissionais, nesse espaço. Assim, o aprendizado sobre saúde foi considerado como uma importante aquisição proveniente da participação nos grupos. Nesse sentido, Soares et al (2009) destacam que a educação em saúde pode ser favorecida pelas atividades em grupo, pois essa modalidade promove o aprofundamento das discussões referentes às questões de saúde, facilitando a construção coletiva de saberes.

Nesse aspecto, as reuniões do grupo foram apontadas pelos sujeitos como as principais ações educativas, visualizadas como forma de explicação e orientação sobre esse assunto. Pelos relatos e na observação dos encontros, essas discussões envolviam questões relacionadas aos agravos à saúde, com destaque para a HAS e DM, e nos cuidados indicados, tendo como base informações científicas. Além disso, percebeu-se que esse espaço disponibilizava discussões sobre assuntos propostos pelos participantes, que, geralmente, relacionavam-se à saúde de maneira geral. No grupo, os sujeitos destacaram como pessoas importantes para a construção do saber em saúde tanto os profissionais da equipe da USF, principalmente pelas explicações disponibilizadas, quanto os demais participantes, pelas trocas de conhecimentos e experiências durante as atividades.

O trabalho em grupo deve possibilitar a ruptura da relação vertical entre o profissional da saúde e o usuário, permitindo assim, que ambos tornem-se sujeitos da ação. Preconiza-se, nessa perspectiva, a criação de um espaço de reflexão coletiva e compartilhamento de conhecimentos, resultante do encontro entre o saber técnico-científico (dos profissionais) e o saber prático-popular (dos usuários). Assim, pode atuar como um cenário de interação de diferentes saberes, culturas e visões de mundo, no qual cada pessoa se diferencia e se reconhece no outro, por meio de uma relação dialógica que lhes possibilita falar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente. Com isso, essa modalidade de educação em saúde deve superar a simples função, tradicionalmente observada, de difundir conceitos e comportamentos considerados “corretos”, e possibilita problematizar, em uma discussão horizontal, as situações concretas vivenciadas pelos sujeitos. Como resultado esperado, essa ação promove o desenvolvimento da

conscientização crítica dos usuários a respeito das potencialidades e fragilidades de suas condições de vida e saúde, estimulando um posicionamento mais autônomo na busca por soluções para os seus problemas de saúde (FREIRE, 2000, 2001; SOUZA *et al*, 2005; VASCONCELOS, 2007).

A metodologia **expositiva**, desenvolvida por meio de **palestras**, conforme discutido anteriormente, foi visualizada pelos participantes como estratégia pedagógica mais eficaz na construção do “saber em saúde”. Para a maioria dos sujeitos, representou um fator positivo, senão determinante para o seu entendimento acerca da HAS. No entanto, na análise das falas, constataram-se visões e posicionamentos divergentes sobre a forma com que essa atividade foi efetivada nos encontros do grupo. Essa divergência entre os participantes referia-se, principalmente, à concepção sobre os papéis assumidos pelos usuários nesse espaço de educação em saúde:

Ah, o [Dr. V.] dava explicação para a gente. Mostrava as figuras, os desenhos do coração, da circulação passando, do sangue grosso, tudo! Tudo nos slides e nos cartazes [...] Dava os livros para gente trazer para casa, para olhar, para ler. Muitas senhoras perguntavam e ele explicava. [...] Bem explicado! Quase um curso! Não era só conversa. Ele mostrava aqueles corações, a gente via aquelas imagens, veia por veia ali. [...] Que eu entendi tudo da hipertensão, foi com o [Dr. V.] [...] e a gente aprende tanta coisa mais... (S 6, 78 anos)

A fala acima sugere uma concepção participativa sobre essa prática de educação em saúde, ao indicar elementos que apontam para uma ação expositiva e dialogada do conteúdo ensinado. Justifica-se essa reflexão, pois se evidenciou, pela relação estabelecida entre os envolvidos, que tanto o profissional como os usuários assumiram posicionamentos ativos nesse processo. Assim, segundo análise das falas, grande parte dos sujeitos entendeu que a proposta dessa atividade realizada pelo profissional foi estimular a participação deles, para assumirem papéis de sujeitos na construção dos seus conhecimentos. Por isso, entende-se que a relação entre os envolvidos não foi estabelecida de maneira impositiva ou opressora. A metodologia utilizada permitiu envolver os educandos na explicação, através dos recursos empregados, estimulando que os mesmos “entrassem” na dinâmica do pensamento do educador. Percebeu-se que o conteúdo foi realmente apreendido e compreendido pelos usuários, e não apenas memorizado, como tradicionalmente acontece.

Nessa direção, Freire (2000) argumenta que a educação em saúde pautada numa perspectiva dialógica não nega a validade de momentos explicativos, em que o educador expõe ou fala sobre o objeto. No entanto, é imprescindível que os envolvidos mantenham uma postura dialógica, aberta, curiosa, indagadora, e não apassivada, enquanto fala ou

ouve. Para esse autor, o bom educador é o que consegue, enquanto explica, envolver o aluno no movimento de idas e vindas de seu pensamento. Nesse sentido, ao explicar, o educador tem o papel de incitar o educando para que ele compreenda o conteúdo, ao invés de recebê-lo na íntegra. Então, o processo de ensino-aprendizagem relaciona-se com o esforço crítico do educador de desvelar a compreensão de algo, e, por parte do educando, de atuar como sujeito de sua aprendizagem, no processo de desvelamento que o professor deseja causar (FREIRE, 2000).

Nesse entendimento, o fato de representar uma atividade predominantemente expositiva não a descaracteriza de uma ação educativa dialógica. Entende-se que, mesmo a atividade sendo desenvolvida mais ativamente pelo profissional que conduziu a explanação, o diálogo entre os envolvidos não foi silenciado por sua fala. O participante teve a possibilidade de participar falando, perguntando, opinando, ou mesmo calando-se, para que o conteúdo ensinado fosse mais bem compreendido e decodificado por ele. Souza et al (2005) parecem concordar com esse argumento, quando afirmam que, ao participar do grupo, cada usuário deve ter assegurado o direito de expressar seu pensamento, dar seu ponto de vista ou manter seu silêncio. E, nessa prática, o profissional, por sua vez, tem a oportunidade de aprimorar suas habilidades como facilitador do processo educativo no grupo.

Ficou evidente, também, na fala e nos gestos desse participante, que a utilização de materiais didáticos, como imagens e recursos visuais, potencializa o processo de ensino-aprendizagem, pois facilita a visualização e compreensão das informações, tornando o conteúdo, para quem recebe a explicação, mais concreto. Além disso, pelo fato das explicações serem ratificadas por meio de tais recursos, percebeu-se maior segurança, por parte dos usuários, nas explanações dos profissionais, dando maior legitimidade às orientações produzidas nesses espaços.

Ao contrário da discussão anterior, constatou-se que uma pequena parcela dos sujeitos apresentou uma concepção menos participativa sobre as ações de educação em saúde realizadas no grupo. Mesmo reiterando as **palestras** como práticas eficientes de ensino-aprendizagem, esses sujeitos descreveram essa metodologia demonstrando atuarem de maneira passiva nessas atividades. O depoimento selecionado ilustra essa argumentação:

Olha, essas palestras, como nós temos aqui, é bom que uma ensina muitas coisas boas para outra. Aquela que sabe explica a verdade e aquela que está

aprendendo, se ela [quem aprende] erra alguma coisa, ela [quem ensina] tem que chamar a atenção, dizendo “Não é assim!” [...] Falava só o doutor. A gente, às vezes, falava uma coisinha, às vezes não falava nada. Ficava na da gente. Ficava só aguardando aquilo que saiu ali, no pensamento e no coração da gente. (S 8, 65 anos)

Os elementos que compõem esse discurso denotam que esses sujeitos apresentaram um entendimento de educação em saúde numa perspectiva tradicional (OLIVEIRA, 2005), onde o profissional, munido do conhecimento científico, prescrevia práticas de vida corretas a serem seguidas. Entende-se que, na visão desses participantes, esse método de educação, onde o “detentor do saber” (“*Aquela que sabe*”) transmite as informações aos que “ignoram” (“*aquela que está aprendendo*”), é eficaz para a construção do saber em saúde. Nessa visão, segundo Freire (1983), a educação é uma doação de saberes dos que se assumem sábios àqueles que julgam nada saber. Os conteúdos transmitidos são recortes de uma realidade descontextualizada, muitas vezes alheios às experiências dos educandos. Centralizada na teoria, essa educação está “esvaziada da realidade”. Com ela, o educando não ganha a experiência do fazer, necessária para o desenvolvimento da consciência crítica, indispensável para uma postura de autonomia frente às suas escolhas (FREIRE, 1983, 2005).

Nessa perspectiva, a ação educativa estava centralizada no profissional, como o portador do saber verdadeiro, cujo poder e dever era “conscientizar” os usuários sobre a adesão de práticas de vida classificadas (pelo educador) como saudáveis. Em contrapartida, o usuário, espectador da ação, deveria ajustar sua vida às prescrições lançadas pelos profissionais, de forma acrítica. O produto esperado nessa ação, segundo os sujeitos, seria a adesão às práticas saudáveis, conforme foram “ensinados” nesse espaço.

Essa prática de educação, conforme argumenta Freire (2005, p.35), é estabelecida numa relação de opressão, em que os profissionais assumem papéis de opressores e os usuários, de oprimidos. Esses sujeitos, mesmo sabendo de sua posição de oprimidos, não se sentem preparados para uma reação, devido à “imersão em que se acham na realidade opressora”. Dessa forma, para o autor, reconhecerem-se como oprimidos “não significa ainda lutar pela superação” dessa condição. E é por essa razão que a explanação do conteúdo a ser ensinado pelo educador se desenvolve numa direção vertical – de cima para baixo. É prescritiva, pois impõe a opção da consciência opressora à oprimida. Dessa forma, o produto dessa ação será um comportamento também prescritivo, em que o indivíduo (oprimido) seguirá as pautas estabelecidas pelo profissional (opressor).

Os indivíduos submetidos a essa forma de educação assumem passivamente as informações a eles transmitidas. Eles apenas memorizam os conteúdos doados, reproduzindo os discursos dos profissionais. Por essa razão, é construído um falso saber. Nesta pesquisa, foram poucos os sujeitos que apresentaram essa concepção de educação em saúde. Mas ela ficou evidenciada, em alguns momentos, principalmente nas discussões que envolviam os cuidados que esses sujeitos deveriam seguir frente à condição de portadores de HAS. Outra evidência que direciona para essa interpretação refere-se ao posicionamento de “menos valia”, assumido por uma pequena parcela dos participantes em relação ao seu conhecimento, frente à legitimidade do conhecimento científico. Isto é, como se essas pessoas não pudessem contestar aquilo que foi validado cientificamente como verdadeiro, e que lhes era apresentado por um indivíduo legitimado por esse saber oficial (profissional). Por essa razão, deveriam receber esse “conhecimento” a eles oferecido e aplicar em suas vidas, sem muito contestarem.

Ainda no contexto do Grupo de Hipertensos, alguns sujeitos citaram os **momentos de descontração** entre os participantes e **atividades lúdicas** promovidas pelos profissionais da equipe, como atividades eficazes para o ensino-aprendizagem, e, ainda, que motivam a participação nos encontros. Os depoimentos que se seguem traduzem essa argumentação:

[...] as reuniões ali, as aulas, a gente conversa com as enfermeiras. [...] O que eu gosto é quando sai as festas do grupo. Aí que é bom! Que eu gosto mais! Da dança do ventre também. Eu gostei! [...] Não falho uma reunião, só que não possa ir. (S 5, 73 anos)

[...] esses tempos, elas [enfermeiras] fizeram um bingo ali [grupo]. Tinha uns envelopes, a gente dizia um número e a enfermeira tirava uma pergunta. Aí a gente ia respondendo o que sabia, e o que a gente não sabia ela explicava. Eu acho que é uma boa maneira da gente aprender. [...] Aquela dança do ventre também, que teve aí, eu achei legal aquilo! Se tiver ali, eu faço! (S 4, 47 anos)

Os discursos apresentados reiteram o grupo como principal espaço de ensino-aprendizagem e indicam representar, também, um meio de lazer e convivência entre os envolvidos. Nesse sentido, são atividades que promovem o entretenimento e interação entre as pessoas, que grande parte dos usuários valorizou como importantes, a tal ponto de motivarem sua participação nos encontros. Assim, trocar ideias, partilhar experiências e saber mais a respeito de sua condição de saúde são características fundamentais que motivavam os sujeitos à participação no grupo. Nesse entendimento, segundo Soares *et al* (2009) os grupos representam um espaço de educação em saúde, tornando-se uma fonte de

estímulo ao convívio social entre os envolvidos. Esse convívio deve ser interpretado como uma relação pedagógica, pois é mediado por conhecimentos que são ensinados e aprendidos, desconstruídos, construídos e/ou reconstruídos em ações que colocam os participantes face a face, criando novas experiências nas histórias de vida de cada um.

Como dispositivo de ensino, alguns participantes destacaram atividades lúdicas, como jogos educativos, exemplificadas pelo “bingo”, como método eficaz para promover a aprendizagem de uma forma descontraída. Por essa razão, foram visualizadas pelos participantes como atividades pedagógicas que proporcionam uma participação mais ativa dos sujeitos e, conseqüentemente, mais produtiva em relação à compreensão dos assuntos abordados. Entende-se que isso ocorre, pelo fato das discussões partirem da reflexão e dos conhecimentos dos participantes sobre os assuntos propostos, como se pôde comprovar no exemplo apresentado. Assim, essas atividades tornavam-se mais inclusivas, pois a própria metodologia dependia da participação dos integrantes. Estimulavam ainda a criatividade e o posicionamento crítico, no sentido de que os participantes expressavam o que entendiam e/ou acreditavam sobre o assunto e compartilhavam com os outros as opiniões e visões diferentes sobre o mesmo assunto. Por essa razão, os sujeitos sinalizaram, como ponto positivo dessas atividades, as trocas de saberes entre os participantes, e entre estes e os profissionais. A esse respeito, Freire (2001, p. 32) discorre que a educação é mais autêntica quanto mais desenvolver nos homens sua função criativa e criadora. Por isso, deve ser “desinibidora” e possibilitar que os “educandos sejam eles mesmos”.

Nesse sentido, Torres, Hortale e Schall (2003) afirmam que a educação em saúde na modalidade grupal pode ser enriquecida com o uso de jogos educativos. Caracterizam-se como instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado, pois favorecem a troca de saberes entre os participantes, construindo o conhecimento coletivamente. Os autores apontam, ainda, que essas atividades possibilitam estreitar as relações entre os envolvidos, pois torna o ambiente mais descontraído e prazeroso, e, dessa forma, menos normatizado. Por preservar as ações espontâneas, estimula a criatividade e dinamiza o diálogo, permitindo aos envolvidos expressar dúvidas e expectativas, criando um espaço de aprendizado agradável. Pelas características apresentadas, essas atividades representaram recursos que ampliaram a participação e o envolvimento dos membros do grupo e dos profissionais, no processo educativo.

Cabe destacar, nessa discussão, que as atividades lúdicas e de descontração desenvolvidas no grupo foram associadas pelos participantes à figura das enfermeiras da

USF. Percebeu-se, nos relatos e na observação dos encontros, que essas atividades oportunizaram a construção de uma relação menos formal entre os participantes e essas profissionais, contribuindo para o estabelecimento de um maior vínculo entre os mesmos. Por essa razão, o trabalho das enfermeiras teve grande reconhecimento, pelo seu potencial de estimular a construção de conhecimentos por meio de uma proposta interativa, inovadora e criativa, que rompe com a relação vertical entre o profissional (como sujeito da ação) e os usuários (como objeto de suas ações).

Além das atividades de educação em saúde, disponibilizada pela equipe da USF, alguns participantes citaram as **conversas informais** com pessoas de suas redes sociais, amigos, vizinhos e pessoas da família, como elementos importantes para a construção do saber em saúde. Nessa mesma discussão, percebeu-se que grande parte dos entrevistados associou essas conversas às informações obtidas nos **meios de comunicação**, como espaços complementares de aprendizado, conforme apresentado nos relatos a seguir:

[...] a gente ouve falar, no próprio grupo, ouve na televisão, pessoas mesmo conversando. Ouve comentários de pessoa normal mesmo. Pessoas da família às vezes conversando. [...] Todas as conversas que a gente tem com as pessoas, sempre aproveita alguma coisa! E saber e aprender e ter amizade, nunca é demais! (S 7, 48 anos)

Com a agente, nas visitas e no grupo. [...] E na televisão ajuda também, que dá [sobre] tratamento, alimentação. [...] Com as vizinhas, de ouvir falar que é bom... [...] é curiosidade! A pessoa curiosa tem mais facilidade de aprender as coisas, não é? (S 5, 73 anos)

Ficou explícito, nas falas apresentadas, o posicionamento de curiosidade e busca por novos conhecimentos, como características comuns a grande parte dos sujeitos desta pesquisa. É por esse estímulo e disponibilidade para aprender que, segundo suas falas, esses sujeitos se lançam na busca de novos saberes, reconhecendo, em toda e qualquer relação dialógica entre as pessoas, um espaço de construção de conhecimento. Esta disponibilidade de buscar novos saberes só é possível quando o homem se reconhece como um “ser inacabado”, que está em “constante busca de ser mais” (FREIRE, 2001 p. 27). O autor afirma que é por esta consciência de si, como ser inacabado, que residem a capacidade, no indivíduo, de aprender e de não acomodar-se na sua inconclusão. É, sobretudo, o estímulo de transformar a si e de recriar o mundo, que faz do homem um ser educável (FREIRE, 2000)

Nesse sentido, o diálogo com pessoas de sua rede social foi apontado por muitos participantes como elemento importante nessa busca pelo conhecimento. Percebeu-se que,

por ser efetivado entre “iguais” no que se refere ao conhecimento prévio, ou seja, pautados em saberes populares adquiridos de maneira informal naquele contexto, essa interação proporcionava um aprendizado mais aproximado com a realidade vivenciada por eles. Por compartilharem o mesmo contexto sociocultural, o saber construído naquele espaço dialógico estava mais apropriado àquela realidade, do que quando esse conhecimento era elaborado com base em informações descontextualizadas e generalizáveis, como, por exemplo, as disponibilizadas pela mídia. Ao mesmo tempo, o conhecimento produzido nessas conversas informais, com pessoas consideradas “*normais*” frente ao conhecimento científico, só foi possível pela discussão das diferentes visões e percepções desses sujeitos sobre o mesmo contexto sociocultural. Entende-se que a referência de “aprender com as pessoas”, pela “metodologia do diálogo”, só aconteceu pela inclinação para somarem novas experiências em suas vidas.

O diálogo, para Freire (2005, p. 93), é uma condição existencial dos indivíduos, um encontro onde se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos, dirigidos à realidade a ser transformada e humanizada. Por essa razão, para esse autor, não se pode reduzi-lo a um ato de depositar ideias de uma pessoa para outra, mas trata-se de um ato de criação. “Nesse encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão buscam saber mais”. Além disso, Freire argumenta que no diálogo, para ser consolidado como tal, há de se ter a confiança entre os sujeitos envolvidos e a esperança nesse encontro. “A esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca, para *ser mais*”. Se esses indivíduos nada esperam do encontro, já não há diálogo. Torna-se um encontro vazio, improdutivo e normativo (FREIRE, 2005 p.95). Por essa discussão, a análise das falas conduz à interpretação de que nessas “*conversas*” consolidou-se um encontro dialógico, pois, segundo os participantes, foram produzidos novos conhecimentos, novas experiências e novos ângulos de olhar aquela realidade.

No que se refere aos meios de comunicação, exemplificados pela televisão, percebeu-se que foram utilizados por esses participantes, como elemento de acesso às informações relacionadas à saúde. Foram apontados pelos sujeitos geralmente conjugados com outros “meio de educação em saúde”, como se, isolados, não fossem suficientes para mover um processo de ensino-aprendizagem. Assim, pela análise dos relatos, alguns entenderam que o processo de construção do saber em saúde só poderia ser consolidado pela articulação dos diferentes meios: “*a gente ouve falar, no próprio grupo, ouve na*

televisão, pessoas mesmo conversando” (S 7, 48 anos). Em conformidade com as falas desses participantes, Vasconcelos (2007) reconhece os meios de comunicação como uma das interfaces da educação em saúde. No entanto, em seu texto, o autor refere que, na maioria das vezes, as ações educativas em saúde veiculadas nesse espaço são construídas com pouca articulação com o cotidiano de seus espectadores e dos serviços de saúde. Por essa razão, o autor sinaliza para a importância de articular as mensagens desse meio de educação com os conhecimentos construídos em experiências localizadas, como no cotidiano dos serviços de saúde.

A influência do **saber popular** também foi observada, como elemento importante na construção do saber em saúde dos participantes desta pesquisa. Nesse aspecto, alguns sujeitos apontaram, como “metodologias” de aprendizado, a observação do cotidiano e a sua própria história de vida. Essa reflexão pode ser evidenciada no seguinte depoimento:

Eu sei que tem que fazer caminhada, andar. Eu viajo de ônibus e vejo as pessoas caminhando nas ruas, fazendo caminhada. É muito bom para saúde isso aí. [...] Se cuidar com alimento, no sal, não exagerar em alimento, nem em coisa nenhuma. [...] isso eu sei desde criança. Porque onde eu me criei, o sal não é alimento, é um tempero. Quanto menos, melhor! (S 2, 80 anos)

Os elementos apreendidos no relato apresentado suscitam a valorização, por parte de alguns sujeitos, de suas experiências de vida na construção do saber em saúde. Na sua visão, a educação em saúde iniciou-se no contexto social e familiar, influenciado tanto pela relação entre seus membros, quanto pelos valores, crenças e práticas de vida assumidas e transmitidas entre eles. Logo, é um processo iniciado na infância, que acompanha a história dos indivíduos. Como “ferramenta de aprendizagem”, os entrevistados apontaram a observação do contexto sociocultural, destacando a dinâmica de vida das pessoas, ou seja, a forma como interagem entre si e com o meio em que estão inseridos.

As ideias de Freire (2000, p. 139) sustentam essa argumentação, ao afirmar que “a leitura do mundo” revela a tarefa assumida pelo indivíduo como “sujeito no próprio processo de assimilação da inteligência do mundo”. Essa interpretação deve ser considerada como “um ponto de partida para a compreensão do papel da *curiosidade*, como um dos impulsos da produção de conhecimento”. Isso representa dizer que a construção do conhecimento dos sujeitos deve partir da interpretação crítica que eles fazem do seu contexto de vida, para, assim, torná-lo capaz de ser aplicável àquela realidade.

Nesse caso, constatou-se a atuação desses participantes como autores de seus conhecimentos, no momento em que conseguiram refletir as suas realidades e, pela

interpretação dos elementos captados nela, construíram o seu saber em saúde. Não se pode negar, também, uma sutil influência do saber científico no posicionamento desses participantes, ao apontarem especificamente tais informações (atividade física e restrição do sal). Dessa forma, entende-se que a construção do saber partiu da observação e reflexão crítica da realidade sociocultural – dos conteúdos práticos do saber popular que esses sujeitos conseguiram associar aos conteúdos científicos explicados a eles, de forma teórica, pela equipe de saúde. Em suma, tratava-se de um saber prático construído socioculturalmente, sob a influência de informações científicas, teoricamente ensinadas.

5.3 Práticas de vida: influências do saber popular e saber científico

Na convivência com os sujeitos da pesquisa e por meio das entrevistas realizadas, evidenciaram-se algumas práticas de vida adotadas por eles, as quais influenciavam e eram influenciadas pelo processo saúde/doença/cuidado. Essas práticas podem ser definidas como representações, sentidos e valores vinculados ao conjunto de interações socioculturais que unem, entre si, indivíduos e grupos que partilham o mesmo contexto e se assemelham em suas potencialidades e dificuldades (ACIOLI, 2006). Compreendem as maneiras de fazer, pensar e sentir das pessoas, frente ao processo saúde/doença/cuidado, estabelecidas em um determinado contexto sociocultural.

Nesse entendimento, observou-se que as práticas de vida presentes no cotidiano desses sujeitos eram, na maioria das vezes, embasadas em informações científicas interpretadas pelo saber popular, o qual é construído e partilhado naquele contexto sociocultural específico. Isso significa dizer que as práticas de vida são construídas por várias fontes de conhecimentos que vão sendo incorporados às experiências e sensações dos sujeitos e, mesmo pertencendo a um determinado grupo sociocultural, irão nortear a vida de cada integrante de maneira singular.

As práticas de vida discutidas nesta categoria, voltadas à saúde, à doença e ao cuidado, foram apontadas pelos participantes como ações importantes no cuidado familiar. Além disso, foram identificadas a partir da observação do contexto domiciliar, o que possibilitou o alcance de elementos do cotidiano que transcendiam às falas captadas nas entrevistas. Nesse sentido, destacam-se principalmente as práticas na alimentação, as terapias populares e ações que envolvem os fatores emocionais.

As **práticas alimentares** foram as mais recorrentes nas falas dos participantes desta pesquisa. A alimentação tem papel fundamental na perspectiva dos valores e hábitos culturais pertencentes a um dado contexto de vida. Constatou-se que as práticas alimentares desses sujeitos foram construídas com base nas suas histórias, com influência do que aprenderam no seu contexto familiar, desde a infância. Nesse sentido, sofrem forte influência do **saber popular**. Isso pode ser percebido nas falas a seguir:

Eu sou antiga, o sistema antigo era outro dos alimentos. [...] é uma alimentação forte de sustância. Porque coisinha não alimenta! Hoje em dia é na base da frutinha, das coisinhas leves. Eu como qualquer tipo de fruta! Mas, não, como alimento. Eu como por lanchzinho, fora de hora. [...] eu sou muito da hora para almoçar, jantar... [...] que eu me criei com horário de comer, horário para o descanso e para o serviço. E eu acostumei a minha vida inteira assim. Então o organismo da gente acho que acostuma. (S 6, 78 anos)

Porque, na verdade, quando a gente nasce, quando a gente é pequeno, a gente não conhece sal. [...] Não conhece nada! Tu vê que coisa, que a pessoa tem que comer com sal, com gordura, com açúcar! [...] Foram inventando! (S 9, 68 anos)

Observou-se que as práticas alimentares desses sujeitos, tanto no que se refere ao tipo de alimento quanto à organização das refeições, em relação à frequência e horários, são hoje norteadas por influência do contexto vivenciado em suas famílias. Isso vem ao encontro do entendimento de que a história de vida, assim como o contexto em que estão inseridas, são fatores determinantes para as escolhas referentes às práticas de vida assumidas por essas pessoas.

Nesse entendimento, as práticas alimentares, segundo Canesqui e Garcia (2005), representam um fenômeno sociocultural historicamente derivado, o que significa dizer que é moldada pela cultura e resultante da organização da sociedade. Por essa razão, as escolhas alimentares são estabelecidas muito cedo, desde a infância, onde são também construídos os significados do ato de comer, assim como a forma com que se organizam e se estruturam as práticas alimentares.

Além disso, percebeu-se que a entrevista oportunizou um momento de reflexão para alguns participantes, sobre as formas como são estabelecidas as práticas de vida dos indivíduos. Essa reflexão resultou na concepção, por parte desses sujeitos, de que o ato de comer não é ditado apenas pela função nutricional, mas também por representar uma ação que proporciona satisfação e prazer. E é por esse entendimento que se justificam as dificuldades para se estabelecerem mudanças nas práticas alimentares.

Ainda nesse sentido, observou-se que as práticas alimentares populares são associadas àquelas aprendidas com o **saber científico**. Alguns participantes referiram essa integração de saberes, ao se reportarem à escolha de sua alimentação, exemplificado pelo depoimento abaixo:

Eu não posso comer muito arroz, a Dr^a me disse. [Então] a comida é mais legumes, verduras. [...] Antes de começar a almoçar, eu como um pratinho com salada. Depois, que eu vou comer comida. Que daí a gente não se empanturra de outras coisas. [...] Aprendi nas reuniões [grupo] (S 9, 68 anos)

Observa-se que essa foi uma estratégia assumida como forma de reorganizar as refeições pautadas em informações científicas, com o intuito de priorizar os alimentos mais “saudáveis”, em detrimento dos mais calóricos. Dessa forma, constata-se a influência do conhecimento científico no saber popular, repercutindo em adaptações nas práticas alimentares.

Corroborando essa argumentação, Canesqui (2005), ao revisar estudos antropológicos sobre a alimentação, refere que foram observadas, em diferentes grupos socioculturais, tanto a influência do saber popular sobre a alimentação dos indivíduos, quanto a associação deste com o “saber nutricional” dos profissionais da saúde, divulgado nos serviços de saúde e na mídia. Assim, as práticas alimentares desses sujeitos eram embasadas na reinterpretação do saber científico, sob o olhar das configurações culturais do saber popular.

Outra situação evidenciada entre os sujeitos da pesquisa é a influência da **dinâmica familiar** na alimentação. As pessoas, por viverem dentro de uma estrutura familiar, norteiam a organização de suas práticas de vida por uma série de fatores, que não dependem somente de um membro dessa família. Algumas famílias fazem arranjos e se estruturam a partir das necessidades de seus membros, como nas situações a seguir:

Se eu fosse sozinha, eu não iria jantar! [...] Porque, daí, eu não iria fazer janta só para mim. Mas meu marido janta, meu filho adolescente está em fase de crescimento, janta. [...] Eu venho ali, faço e acabo comendo! Impossível tu ir fazer e não comer! [...] Dentro do hábito da família! (S 7, 48 anos)

Quando eu salgo um pouquinho a comida, ele [marido] até reclama. Porque ele me cuida muito, ele tem muito medo que me dê uma coisa. Da pressão alta. [...] nesse sentido ele me cuida! [...] É, mais um estímulo para mim! (S 7, 48 anos)

Entende-se que as práticas dos sujeitos são fortemente influenciadas pela organização cotidiana da dinâmica familiar. Para haver arranjos nas práticas de vida dos portadores de HAS, principalmente os que envolvam adequações do cotidiano dessas

peessoas, eles devem atingir o âmbito familiar, para assim poderem ser efetivados de forma contínua e comprometida. Sendo as práticas alimentares constructos sociais, as refeições são momentos de sociabilidade e de encontro das pessoas, na vida diária. Relacionam-se às instituições sociais a que pertencem, nesse caso a instituição familiar, a partir do desenvolvimento histórico (CANESQUI, 2005), podendo ser (re)adaptadas de acordo com a necessidade dos membros dessas instituições.

O ato de comer não se reduz à seleção de quantidades calóricas e de nutrientes necessários para manter o corpo em seu funcionamento adequado. Contudo, envolve escolhas e adequações alimentares para diferentes ocasiões e para aqueles a quem se destina, assim como a forma como são avaliados os efeitos dos alimentos sobre o corpo (CANESQUI, 2005). Com isso, “os motivos de saúde e as prescrições médicas presidem um conjunto de práticas de cuidados na manipulação e no uso dos alimentos” (CANESQUI, 2005, p. 34).

Visualizou-se, nesses depoimentos, que realmente ocorreu uma adaptação das práticas alimentares dessa família, a tal ponto que foi assumida por todos os membros. Entende-se que isso representa uma forma de cuidado familiar, pois a participação ativa de outros membros da família, frente a esses arranjos, atua como um suporte e estímulo ao portador, para o enfrentamento de sua condição crônica. O apoio familiar, segundo Vieira (2004), representa o meio no qual as pessoas se apoiam, para os cuidados básicos com as doenças. Constitui-se, dessa forma, em uma poderosa e eficiente rede de apoio que atua “amortecendo” os impactos da vida cotidiana, frente à cronicidade. Nesse sentido, Budó *et al* (2008) refere que, em situações de fragilidade, há necessidade da presença e carinho do cuidado da família, que exige o compartilhar de compromissos, aqui representado pelas adaptações das práticas alimentares, assumidas por toda família. Essas adaptações feitas no cotidiano popular são fortemente influenciadas pelo saber científico, nesse caso, a redução da ingesta de sal presente na fala da maioria dos participantes.

Outro dado encontrado como determinante, para as práticas dos participantes desta pesquisa, refere-se aos **fatores emocionais**. Percebeu-se, na convivência dos participantes e nas entrevistas, que as pessoas reconhecem como importante conservar o equilíbrio emocional, como forma de assegurar a saúde, por influência do saber científico e de suas experiências de vida. Já o saber popular interfere na determinação das estratégias estabelecidas pelos indivíduos, para alcançarem esse equilíbrio, partindo do seu contexto de vida. As estratégias observadas nesta pesquisa envolvem ações como nutrir sentimentos

e pensamentos positivos, realização de atividades que mantenham a mente ocupada e posicionamento de adaptação frente às mudanças da sociedade, conforme os depoimentos a seguir:

Porque às vezes a gente carrega muito peso que não deve carregar. A gente tem que carregar, colher aquele fruto que é bom! Porque, quem guarda a semente boa e o fruto bom, ele dá prosperidade! E se tu vai guardar uma semente podre, aquela tu não tem prosperidade nenhuma, não evolui, não vai para frente! E ainda é capaz de derrubar para trás! Quando tu vês, se tu não tá bem firmezita, tu tomba! [...] Então, eu nunca pego o lado errado. Eu embarco no carro certo! “Ecco”! [...] Porque a gente tem de ver o que é certo para gente e o que é errado! (S 8, 65 anos)

Como que tu vais segurar a ansiedade? Que vem da pessoa. [...] Tem a hora que a pessoa é fraca! A gente tem medo! É aquela fraqueza. Mas se tu pensar assim: Ah, Deus tá me cuidando, então pode vim! [...] Daí me passa aquela coisa! Então não dá para encucar! (S 9, 68 anos)

Frente aos discursos, constatam-se diferentes estratégias com o mesmo objetivo, ou seja, manter o equilíbrio emocional como forma de cuidado à saúde. Nesse sentido, segundo Canesqui (2007^a), “estratégias” são modalidades de ajustamento que as pessoas fazem diante da cronicidade. Assim, ao selecionar os sentimentos e pensamentos que devem ser cultivados, em detrimento dos que não devem, esses indivíduos estariam assumindo uma prática de cuidado à sua saúde. Entendem-se intrínsecos a essa discussão os valores de certo e errado assumidos pelos sujeitos, que se entende serem determinados socioculturalmente, por meio do saber popular.

Observa-se outra estratégia utilizada por alguns sujeitos desta pesquisa, para o enfrentamento ao desequilíbrio emocional: apoiar-se na crença de que um Ser Superior esteja “olhando” pela sua saúde. Entende-se que isso representa uma prática de cuidado, pois atua como forma de resgatar sentimentos e pensamentos benéficos à saúde. A esse respeito, Saad, Masiero e Battistella (2001, p.108), em uma revisão de produções científicas sobre espiritualidade e saúde, referem que “essa crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa”. Assim, afirmam que há uma relação entre a fé e a saúde mental, pois as pessoas se adaptam com mais sucesso às situações de desequilíbrio emocional e estresse.

Ainda sobre a influência dos fatores emocionais, alguns sujeitos destacaram a ocupação, por meio de **atividades lúdicas e intelectuais**, como forma de manter a mente em atividade, objetivando a manutenção da saúde. Observou-se, no cotidiano de alguns participantes, por meio das visitas domiciliares, práticas que envolviam o exercício intelectual e ainda atividades de diversão e entretenimento, como estratégias de cuidado.

Além disso, eles exemplificaram essas atividades, durante a entrevista, pela leitura e jogos educativos, conforme as falas abaixo:

Então, gosto de ler. Mais é a Bíblia. [...] Eu leio todos os dias! Se tiver um tempo, pego a Bíblia e vou ler. Além de ser bom para o espírito, é bom para mente! Abrir a mente, ativar a memória! Por isso que eu gosto de estar sempre lendo. Porque eu sei que me ajuda na mente! (S 9, 68 anos)

Eu gosto muito de joguinho. Eu já me criei desse jeito, brincando, então eu gosto muito. Passa o tempo e eu me entretenho um pouco, também. Que às vezes, a pessoa parada fica só pensando asneiras na vida. [...] Então, eu sempre procuro estar com a mente fazendo alguma coisa! Sem pensar no passado. O passado às vezes é muito amargo para pessoa. [...] E assim eu vou indo. (S 3, 50 anos)

A leitura foi apontada como atividade intelectual, com o objetivo de exercitar e ativar a memória, visualizada como estratégia de conservar a saúde mental. Verifica-se, no discurso supracitado, que associar a prática com o conteúdo da leitura, nesse caso a Bíblia, torna-se uma forma de potencializar o cuidado à saúde, ou seja, torna-se duplamente eficaz “Além de ser bom para o espírito, é bom para mente!”. Isso reitera a articulação entre a manutenção da saúde e a fé dos sujeitos, como uma prática de cuidado ao espírito.

A ocupação também foi visualizada pelos participantes como estratégia para afastar a mente do ócio. Entende-se que a desocupação foi interpretada como uma ameaça à saúde mental, uma vez que oportuniza pensar sobre fatos não benéficos para as suas vidas. Nesse sentido, ocupar a mente com atividades lúdicas, como jogos, além de promover distração e divertimento, assegura que eles se mantenham distantes desses sentimentos e pensamentos prejudiciais à saúde. Dessa forma, confirma o entendimento da ocupação como prática de cuidado à saúde. Esses achados se aproximam das considerações elencadas por Acioli (2006), sobre as atividades de ocupação como práticas empregadas com o intuito de desviar a mente dos problemas, e, com isso, ajudando as pessoas a sentirem-se bem e em paz. Assim, essas práticas foram apontadas como forma de distração. E, ainda, por proporcionarem relaxamento, atuam como uma “terapia” para aqueles que as executam.

Outro aspecto apontado pelos participantes, referente à influência dos fatores emocionais nas suas práticas de vida, se trata das **estratégias de adaptação** assumidas por eles, frente às mudanças da sociedade. Observa-se que, ao refletirem sobre as transformações assumidas pela sociedade, as quais conseguem visualizar durante suas vidas, referem que procuram acompanhar tais mudanças como uma estratégia de cuidado à saúde, como pode ser verificado pela fala a seguir:

É como eu digo, cada um vai evoluindo diferente. Que agora é tudo diferente! [...] Se a gente, que é de outra geração, não acompanhar, a gente que está se prejudicando. [...] se eu não quero acompanhar, se não quero evoluir... Por que vou estar me impressionando pelo modernismo?! E vai mudando, cada vez mais. E temos que acompanhar! Eu acho que é por isso que eu vivo, viu! (S 6, 78 anos)

Frente ao apresentado, entende-se que, mesmo não concordando com muitos posicionamentos assumidos e defendidos pela sociedade atual, tão diferente da maneira em que foram criados, alguns sujeitos assumiram um posicionamento de evolução diante do “modernismo”. Infere-se, a partir dessa argumentação, que esse comportamento compreende uma forma de cuidado à saúde, numa perspectiva de inserção nas mudanças ditadas pela realidade social, como o objetivo de “viver bem em sociedade”. Entende-se que essa ação está intimamente vinculada à forma com que as pessoas veem e se veem no mundo. Nessa discussão, ainda estão imbricados valores e princípios, como concepções influenciadas pela cultura dos sujeitos, construídas em um dado momento histórico, as quais afetam diretamente as suas escolhas de vida. A esse respeito, Freire (2000, p.60) menciona que o fato de se visualizar no mundo, com o mundo e com os outros coloca o indivíduo em uma posição de inclusão nesse mundo, e não de indiferença a ele. Afinal, a presença do homem no mundo não deve ser a de quem a ele se adapta, mas a de quem a ele se insere.

Subordinados à posição sociocultural no mundo e às experiências vividas, os cuidados com a saúde recebem diferentes interpretações dos sujeitos, o que se torna decisivo nas estratégias a serem adotadas por eles. Dessa maneira, segundo Vieira (2004, p.77), “o mundo de fora entra na vida e nos corpos, tanto para tratar e controlar, quanto para curar”. Nesse entendimento, a prática de cuidado estabelecida por esses sujeitos foi adaptar seus modos de vida ao mundo contemporâneo, a fim de estabelecer uma relação de troca com o mesmo. Dessa forma, corrobora com o entendimento de que a realidade sociocultural em que os indivíduos estão inseridos tem íntima relação com as práticas de vida escolhidas, pois elas se apoiam no saber popular intrínseco àquele contexto.

Outro dado apontado pelos participantes como fator que influencia na determinação de suas práticas de vida, nesse caso de cuidado à saúde, refere-se ao uso das **terapias populares**, de forma isolada ou associada a outras. Observou-se um predomínio, nas práticas de cuidado populares, do uso de plantas medicinais:

Eu tomo, eu gosto de chá! Tomo por toma, para esquentar, porque é frio! Quando eu tomo por remédio, às vezes eu tomo chá de boldo, depois que eu almoço. [...] E chá de guavirova, para o colesterol, diurético [...] tomo mais no chimarrão. Ponho na térmica uma folhinha, duas! [...] Mas não são todos os

dias que eu tomo. Um dia faço um, outro dia tomo outro. [...] Tem o poro, o boldo, é muito bom para o fígado. Às vezes a gente come demais e fica com má digestão. Aí tu só esmaga ela assim, e bota água na hora, fica amarguinha, tu toma e já faz a digestão. (S 7, 48 anos)

[...] a minha pressão não controlava. Eu ia no médico [e ele] mandava a receita de remédio e eu não comprava. Eu chegava em casa, apanhava limão, espremia num copo, botava um pouquinho de açúcar e tomava. Dali uns dias [...] tava boa a minha pressão. Lá mais uns dias[,] eu parava, porque o limão afina o sangue, alterava de novo. E por ali ia. Até que foi, foi, que decidi: Agora vou tomar remédio para controlar. (S 8, 65 anos)

Quando me dá dor, eu passo uma fumentação que tem ali. Com tudo quanto é erva, um eito de coisa [uma série de coisas]! [...] é meu marido que faz. E isso aí é muito bom! [...] Agora eu [tenho dor] tomo remédio, afumeto e passa. (S 3, 50 anos)

Constatou-se que as práticas de cuidado populares eram utilizadas pelos sujeitos, nesse caso por meio de plantas medicinais, tanto em situações de doença, quanto para conservar a saúde. Baseavam-se em experiências empíricas, adquiridas ao longo da vida desses sujeitos, cujos resultados, positivos ou negativos, respaldavam a confiabilidade e aplicabilidade dessas práticas, no contexto sociocultural que pertenciam. As informações que subsidiam as terapias populares eram, normalmente, repassadas de forma assistemática, entre os membros da família, ligadas à tradição e a costumes socioculturais. Isso representa dizer que essas práticas amparam-se em um saber prático, originado nos sentidos e valores produzidos na experiência cotidiana de enfrentamento das necessidades de cuidado.

Percebeu-se que terapias populares foram apontadas de maneira independente e também associadas a outras terapias, como, por exemplo, o uso de medicamentos. Entende-se que essa utilização conjugada de terapias popular e profissional, uma complementaridade de saberes (popular e científico), acontece com o intuito de uma potencializar o efeito da outra. Nesse aspecto, Acioli e Luz (2003) referem que o itinerário de cuidados à saúde é trilhado pela população com base nas estratégias de enfrentamento dos grupos, orientadas por várias influências: institucionais, familiares e referentes ao grupo sociocultural. Dessa forma, misturam elementos do saber científico da biomedicina, com o saber popular. Na visão de Kleinman (1980), essa mistura de elementos resulta na interação dos setores de cuidado à saúde popular e tradicional (*folk*) juntamente com o profissional, o que ocorre pelo fato de os indivíduos transitarem constantemente entre eles.

Cabe mencionar, nesse sentido, a influência do conhecimento científico em relação às terapias populares, no que tange à validação das informações utilizadas para nortear tais práticas de cuidado. Como exemplo, tem-se o uso de plantas medicinais, que emergiu das

práticas e do saber popular, sendo gradativamente legitimado pelo saber científico, validando cientificamente essa forma de terapia. Conforme Badke (2008), o uso popular das plantas, em relação às funções e indicações dessas substâncias, é comumente ratificado pela comunidade científica, por meio de pesquisas, principalmente nas áreas da Biologia e da Farmácia.

Ainda em relação às práticas populares de cuidado, observou-se a existência de pessoas que apresentavam uma função especial dentro da comunidade – os especialistas do cuidado popular. São indivíduos que possuem papel de referência na população, devido aos seus conhecimentos e habilidades, que lhes conferem maior competência para exercer o cuidado às pessoas que deles necessitavam. Isso pode ser verificado nos relatos a seguir:

Eu sou meio batuqueira [risos], eu benzo. [...] Eu aprendi com a minha mãe. Eu benzo assim, para quebrante, dor de cabeça, uma dor de dente, cobreiro, verruga. [Para HAS] Não existe. (S 5, 73 anos)

Sou Mãe de Santo, jogo búzios, jogo carta, eu atendo assim... [...] E a gente procura ajudar as pessoas, quando procuram a gente, que precisam de uma paz espiritual. A gente procura fazer o que sabe e o que está ao alcance. [...] Muita gente que vem aqui, às vezes doentes, e a gente faz um serviço desses para saúde, e a pessoa se recupera [...] porque acreditou naquilo, conseguiu aquilo que veio buscar! (S 7, 48 anos)

Entende-se que essas pessoas estavam inseridas na rede de cuidados dessa comunidade no papel de especialistas, por suas habilidades e conhecimentos frente às práticas de cuidado popular. Ao mesmo tempo, apresentavam um posicionamento menos especializado, quando comparado ao cuidado profissional. Logo, conforme Kleinman (1980), esses participantes pertenciam ao setor tradicional ou *folk*, o qual se embasa na medicina tradicional, culturalmente aprendida. Assim, desempenham funções como especialistas ou “terapeutas populares”, pois suas competências e saberes lhes conferiam tal qualificação.

Nesse aspecto, Helman (2003) intitula essas pessoas de curandeiros, por serem especializadas em diferentes formas de cura. Utilizam, para tanto, diferentes conhecimentos e habilidades, como especialistas em plantas, espiritualistas, pessoas que curam pela fé, entre outros.

Nos relatos apresentados, o que diferencia esses terapeutas populares, dentro dessa comunidade, é sua maior preparação frente ao conhecimento religioso e, com isso, lhes é atribuído o título de cuidadores mais preparados. Assim, infere-se que a maior contribuição dessas terapeutas, aos indivíduos que buscam seus cuidados, está em oferecer conforto e

força nas situações de fragilidade – no caso da benzedeira, e ainda respostas àquilo que não pode ser explicado dentro do setor profissional – no caso da Mãe de Santo.

5.4 Mudanças nas práticas de vida como resultantes do saber construído

A convivência com a doença crônica é mediada, na vida de seus portadores, pelas crenças e valores socioculturalmente produzidos e compartilhados, pelo significado (*illness*) individualmente construído e pela influência da representação biomédica sobre a enfermidade (*disease*). Nessa rede de significados se incluem, ainda, as condições de vida de seus portadores e as formas de conhecimento dos mesmos, sobre essa enfermidade.

Nesse entendimento, a “cronicidade” da nova condição impõe aos sujeitos a mobilização de recursos de diferentes esferas, para que consigam enfrentar a situação com a maior qualidade de vida possível. Apoiando-se nessa reflexão, esta categoria aborda, no item *Depois que fiquei hipertensa, comecei a me cuidar*, as mudanças nas práticas de vida atribuídas pelos sujeitos desta pesquisa como repercussões da convivência com a hipertensão. Em seguida, no item *Com o grupo, eu aprendi a me cuidar melhor*, discorre-se sobre as influências em relação a essas mudanças e, por fim, no item *Mandam a gente fazer assim, mas eu faço do meu jeito*, faz-se uma reflexão sobre a interface entre as mudanças na vida dos entrevistados e o saber em saúde, por eles construído.

5.4.1 *Depois que fiquei hipertensa, comecei a me cuidar*

Quando questionados sobre se houve **modificações em suas vidas após descobrirem-se portadores de HAS**, a maioria dos participantes respondeu positivamente, relatando que passaram a ter um **maior cuidado com a saúde**. Dentre essas mudanças, observou-se um predomínio significativo nos relatos remetendo-se às práticas alimentares. Além disso, foram as primeiras mudanças lembradas pela maior parte dos sujeitos. Associados ou não às modificações na alimentação, alguns apontaram também o uso de medicamentos e a realização de atividades físicas regulares, conforme os depoimentos a seguir:

Sim! Mudei muito! Comecei a me cuidar! Sempre, sempre, é mais legumes que outras comidas. [...] a gente tem que deixar muita coisa para trás. Por exemplo, eu gostava de comer carne de porco, morcilha, torresmo, carne frita, [carne]

gorda... Bah!, que eu gostava! Isso não tem mais na minha vida! Fora do cardápio! [...] É bom para comer, mas não te faz bem! (S 9, 68 anos)

[...] mudou, porque eu tenho que tomar remédio e tenho que me cuidar mais na alimentação. Antes eu comia doce, comia tudo que era coisa que via pela frente. Agora não! [...] o sal não comer tanto, fritura também! Antes a gente não se importava muito. (S 4, 47 anos)

Grande parte das mudanças relatadas foi estabelecida, no cotidiano desses sujeitos, de forma que alterou completamente algumas de suas práticas de vida. A convivência com as doenças crônicas exige mudanças e adaptações, muitas vezes de forma radical na vida de seus portadores, cujo objetivo é conservar a saúde. Situações novas e inesperadas impõem respostas adaptativas baseadas em novos conhecimentos e experiências. Nesse entendimento, esse processo é contínuo e diário, e interfere em todas as esferas da vida do indivíduo, impondo limites, ou até mesmo privando de simples prazeres.

As práticas alimentares foram as que sofreram maiores mudanças, nas quais eles envolveram tanto abdicar de determinados alimentos de suas preferências, pautados no entendimento que estes seriam prejudiciais, quanto priorizar outros, por entenderem ser benéficos à saúde. Nesse sentido, destacaram alimentos ricos em gordura animal e o sal como os principais itens que deveriam ser evitados, enquanto que as frutas e verduras foram os alimentos a serem priorizados em suas dietas. Além disso, alguns sujeitos destacaram modificações na distribuição e organização das refeições, ou seja, em porções menores, mas em maiores frequências.

O fato de passarem a usar medicações diariamente também foi visualizado por alguns participantes, como uma mudança em suas vidas. Geralmente se observou isso em associação com as práticas alimentares, como se as duas ações estivessem inter-relacionadas. Ainda nesse contexto, a realização de atividades físicas regulares também foi associada às práticas alimentares por alguns participantes, com a mesma ideia de interdependências entre essas ações, no entanto, menos expressiva do que o uso de medicamentos.

Esses achados vão ao encontro de outros estudos semelhantes (VIEIRA, 2004; SILVA; SANTOS, 2004; TEIXEIRA *et al* 2006; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003), quando afirmam que os portadores de doenças crônicas enfrentam drásticas mudanças em seus cotidianos, onde novos comportamentos e rotinas são estabelecidos pela necessidade de organizarem suas vidas para seguir o tratamento indicado. De maneira geral, esses estudos mostraram que as principais mudanças referidas pelos sujeitos estavam associadas principalmente às práticas alimentares (como a redução de sal e de alimentos ricos em

gordura), seguida de práticas de exercícios físicos (principalmente a caminhada) e uso de medicações anti-hipertensivas. Visualizou-se que a preocupação em seguir uma alimentação mais saudável foi o dado mais recorrente nos estudos analisados, assim como na presente pesquisa, o que suscita grande simbologia e valorização da alimentação na sociedade atual, frente às condições de saúde e/ou doença.

Para outros participantes, observou-se que as mudanças após o diagnóstico de HAS foram assumidas de maneira parcial, em relação às suas práticas de vida. Assim como na discussão anterior, as mudanças centralizaram-se nas práticas alimentares, principalmente em relação aos tipos de alimentos a serem evitados, e ainda em relação à organização das refeições. Essas argumentações são comprovadas pelas seguintes falas:

[...] Depois que eu fiquei hipertensa, o sal não vem mais para mesa. É difícil! Às vezes, me dá aquela vontade de comer um tomate com um pouco de sal, aí eu tenho que comer! [...] eu estou diminuindo o sal. Já faz um tempinho que eu estou tentando diminuir o sal. [...] e de noite, eu me acordava de madrugada e comia. Agora, até que eu estou deixando um pouco. Estou tentando deixar. [...] Que eu sei que é bom para minha saúde. Mas uma vez por semana ainda bato a geladeira de madrugada. Não adianta! (S 3, 50 anos)

[...] muita coisa que a gente facilitava para comer, muita coisa gorda, frita, eu diminuí muito, muito! A gente sabe que não é bom. Eu era muito da fritura. Hoje em dia, lá de vez em quando, só quando tem muita vontade, a gente come alguma coisa de fritura. E no mais é normal. (S 6, 78 anos)

Os depoimentos desses participantes traduzem a dificuldade enfrentada por eles para assumirem integralmente algumas mudanças em suas práticas de vida, principalmente em relação à alimentação. Entende-se que tais dificuldades envolvem tanto questões individuais, como o próprio prazer proporcionado em ingerir alimentos de suas preferências, quanto questões da dinâmica familiar, pelos costumes e hábitos acerca da alimentação nas suas famílias. Segundo Canesqui (2005), são os conhecimentos dietéticos tradicionais, acumulados ao longo da vida dos sujeitos que oscilam, com a assimilação do saber nutricional científico, muitas vezes de forma incompleta e fragmentada, que orienta suas práticas alimentares na contemporaneidade. Isso representa dizer que é uma reinterpretação do conhecimento popular, com sua influência sociocultural, somado aos elementos extraídos do discurso dos profissionais da saúde, embasados nas informações dos nutrientes e de seus efeitos na saúde/doença, que norteiam as práticas alimentares das populações. A autora menciona que, apesar do conhecimento sobre o valor nutricional e a importância conferida à substância de certos alimentos, não é apenas a crença nas suas propriedades científicas que orienta a escolha da dieta. Estão imbricados, nessa escolha,

elementos como o sabor, a preferência pessoal, as sensações, as indicações por ocasião, as possibilidades de acesso e, principalmente, as características da dieta que marcam a identidade do grupo sociocultural (CANESQUI, 2005).

Os depoimentos apresentados sinalizam que esses sujeitos projetaram incorporar essas modificações de forma gradual, em suas vidas. Entende-se, nesse aspecto, tratar-se de uma estratégia para minimizar o impacto de assumi-las completamente, num único momento. Como forma de diminuir esse embate, eles se permitiam desconsiderar as restrições alimentares quando sentiam essa necessidade. Favoreto e Cabral, (2009) sinalizam que a possibilidade de transformar o significado de saúde e doença, por meio de suas práticas de vida, motiva os sujeitos a buscarem novos hábitos que promovam o seu bem-estar. São as formas de ressignificarem a carga atribuída à doença e a maneira de lidar com ela que os fazem assumir essas mudanças, na esperança de representarem ganhos em relação à sua saúde, como a redução do peso, da pressão arterial e de tantas outras referências usadas pela perspectiva científica, sem que isso simbolize importantes perdas e rupturas na maneira de levar a vida.

Ainda nessa discussão acerca das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos para assumirem modificações em suas práticas de vida, outros participantes relataram que algumas mudanças ocorreram somente na fase inicial, quando se descobriram portadores de hipertensão. O relato a seguir exemplifica com propriedade essa reflexão:

No início só eu me cuidava, mais na alimentação. A gente ficava mais preocupada. Mas agora não! Agora, a minha alimentação é normal, [é] o que os outros comem. Não faço nada de diferente. [...] porque aqui em casa a gente usa banha mesmo. E o sal é normal. [...] Procuro, sabe... como só um pouquinho. [...] às vezes nem pensando para pressão, mas para não engordar muito. Porque a minha pressão é sempre boa. Desde que comecei a tomar remédio, normalizou! (S 1, 54 anos)

Com o diagnóstico da hipertensão, esses sujeitos passaram a vivenciar uma nova condição em suas vidas, fato que lhes gerou preocupações, principalmente pela evidência do aumento dos níveis pressóricos. O momento do diagnóstico da doença crônica causa um forte impacto nos sujeitos, gerando incertezas e idealizações sobre como irão administrar suas vidas a partir desse evento. A necessidade de mudanças nos modos de vida, o uso de medicamentos, proibições e muitos outros elementos invadem o seu cotidiano, sem que essa pessoa esteja preparada para isso.

No entanto, percebeu-se que, à medida que visualizavam a pressão retornar aos níveis normais, com o uso correto da medicação, a preocupação desses participantes com a

doença diminuiu significativamente. Nesse momento, sentiram-se capazes de amenizar os demais cuidados com a HAS, exemplificados nesse relato, pelas práticas alimentares. Somando-se a isso, a dificuldade de manter as mudanças em seus cotidianos estava fortemente influenciada pela dinâmica familiar desses sujeitos. Dessa forma, segundo os relatos, não foi possível efetivar as modificações no contexto familiar, devido aos gostos e hábitos alimentares de seus membros, construídos ao longo de suas histórias de vida. O posicionamento desses sujeitos não se restringe ao cumprimento passivo do papel atribuído ao paciente: de aderir, acriticamente, às prescrições dos profissionais da saúde. Os sentidos de suas falas se aproximam de uma perspectiva integral, em que o indivíduo se vê como sujeito em suas decisões acerca dos cuidados que irá seguir. Essa decisão é determinada pela identidade e pelo cotidiano de cada sujeito, o qual procura adequar as orientações recebidas às suas condições e limitações (FAVORETO; CABRAL, 2009).

A inclusão de novos hábitos alimentares, assim como de outros hábitos, é um processo cuja formação ocorre ao longo do tempo e, por isso, apresenta um elevado grau de dificuldade. Assim, os indivíduos escolhem seletivamente os cuidados que irão ou não seguir no seu tratamento, com base nas suas histórias de vida. Nessa lógica, com a justificativa de estarem com a pressão normal, não avaliaram a necessidade de organizarem suas refeições de forma diferenciada dos demais membros da família, apoiados na ideia de estabilidade do seu quadro de hipertensão.

Em argumentação contrária à apresentada anteriormente, alguns participantes relataram que as mudanças em seu cotidiano foram consolidadas com o apoio e envolvimento dos demais membros de suas famílias. A fala selecionada elucida essa afirmação:

[...] depois que fiquei com esse problema de pressão, aí a gente já foi se adequando com o sal, com os tipos de alimentação. Claro, as primeiras vezes, eu achava ruim a comida, mas depois... Aí acostumamos! Às vezes ela [filha] faz comida que pesa um pouquinho mais, ele [genro] diz: “Está com muito sal!” Acostumou! [...] Tudo é questão de se adaptar! Aprendendo! (S 9, 68 anos)

O relato apresentado reitera a importância da dinâmica familiar na determinação dos hábitos e gostos de seus integrantes. No entanto, em posicionamento oposto ao exemplo anterior, a família atuou positivamente frente à dificuldade de manter as adaptações pertinentes ao cotidiano do familiar portador de hipertensão. Visualizou-se que as modificações foram assumidas por todos os membros dessa família, a tal ponto que todos participavam ativamente do cumprimento das mesmas.

A família representa um elemento determinante no desenvolvimento sociocultural dos indivíduos. É no contexto familiar que são incorporados os elementos explicativos e/ou de resolução para as situações de adoecimento e de cuidado de seus membros. Por essa razão, o adoecimento ou a dificuldade de conseguir controlá-lo, muitas vezes repercute na necessidade de modificação em toda a estrutura familiar. Novos papéis e identidades são estabelecidos entre os membros da família, delineados pela relação de afeto e apoio às pessoas que vivenciavam a situação de doença (FAVORETO; CABRAL, 2009).

Um dado que merece destaque refere-se à concepção de “adaptação” apresentada por alguns sujeitos, nesta pesquisa. Pauta-se na compreensão de “adaptação” como uma disponibilidade do indivíduo para aprender a viver de forma diferente da qual estão acostumados. Interpretou-se como uma ideia de enfrentamento às necessidades de adequação na vida dos sujeitos, sem que estes sofram com tais modificações. Nesse sentido, sinalizaram que até mesmo os gostos, costumes e hábitos dos indivíduos podem ser readaptados, desde que eles tenham disponibilidade e iniciativa para aprender a viver “com e apesar” das mudanças necessárias em seu contexto de vida. Nesse entendimento, de acordo com Freire (2000, p.86), nos tornamos capazes de *intervir* na realidade, ação indiscutivelmente mais complexa e produtora de novos conhecimentos do que a de meramente a ela nos acomodar. Para esse autor, a mudança implica na reflexão e compreensão da realidade, não pela resignação em face do que não se pode mudar, mas pela vocação de querer “*ser mais*”, ao denunciar o problema e ao anunciar a sua superação.

5.4.2 *Com o grupo, eu aprendi a me cuidar melhor*

Após conhecer as mudanças decorrentes da convivência com a HAS, foram questionados aos sujeitos desta pesquisa sobre os fatores que os influenciaram nessas escolhas. Nesse contexto, foram unânimes as respostas dos entrevistados, ao considerarem essas mudanças motivadas pelas orientações proporcionadas pelo Grupo de Hipertensos e Diabéticos da USF. Percebeu-se que a influência do grupo estava relacionada ao posicionamento assumido pelos participantes nesse espaço. Ou seja, aqueles que apresentaram uma postura menos ativa nas atividades de educação em saúde foram os mesmos que aceitaram mais passivamente as “orientações” da equipe. Essa reflexão pode ser ilustrada pela fala a seguir:

Ah, o grupo foi bom, porque a gente aprendeu muita coisa! [...] que elas davam explicação e orientação de como a gente devia se cuidar e se tratar. E a gente vai mudando. Muda alimentação e tudo. Se tu comias forte de sal, tira o sal. Se tu comias gorduroso, tira a gordura. [...] agora [eu] como a minha comidinha como devo comer. Porque muitas coisas eu sou proibida de comer. (S 08, 65 anos)

Pela análise dos relatos e na observação dos encontros, percebeu-se que uma pequena parcela dos sujeitos assumiu uma postura menos crítica em relação às informações originadas nesse espaço. Nesse sentido, atuaram, como receptores das orientações realizadas pela equipe, a ponto de assumi-las em suas vidas, muitas vezes sem uma reflexão mais contextualizada das mesmas. Nesse aspecto, Freire (2000) assegura que na memorização dos conteúdos (ensinados) não se consolida o aprendizado verdadeiro desse conteúdo. Nesse caso, o educando assume um papel de “paciente” da transferência dessas informações. Isso se observou nas falas de alguns sujeitos desta pesquisa, como no exemplo acima, nas quais são reproduzidas as proibições emitidas pelos profissionais da saúde, sem que se observe uma interpretação crítica sobre elas.

A crítica sobre essa situação, apresentada por Freire (1983, p.43), refere-se ao fato de que o homem moderno vem “renunciando”, sem perceber, à sua “capacidade de decidir”. Suas tarefas lhes são oferecidas por uma “elite” – leia-se, neste contexto, os profissionais da saúde – que as interpreta e lhes apresenta sob a forma de orientações, de prescrições, as quais devem seguir corretamente. Nessa relação, o indivíduo “atua como simples espectador, acomodado às prescrições alheias que, dolorosamente, ainda julga serem opções suas” (FREIRE, 1983, p.45). Com isso, interpreta-se que não houve aprendizado, pois não houve reflexão. Apenas memorização das condutas permitidas e proibidas pelos profissionais. Nesse entendimento, a postura assumida por alguns sujeitos desta pesquisa foi a de renunciar às suas condições e oportunidades de refletirem criticamente sobre as orientações mais viáveis para suas vidas. Logo, renunciaram à sua posição de emancipação frente às suas escolhas.

Em contrapartida, percebeu-se que os participantes que apresentaram um comportamento menos passivo, frente às orientações dos profissionais, estabeleceram as mudanças de forma mais crítica e em conformidade com a sua realidade. Nesse aspecto, verifica-se que estes sujeitos participam mais ativamente, no sentido de que refletiram sobre as informações recebidas nesse meio, antes de incorporá-las no seu cotidiano:

Ah, mudou muita coisa, [das orientações] que a gente ouve lá nas conversas [do grupo]. Para melhor! [...] aprendi a me cuidar melhor, a tomar o remédio certinho. Porque eu às vezes tomava, às vezes não tomava, não tinha aquele

horário. [...] Às vezes esquecia. Se o doutor dizia assim: “Tomar três por dia.”, [eu pensava]: Eu vou tomar só um, para que tomar três, se vai fazer o mesmo efeito? Mas não faz! Não adianta! E antes eu teimava. Agora que eu entendi, eu tomo direitinho! [...] É três por dia, agora é três por dia! Então, isso aí já ajudou bastante. (S 7, 48 anos)

De maneira oposta ao exemplo apresentado anteriormente, percebeu-se que, para grande parte dos sujeitos desta pesquisa, os cuidados orientados pelos profissionais só foram incorporados nos seus cotidianos à medida que conseguiram decodificá-las e avaliar a aplicabilidade em suas vidas. Nesse sentido, percebeu-se que estes participantes compreenderam a associação do cuidado orientado pelo profissional com a repercussão nas suas condições de saúde, ilustrados no exemplo pela importância de seguir a indicação no tratamento medicamentoso, para a estabilidade dos níveis pressóricos. Os argumentos de Freire (2000, p.77) dão sustentação a essa reflexão, ao afirmar que o sujeito crítico e curioso é capaz de se lançar na aventura criadora que é a construção do conhecimento. É a disposição de apreender a concretude do objeto ensinado que torna esse indivíduo hábil a aprender ou mesmo a recuperar um “mal aprendido”, efetivado pela transmissão de conhecimento feita pelo educador. Por essa razão, o aprendizado é muito mais rico do que meramente reproduzir a “lição dada”. Aprender, nessa visão, é refletir, ou seja, “constatar para mudar”. Nesse entendimento, a práxis é a reflexão que conduz a uma ação transformadora da realidade concreta, pois é o reconhecimento verdadeiro dessa realidade. Assim, somente a reflexão autêntica conduz à prática (FREIRE, 2005 p. 59). Isso indica a compreensão de que esses sujeitos, ao assumirem uma postura conscientemente crítica de sua realidade, tiveram melhores condições de compreender a lógica de tais orientações e, assim, tornaram-se mais preparados para escolher se iriam ou não assumi-las.

Outros participantes relataram mudanças mais amplas, associadas ao aprendizado oportunizado pelas atividades do grupo. Nesse aspecto, evidenciou-se que essas mudanças ultrapassam as práticas cotidianas, envolvendo questões mais subjetivas como a percepção sobre suas próprias vidas. O relato apresentado a seguir ilustra essa reflexão:

Depois que eu comecei ali, queria que tu visses como mudou! Eu comecei a reviver de novo! Eu fiquei mais alegre, mais risonha. E eu aprendi muita coisa, depois que eu estou indo ali, que eu fui vendo o outro lado... E como eu estou aprendendo! [...] o que adianta tu pensar nos problemas, tu vai te retrair para a doença! Que agora eu saio, eu me divirto. [...] Eu não pretendo nunca faltar. Estou me sentindo muito melhor, muito feliz! (S 3, 50 anos)

A participação no grupo foi percebida por alguns sujeitos desta pesquisa, como um marco em relação à transformação de suas vidas. Na observação dos encontros e na análise

dos relatos, percebeu-se que essa referência atribuída ao grupo ocorreu pelo fato de ser esse um espaço que oportunizava e estimulava a reflexão dos participantes sobre suas vidas. Como afirmam Favoreto e Cabral (2009), a convivência no grupo promove a formação de uma rede de solidariedade e apoio entre os participantes. Para esses autores, essa redefavorece a construção de novas experiências, as quais irão subsidiar e incentivar esses sujeitos, para a superação de suas dificuldades. Essa reflexão se aproxima de suas falas, quando afirmam que o grupo tornou-se um espaço de estímulo para mudanças, por oportunizar o intercâmbio de motivações e de reforço à autoestima, incitando os envolvidos a encontrarem recursos para lidar com as questões de saúde/doença/cuidado.

A reflexão, na perspectiva de Freire (2005), é a maneira mais eficaz para o homem desenvolver sua consciência crítica, capaz de superar a postura de simples acomodação frente às tarefas cotidianas. Para esse autor, é nessa ação que o indivíduo conseguirá sua imersão como ser histórico-social, logo, como sujeito de suas mudanças. Nessa lógica, o indivíduo, sujeito de suas escolhas, tem a consciência de que o “poder” de criar e recriar sua realidade só será alcançado e conservado através de sua postura crítica. Aí se instala o grande desafio que o homem assume ao atuar como sujeito de sua própria história, ou seja, o de lutar permanentemente por sua liberdade e autonomia (FREIRE, 2005).

Evidenciou-se que, ao compartilharem experiências concretas de vida, os participantes do estudo conseguiram refletir sobre o significado (individual e coletivo) de adoecer, criando uma rede de apoio para elaborar formas individuais e coletivas de superar essa situação. Foi possível, ainda, perceber a sua alegria, ao sentirem-se sujeitos de seu mundo, de estarem lutando para transformá-lo e não acomodarem-se no conformismo frente à imutável condição de portador de doença crônica. Assim o “cuidar-se” é essa luta assumida por eles para modificarem sua realidade, o que, nesse caso, refere-se à atitude de priorizar a sua saúde e não mais viver em função da doença. Assim, modificam o seu destino e visualizam um futuro com mais autonomia.

5.4.3 *Mandam a gente fazer assim, mas eu faço do meu jeito*

Os depoimentos apresentados nos itens anteriores denotam que as mudanças incorporadas no cotidiano dos participantes desta pesquisa foram estabelecidas com base em uma perspectiva mais ampla de vida e saúde. Isso representa dizer que essas modificações estavam articuladas com as diferentes avaliações e interpretações sobre o

significado da HAS (*illness*) na vida desses sujeitos, e também apoiadas sobre suas concepções de cuidado. Além disso, evidenciou-se uma estreita relação entre essas escolhas e as vivências dos entrevistados, a dinâmica familiar, as condições de vida e, ainda, o saber em saúde por eles construído.

A análise das falas direcionou para a interpretação de que realmente houve, para muitos sujeitos desta pesquisa, a construção de um saber em saúde. Justifica-se essa afirmação, pois se percebeu que esses participantes assumiram os papéis de sujeitos da construção e reconstrução desse saber, uma vez que “o objeto ensinado foi realmente apreendido na sua razão de ser” (FREIRE, 2000, p.29), ou seja, interpretado de acordo com o seu contexto de vida. Além disso, ficou evidenciado, nos depoimentos, que as práticas de vida desses participantes foram determinadas por diversos fatores que transcendiam a simples apreensão das informações disponibilizadas pela equipe, apresentando uma atitude crítica frente a essas orientações. Nesse aspecto, evidenciou-se que o saber construído possibilitou que avaliassem a viabilidade de aplicarem essas “mudanças” em suas vidas:

Antes, por exemplo, se tinha mandioca, eu botava mandioca, botava arroz, coisa assim. Agora não! Se tem mandioca, eu como só mandioca. Não como arroz, não como batata... [...] Mas por minha conta! Não só porque disseram que os triglicéridos estavam muito altos, que tinha que diminuir as massas. Mas eu que decidi! É só se a gente quiser! (S 4, 47 anos)

Muita coisa mudou! A gente analisa as coisas, pensa... Eu acho que a pessoa que é hipertensa tem que ter certo cuidado melhor mesmo, para si! Aprender a se cuidar! [...] mesmo que eu digo que eu me cuido pouco, tem sempre alguma coisinha que eu me cuido! Que eu sei que é demais, que é muito forte. [...] que a comida está salgada. [...] Beber também, não que eu não goste. Eu gosto. Mas eu não bebo muito, por causa da pressão. Porque o álcool faz mal, beber demais. O meu limite é esse e chegou. Eu coloco os meus limites! (S 7, 48 anos)

E às vezes a gente vai e come o que não deve comer! Tu dizes: Ah, eu não poderia comer, mas hoje eu vou comer. E aí vai... Que a pessoa é tem que se controlar! Se a pessoa tem aquela força de vontade, se sabe que aquilo faz mal, ela vai se conter. [...] Não adianta eu te dizer: Ah, não come isso aí, que te faz mal. Não adianta proibir! É a pessoa que tem que decidir, dentro dela, que aquilo ali não serve! [...] fritura eu não como! Mesmo gostando, não como. Decidi que não ia comer, não como mais! (S 9, 68 anos)

Os discursos apresentados sugerem que esses participantes reconhecem que as mudanças em suas vidas só foram consolidadas mediante a sua decisão de assumir, ou não, as orientações recebidas da equipe. Nesse sentido, percebeu-se que refletiram sobre tais informações e, embasados nos seus valores e entendimento de certo e errado, delimitaram as mudanças viáveis para os seus contextos de vida. Como argumentam Favoreto e Cabral (2009), quando o cotidiano apresenta-se como o ponto de partida para a construção dos

novos significados para o adoecimento, as orientações ocupam uma representação diferente no modo de pensar dos sujeitos. Nesse sentido, deixam de ser regras no modo de levar a vida e passam a atuar como escolhas mais autônomas, condizentes com suas situações cotidianas.

Em conformidade com esse argumento, Freire (1983; 2000) enfatiza que as prescrições, antes puramente acatadas, passam a ser substituídas por planejamentos decorrentes de reflexões da realidade vivenciada. Ao refutar a antiga postura de objeto da ação, essa pessoa passa a assumir, gradativamente, o papel de sujeito, tornando-se capaz de mudar. Para tanto, segundo esse autor, o otimismo ingênuo deve ser superado pelo “pensar certo”, ou seja, pelo desenvolvimento de sua consciência crítica. Evidenciou-se que esses sujeitos, por meio da reflexão sobre suas práticas cotidianas, superaram a percepção ingênua da realidade e assumiram um posicionamento crítico. Tornaram-se, conseqüentemente, mais emancipados em relação a suas escolhas. Com isso, puderam avaliar mais criticamente as informações disponibilizadas pela equipe e transformá-las em escolhas aplicáveis ao seu contexto de vida.

As escolhas emancipadas, segundo Freire (2000), são um processo que o indivíduo aprende, apenas decidindo. Ou seja, ele não pode reconhecer-se como sujeito de suas escolhas, se não aprender a decidir e a assumir as conseqüências desse ato. Por essa razão, Freire (2000, p. 121) afirma que “ninguém é autônomo primeiro para depois decidir”. A construção da autonomia está na interface com as várias experiências de decisões, que vão sendo tomadas pelas pessoas. A decisão, nessa perspectiva, é um processo responsável e conseqüentemente emancipativo. Essa reflexão se aproxima dos elementos presentes nas falas apresentadas, pois, ao rejeitarem as informações oferecidas pela equipe sob forma de “proibições”, evidenciou-se que esses participantes estavam exercitando suas habilidades de decidir de maneira emancipada.

Outros participantes apresentaram uma concepção mais ampliada sobre os determinantes para o processo de escolhas acerca das práticas de vida, para além das questões individuais. Reconheceram que existem outros elementos envolvidos na viabilidade das escolhas adequadas às suas realidades, tais como questões socioeconômicas, contexto e dinâmica familiar, como pode ser observado no depoimento a seguir:

[...] se tu comeres mais verduras, mais legumes, diminui a comida mesmo, que é o que mais engorda: o arroz, a massa, essas coisas calóricas. Geralmente eu

procuro fazer assim. Tudo isso com o aprendizado das palestras, que a gente vai aprendendo! [...] E também eu gosto bastante de verduras, legumes, saladas assim, variadas. Meu marido até não é muito, mas eu gosto, eu faço igual. [...] Mas às vezes a gente não faz [cuidados com a dieta] porque não consegue, às vezes não encaixa, porque não tem condições financeiras de manter todos os dias. E às vezes não tem próximo de ti, também, para comprar. Às vezes não faz, por não fazer, simplesmente! (S 7, 48 anos)

Apesar de todos os participantes apontarem o grupo como a fonte de maior motivação para as mudanças, alguns sujeitos referiram que as orientações fornecidas nesse meio, muitas vezes, não foram aplicadas em suas vidas. Como justificativa, referiram acreditar que existem outros fatores que determinam as escolhas de suas práticas de vida, que transcendem as questões individuais. Em conformidade com as falas dos entrevistados, Souza, et al (2005) afirmam que, frequentemente, as orientações são disponibilizadas pelos profissionais numa perspectiva de que os sujeitos possam e devam segui-las, ignorando, muitas vezes, a existência de importantes elementos que impedem uma prática autônoma. Para as autoras, as mudanças nos modos de vida, que se objetiva nas ações de educação em saúde, incidem em um processo complexo que abarca diversos fatores (subjetivos e objetivos), tais como o contexto sociocultural e econômico, assim como as motivações pessoais. Isso representa dizer que não é somente a compreensão sobre a repercussão de tais práticas na condição de saúde e/ou doença que motivaram os sujeitos desta pesquisa a assumi-las. Também ficou evidente a influência do contexto nas escolhas desses sujeitos.

Por essa razão, entende-se que as decisões sobre as orientações a serem assumidas pelos indivíduos partem do entendimento de sua viabilidade sociocultural e de sua valorização individual. Para tanto, eles devem aprender a identificar as barreiras socioculturais, assim como apoiarem-se nas motivações de incorporar as modificações viáveis aos seus contextos de vida. Freire (1983; 2005) argumenta que os indivíduos devem assumir uma atitude de suplantar a adaptação ingênua por uma predominantemente crítica, que predisponha a constantes revisões de sua realidade, levando-os a uma nova postura diante de seus problemas. Essa ação deve partir da análise de situações reais “descodificadas”, isto é, da reflexão crítica de um objeto abstrato – a orientação teoricamente ensinada, para a sua viabilidade concreta – ação condizente com o contexto de vida. Segundo esse autor, a práxis (movimento de reflexão articulada com a ação), que irá possibilitar uma análise crítica da realidade, que irá conduzir o homem à superação da abstração do objeto ensinado (FREIRE, 2005), ou seja, tornar a orientação aplicável àquele contexto de vida. Entende-se que, ao assumirem um posicionamento de reflexão sobre suas

realidades, esses sujeitos conseguiram atingir uma reflexão-ação, no sentido de que adotaram escolhas comprometidas com seus contextos familiares, socioculturais, logo, de maneira emancipada, como sujeitos de suas mudanças.

Reiterando a visão ampliada sobre o processo de mudanças acerca das práticas de vida, constatou-se que alguns sujeitos apresentaram uma atitude autônoma frente às orientações elencadas pelos profissionais. Os depoimentos que seguem ilustram com propriedade essa reflexão:

[...] eu como de tudo! Ah, porque a gente não deve comer isso, comer aquilo... ao menos, o dia que a gente morrer, a gente morre com a barriga cheia e não morre com a barriga vazia! E que adianta, no fim da tua vida, vou te dizer assim: Tu não comes tudo isso, porque o médico disse que não é para ti comer. Amanhã ou depois, tua doença começa a agravar, está no fim da vida: “Ah, então agora tu já pode comer de tudo”... a pessoa já vai morrer mesmo! [...] Eu como de tudo. Eu procuro comprar sempre o que eu tenho vontade de comer! Não adianta! Eu sou assim! Graças a Deus, nunca me faltou nada! Eu fui criada nesse sistema, e nesse sistema que eu acho que vou terminar minha vida. (S 3, 50 anos)

Se eu comesse só o que os médicos mandam, aí eu não tava aqui! [...] Hoje em dia, pelos médicos, Deus o livre a gente que é hipertensa usar banha! [...] [Mas] é isso que me sustenta. Se eu vou comer magrinha, eu nem como. Daí, quando vê, eu estou magra, fraca! [...] então, para mim alimento já é mais fortinho, com mais gordurinha, com banha boa mesmo, bem saudável! Mandam a gente não comer gordura de animal, só o óleo. Eu concordo e tudo. Mas faço do meu jeito! Assim eu me alimento melhor, como melhor, gosto da minha comida! [...] Me sinto bem assim! Claro que eu não me encharco mais como eu me encharcava quando era nova! Eu me controlo! Sei que não posso tanto, mas um pouquinho... (S 6, 78 anos)

Os discursos apresentados e os elementos que a eles se articulam ilustram o posicionamento de emancipação assumido por esses participantes frente às suas escolhas de vida, ao contestarem as “proibições” feitas pela equipe em relação às práticas que deveriam ser assumidas por eles. As ideias de Freire (2000; 2005) subsidiam essa reflexão, quando afirmam que, apesar de submetido a uma educação, que se estabelece numa relação de opressão – conforme os relatos apresentados, em que um proíbe e ou outro acata – o educando não está predestinado a fenecer na posição de oprimido. No entanto, faz-se necessário que esse educando mantenha intenso, em si, o gosto pela rebeldia que o move como ser em constante busca por *ser mais*, superando o autoritarismo a que está submetido. É pela sua curiosidade crítica e pelo seu reconhecimento como ser inconcluso, que o homem se lança na luta pela sua liberdade, logo, por sua emancipação. A essa ação, Freire (2000, p. 93) menciona que “corresponde a ‘expulsão’ do opressor de ‘dentro’ do oprimido, enquanto *sombra* invasora”. E esse lugar, antes ocupado pela sombra do

opressor, Freire menciona que precisa ser suprido pela autonomia e responsabilidade desse sujeito frente à sua vida. Isso representa dizer que o ímpeto para a liberdade e, dessa forma, para a emancipação, não pode ser doado aos indivíduos. Esta é uma conquista autêntica do sujeito, fruto de sua consciência crítica, logo, da práxis sobre sua realidade, para assim poder transformá-la.

Entende-se que o que subsidiou o posicionamento desses participantes foi o “saber em saúde” por eles construído, que se fundamentava em suas concepções prévias, articuladas com suas interpretações das informações fornecidas pela equipe. Em argumentações semelhantes, Favoreto e Cabral (2009) mencionam que a articulação entre os conteúdos biomédicos e as percepções sobre crenças e experiências vividas pelas pessoas produzem uma mudança nas atitudes e no significado da enfermidade em suas vidas. Esse posicionamento conduz a tornarem-se indivíduos com maior autonomia, capazes de discutir a aplicabilidade das orientações dos profissionais, pelo entendimento construído sobre o que é benéfico ou não para a sua saúde. Com isso, tornam-se sujeitos do seu processo saúde/doença/cuidado, o que os permitem construir seu próprio projeto de vida e saúde.

Evidenciou-se, nesta pesquisa, que, munidos do que entendem e de como vivenciam a condição de portadores de hipertensão, esses sujeitos avaliaram as formas viáveis de exercerem o cuidado, condizentes com suas dinâmicas socioculturais. Ao mesmo tempo, observou-se que esses participantes não rejeitaram completamente as informações disponibilizadas pelos profissionais, mas negaram a sua imposição sob a forma de proibições. É nesse sentido que se visualiza a construção do saber em saúde, ou seja, ao conseguirem exercer suas capacidades para analisar criticamente essas orientações e reinterpretá-las com base no que acreditam. Por essa razão, entende-se que esses sujeitos estavam exercitando suas habilidades de assumirem escolhas de vida emancipadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a experiência desta investigação, percebe-se que, para alcançar o conhecimento sobre a influência da educação em saúde na vida de pessoas portadoras de HAS, adscritas a uma USF, se fez necessário imergir na “história de vida com hipertensão” de cada sujeito desta pesquisa. Ao focar a vida, e conseqüentemente a experiência da “cronicidade” dessas pessoas, procurou-se compreender as perspectivas individuais como parte de suas histórias, os eventos que as compõem e o contexto sociocultural onde ocorreram. Destaca-se, nos relatos desses sujeitos, a subjetividade e singularidade de cada história, uma vez que foram capturados em suas memórias os elementos que dão sentido ao significado (*illness*) da “cronicidade” na vida de cada um.

Nessa perspectiva, a entrevista realizada no ambiente domiciliar representou uma ferramenta privilegiada para alcançar a abrangência necessária para compreender as condições de vida e a dinâmica cotidiana dessas pessoas. Além disso, proporcionou um momento de reflexão, permitindo que eles reavaliassem esses elementos e, dessa forma, reelaborassem suas concepções acerca desse significado e de como administram suas vidas frente à “cronicidade”. Percebe-se que essa reflexão foi permeada pela forma como percebiam e vivenciavam o processo saúde/doença/cuidado, pautada nas suas experiências de vida e no contexto sociocultural que pertencem.

Ainda sobre o significado (*illness*) da HAS, ficou evidente sua intensa relação com as percepções dos portadores sobre suas identidades de pessoas doentes ou saudáveis. Nesse contexto, foi unânime entre os relatos a concepção de que a hipertensão, mesmo sendo um agravo crônico, não representa uma condição de doença. Atribui-se essa avaliação dos entrevistados ao fato dessa enfermidade não apresentar sintomas físicos, somado à estabilidade de seus níveis pressóricos, pelo uso correto de medicações. Por essas razões, esses sujeitos definem-se como pessoas saudáveis.

Outro elemento intrínseco a essa análise refere-se ao fato de a HAS acompanhar durante longo tempo a vida de seus portadores. Muitas vezes, a “história da hipertensão” se confunde com a própria história de vida do indivíduo, sendo impossível relatar uma sem referenciar a outra. Nesse sentido, constata-se que esses sujeitos aprenderam a viver “com” a HAS e não “apesar” dela. Articulado a esse significado (*illness*) e à forma com que vivenciam a condição de portadores de HAS estão ainda as concepções e conhecimentos sobre essa enfermidade.

Conceituar a hipertensão foi uma tarefa que gerou bastante insegurança na maioria dos sujeitos, muito mais por receio de falar algo que não estivesse correto, do que por não saberem. No entanto, esse questionamento proporcionou um momento de reflexão para muitos participantes, no sentido que precisaram conceituar a hipertensão, em alguns casos, pela primeira vez. Assim, construíram suas definições a partir da reflexão sobre suas “histórias de hipertensão”, suas experiências de vida, pautados no saber popular e com influência de informações científicas. Exemplo disso foram os fatores predisponentes para a HAS, citados pelos sujeitos, uma vez que se basearam nas causas que acreditavam terem sido responsáveis pelo desenvolvimento da HAS nas suas vidas. Ao mesmo tempo, evidencia-se que suas argumentações são condizentes com a literatura, o que confirma a influência do saber científico. Assim, apontaram a idade avançada, o fator hereditário, a hipercolesterolemia, o estresse, as práticas de vida (alimentação, fumo e bebidas alcoólicas) e, em menor frequência, excesso de esforços físicos.

Reconheceram, também, que a hipertensão se compreende como fator predisponente para outras doenças cardíacas, exemplificando o infarto e o acidente vascular cerebral. Porém, esse dado não representou uma mudança na concepção da HAS como uma condição de não doença.

No que concerne às explicações sobre os cuidados à saúde frente à HAS, os participantes se mostraram mais seguros do que ao discorrer sobre sua definição propriamente dita. Entretanto, observam-se discursos menos reflexivos, demonstrando certa mecanização, ao elaborar tais explanações. Fica explícita, nesses depoimentos, a apropriação de informações científicas fornecidas pelos profissionais da equipe. De forma geral, os cuidados foram centralizados nas práticas de vida, principalmente, na alimentação, na adesão ao tratamento medicamentoso, atividades físicas e o próprio acompanhamento à saúde.

Essa reflexão direciona à constatação de que perpassam, nas falas de todos os sujeitos, os reflexos da própria educação em saúde, em relação ao que entendem, como vivenciam e como administram suas vidas na convivência com a HAS. Vale destacar que essa influência ocorre de maneira diferenciada na vida de cada sujeito. Nesse entendimento, este estudo revelou que a repercussão da educação em saúde, na vida dessas pessoas, está intimamente articulada com suas concepções e atitudes sobre essa ação e com o posicionamento assumido por elas perante o seu processo saúde/doença/cuidado.

Na perspectiva dos participantes, constata-se que a educação em saúde é um processo que se inicia desde a infância, momento em que são estabelecidas as primeiras concepções acerca do processo saúde/doença/cuidado, a partir da observação e reflexão sobre as práticas cotidianas e no contexto familiar. No entanto, é no diálogo e na convivência com outras pessoas, principalmente com os profissionais da saúde, que adquire o seu maior impacto na vida dos indivíduos. Dessa forma, o grupo de educação em saúde – nesse caso, Grupo de Hipertensos e Diabéticos da USF Urlândia – representa um dos principais meios para construção do “saber em saúde”, para essas pessoas. Ao mesmo tempo, evidencia-se a presença do saber popular, ou seja, o saber prático, advindo da experiência cotidiana, apreendido no contexto sociocultural, principalmente na forma como essas informações científicas são interpretadas, para a construção desse saber.

De maneira geral, o aprendizado em saúde, em especial sobre HAS, foi considerado como resultante da participação no grupo, sendo as “palestras” a metodologia mais eficaz para o processo ensino-aprendizagem, na visão dos participantes. No entanto, na análise das falas e na observação dessas atividades, identificaram-se divergências em relação às concepções desses sujeitos sobre essa ação pedagógica. Tal argumento se fundamenta na interpretação dos papéis assumidos pelos usuários nesse espaço, ou seja, na forma com que se reconhecem como sujeitos ou objetos da educação de saúde.

Observa-se o predomínio de uma visão mais participativa sobre essa prática, ao ser descrita como uma atividade expositiva e dialógica, onde eles assumem posicionamentos ativos, logo, como sujeitos na construção desse saber. Nessa ação, percebe-se que o conteúdo abordado foi realmente apreendido e entendido, pois se embasa no diálogo sobre situações concretas vivenciadas por eles.

Por outro lado, ainda que com menos frequência, alguns depoimentos trouxeram elementos de uma noção mais passiva sobre essa ação educativa, onde o papel assumido era o de espectador da atividade, logo, objeto de transmissão de informações sobre a saúde. Percebe-se, nesse posicionamento, que os conteúdos foram memorizados por eles, de maneira desconectada com seu contexto de vida.

O grupo foi visualizado também com meio de convivência e descontração para os participantes. As atividades lúdicas, como jogos educativos e aulas de dança, foram exemplos de ações que motivam a participação nos encontros. Na visão dos participantes, essas atividades foram apontadas como metodologias didáticas eficientes, no sentido de que promove o aprendizado de uma maneira descontraída. Além disso, por priorizar o

diálogo, possibilita partilhar ideias e experiências concretas e, por essa razão, foram entendidas como uma ação privilegiada para a construção do saber em saúde. Na análise dos relatos e, principalmente na observação dessas atividades, percebe-se que, além de uma ferramenta de discussão de conteúdos relacionados à saúde, tais atividades solicitam um maior envolvimento dos usuários na execução das atividades, quando comparadas às “palestras”.

Cabe destacar que essas atividades foram relacionadas diretamente às enfermeiras da equipe. Por promover uma relação menos formal, essas atividades estreitaram os vínculos entre os participantes e as enfermeiras, o que gerou um grande reconhecimento sobre o trabalho desenvolvido por elas. Dessa maneira, as enfermeiras foram visualizadas como profissionais comprometidas em promover atividades diferenciadas, criativas e, ao mesmo tempo, acolhedoras, que permitiam romper com uma visão tradicional sobre as ações educativas em saúde. Isso facilitou a atuação dos participantes como “atores principais” dessas ações.

Ainda em relação à importância dos profissionais da equipe da USF, na construção do saber em saúde, verifica-se que os ACSs foram referenciados pela atuação no grupo e pelo acompanhamento domiciliar. Destaca-se que os ACSs foram lembrados tanto como pessoas de suas redes de convívio, quanto como membros integrantes da equipe de saúde. Por ser o profissional que está mais próximo da realidade dos usuários, entende-se que representam um “duplo papel” de educadores, ou seja, atuando como elo entre os dois saberes: o científico da equipe e o popular da comunidade. Assim, auxilia os usuários na decodificação das informações científicas, por influência do saber popular intrínseco àquela realidade. Ao mesmo tempo, atua na “tradução” da representação sociocultural das práticas de vida dos sujeitos dessa comunidade, junto à equipe de saúde.

Frente ao apresentado, pode-se mencionar que a construção do “saber em saúde” é influenciada pelas informações científicas acessadas pelos sujeitos, principalmente em grupos de educação em saúde. No entanto, é no retorno à realidade sociocultural que são reinterpretadas tais informações, com base no saber popular, tendo forte ligação com suas experiências de vida e com suas percepções frente ao processo saúde/doença/cuidado. É nessa discussão que se fundamenta a constatação de que, embora vivenciando as mesmas atividades pedagógicas, as repercussões dessas ações em suas vidas serão efetivadas e percebidas diferentemente pelos participantes.

Isso representa dizer que os indivíduos cuja postura foi menos ativa e menos crítica nas atividades de educação em saúde, tendem a assumir mais passivamente as orientações da equipe. Nesse sentido, assumem as orientações sob a forma de “proibições”, muitas vezes sem avaliar criticamente sua aplicabilidade prática. Com isso, muitas vezes não se reconhecem como sujeitos de suas mudanças, desconhecendo, ainda, suas condições e habilidades de fazer escolhas emancipadas.

Segundo os relatos dos sujeitos, as mudanças assumidas por eles, motivadas por essa perspectiva, foram incorporadas durante curto espaço de tempo. Entende-se que, por não estarem condizentes com seu contexto sociocultural e econômico, ou mesmo com sua dinâmica familiar, eles não conseguem manter essas práticas de maneira contínua em suas vidas.

Em contrapartida, observa-se que os indivíduos que efetivaram o papel de sujeitos na construção do seu saber em saúde tornaram-se mais preparados para efetuar escolhas de maneira mais emancipada. Ao assumir uma atitude crítica, esses indivíduos conseguem refletir sobre sua realidade, a ponto de identificar as potencialidades e fragilidades de suas condições de vida e saúde, estimulando, dessa forma, um posicionamento mais autônomo na busca por soluções para os seus problemas de saúde. Superam a percepção ingênua do mundo, resultando em um estímulo para o exercício permanente de escolhas emancipadas.

Mesmo se a metodologia aplicada nas práticas de educação em saúde algumas vezes apresentar uma entonação tradicional, principalmente acerca dos cuidados que devem ser seguidos pelos usuários, esses sujeitos, por não assumirem o papel de objeto da ação, não adotam tais “proibições” nas suas vidas. O saber construído a partir de uma consciência crítica permite que identifiquem as informações oferecidas numa relação de opressão e superá-las sob a ótica da práxis de sua realidade.

A análise das falas direciona para a percepção desse processo como uma construção sociocultural e histórica, pois se articula com o contexto onde ocorre, com experiências de vida e saberes dos envolvidos, e com a percepção que eles possuem sobre a realidade. Isso representa dizer que aqueles que se reconhecem como sujeitos de suas mudanças terão sua postura muito mais ativa do que aos que ao mundo se acomodam. Ao atuarem como protagonistas na construção do saber, sentem-se mais preparados para questionar as orientações dos profissionais e assim assumi-las conforme sua validação prática. Logo, lutam para efetivar mudanças e escolhas individuais mais autônomas, tomando como ponto de partida o contexto coletivo. Por essa razão, as mudanças estabelecidas por esses sujeitos

foram efetivadas de maneira contínua, pois transcendiam o simples entendimento das orientações da equipe, envolvendo fatores para além da motivação individual.

Frente ao apresentado, entende-se que o saber em saúde representa o primeiro passo no processo de emancipação dos sujeitos. Percebe-se que grande parte dos sujeitos desta pesquisa encontra-se em fase de “revolução”, no sentido de sentirem-se preparados para analisar criticamente o mundo à sua volta e, dessa forma, negarem as “proibições” a eles impostas. Estão assumindo uma posição de liberdade, que lhes permite exercitar a emancipação em suas escolhas.

Com isso, essas pessoas vão administrando suas vidas com a presença da hipertensão e conseguem estruturar uma certa “normalidade” para o seu cotidiano. Permeia em toda esta discussão a concepção de que essas mudanças adotadas pelos participantes foram visualizadas como uma forma de exercer o cuidado à sua saúde. A maioria delas foi centralizada nas práticas de vida, principalmente na alimentação e tratamento medicamentoso, o que se entende ser por influência do grupo, pois, conforme as falas dos participantes, as discussões nesses espaços geralmente circundavam esses temas. Nesse aspecto, o uso de medicamentos representou a prática mais recorrente entre os sujeitos. De maneira geral, eles procuravam seguir os demais cuidados, como alimentação, prática de atividades físicas, mas se permitiam algumas extravagâncias nos momentos em que sentiam necessidade.

Verifica-se que as práticas de vida são construídas em uma lógica sociocultural e familiar, em uma dada realidade histórica e, por essa razão, tornam-se extremamente difíceis de serem mudadas na interface com a hipertensão. Exemplo disso são as práticas alimentares, as quais centralizaram as discussões emanadas nesta pesquisa. Nesse aspecto, entende-se que o valor atribuído pelos sujeitos à alimentação está intimamente associado às questões socioculturais do seu contexto. Percebe-se que essas práticas ultrapassam a simples função nutricional, representando uma fonte de prazer para os indivíduos e, ainda, um meio de confraternizar com as pessoas.

Entende-se que a sustentação para toda esta discussão reúne-se na ideia de que essa reorganização abarca desde mudanças em suas práticas cotidianas, até mesmo o repensar a sua história de vida. Por essa razão, as adaptações necessárias na vida do portador de doença crônica envolvem escolhas que são continuamente negociadas e renegociadas com eles mesmos, com seus familiares e profissionais de saúde, e com a sua própria realidade de vida. Pode-se mencionar que são influenciadas diretamente pelo conhecimento popular

e científico, no que tange à construção do saber em saúde. Nessa lógica, munidos desse “saber construído”, esses indivíduos estarão melhor fundamentados para assumirem as práticas viáveis para a sua realidade. Por essa razão, entende-se que somente conhecer as informações científicas referentes à saúde não é suficiente. As pessoas precisam interpretá-las e aplicá-las, se assim acharem necessário e possível, no seu contexto de vida. E isso pode ser oportunizado no próprio espaço formal de educação em saúde.

Tendo em vista as questões mencionadas, compreende-se que a evidência de que parte dos entrevistados está em “processo de emancipação”, frente ao processo saúde/doença/cuidado, fundamenta-se na afirmação de que suas escolhas estão contextualizadas com a realidade sociocultural, pois conseguem analisar mais criticamente a organização coletiva, identificando os dispositivos que possuem para potencializar suas escolhas e os elementos que dificultam a aplicabilidade de determinadas práticas em suas vidas.

A reflexão desta pesquisa direciona para a percepção de que o “processo de emancipação” envolve diversos fatores, dentre os quais a educação em saúde representa apenas uma das partes. No entanto, mesmo que as ações de educação em saúde observadas e/ou relatadas não objetivassem diretamente a emancipação de seus participantes, constata-se que o “saber em saúde” representou o primeiro passo nesse processo.

Considera-se que esta pesquisa traz importantes subsídios para a reflexão sobre a prática da educação em sua interface com a saúde. Percebe-se que, nesse contexto, muito se avançou acerca da consolidação do novo paradigma em saúde, no sentido do rompimento de ações verticais, onde o profissional representa o verdadeiro saber e, por isso, deve ser seguido acriticamente pelos usuários. No entanto, se vê que as práticas educativas ainda não conseguiram superar a discussão para além das repercussões individuais. Além disso, observa-se que, mesmo rompendo com uma visão de educação em saúde tradicional, essas ações não objetivavam diretamente, a construção de posturas emancipadas dos envolvidos.

Diante do exposto, entende-se que o tema está longe de ser esgotado, devido à sua complexidade. Assim, emergem possibilidades para novas investigações, dentre as quais: Como construir projetos de ações em educação em saúde que realmente estimulem a emancipação dos sujeitos? Qual o nível e âmbito de emancipação que se espera? Como conduzir uma prática emancipatória em uma sociedade cada vez mais individualista?

Como estimular, por meio de ações em saúde, a mobilização coletiva para fortalecer os determinantes do processo saúde/doença/cuidado das comunidades?

Apesar dessas questões não terem sido aprofundadas, acredita-se que a relevância deste estudo reside na medida em que traz à tona aspectos fundamentais e latentes acerca da influência da educação em saúde na interface com a “cronicidade” vivenciada pelos indivíduos. Ou seja, na maneira com que entendem, percebem e vivenciam o processo saúde/doença/cuidado. Além disso, para a equipe de saúde da família que atua nesta localidade pesquisada, ele oferece subsídios relevantes para a gestão local, no que se refere à construção de planejamentos das ações em saúde para essa comunidade, em especial às atividades de educação em saúde. Nesse aspecto, a análise dos relatos dos entrevistados sinaliza que a execução dessas atividades pode ser efetivada em vários cenários, para além do grupo, ampliando os espaços de educação em saúde para toda e qualquer interação entre profissionais e usuários.

Espera-se que, para a área da saúde, em especial para a enfermagem, os achados desta pesquisa possam subsidiar a formação de enfermeiros comprometidos com o novo paradigma da saúde que, assim, irão trilhar ações educativas que estimulem a emancipação dos sujeitos. Isso representa dizer que essas ações devem ser alicerçadas na complementaridade de saberes - popular e científico – estabelecida em uma relação dialógica. E, para tanto, os envolvidos (profissionais e usuários) devem se reconhecer e atuar como sujeitos nessa ação. Entende-se fundamental, ao profissional que se propõe promover educação em saúde, numa perspectiva emancipatória, ter em mente que os usuários, a quem se destinam as atividades educativas, não apresentam uma percepção ingênua de sua realidade. Pelo contrário, eles chegam ao “encontro educativo” com uma leitura prévia do mundo, a qual se pauta em suas histórias de vida e no contexto sociocultural a que pertencem. Nesse entendimento, a ação educativa emancipatória deve permitir que os envolvidos se posicionem acerca de suas concepções, valores e escolhas, pois é no diálogo entre as diferentes visões de mundo que se constrói novos saberes, ou seja, novas interpretações (individuais e coletivas) dessa realidade. Aí reside o exercício da emancipação, em ações que permitam aos indivíduos expressarem ao máximo suas potencialidades, como protagonistas de suas histórias, em um fazer cotidiano, histórico e social.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Sentidos e Práticas de Saúde em Grupos Populares e a Enfermagem em Saúde Pública. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v14, n. 1, p. 21-6, 2006.
- ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e Valores das Práticas Populares Voltadas para a Saúde, a Doença e o Cuidado. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, p.153-8, 2003.
- AMODEO C.; HEIMANN J. C. Endotélio e hipertensão arterial sistêmica: mecanismos de lesão/novo alvo terapêutico? **Revista da Soc. Cardiol.** São Paulo, vol. 13, n. 1, jan/fev. 2003
- BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem.** 2008. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.
- BARBOSA, J. B.; et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arq Bras Cardiol**, [s.l.], v. 91, n. 4, p. 260-266, 2008.
- BARBOSA, M. A. et al. Crenças Populares e Recursos Alternativos como Práticas de Saúde. **Rev Enferm UERJ**. v.12, n.1, p.38-43, 2004. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a06.pdf> > Acesso em 5 dez 2009.
- BELTRÃO, K. I; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica Populacional Brasileira na Virada do Século XX. **Texto para Discussão nº1034**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-71, 2004. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1034.pdf > Acesso em: 12 ago 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de Atenção Básica nº 15.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf> Acesso em: 15 Ago. 2007
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília, 2004. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=224>> Acesso em: 22 Out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html>. Acesso em: 7 Out. 2008.
- _____. Departamento de Informática do SUS. DATASUS, 2007^a. Disponível em: < <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B375C2D0E0F359G902H011Jd2L22M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op1>> Acesso em: 10 Out. 2007

_____. **Intersectorialidade e integralidade:** prioridades no cuidado aos hipertensos e aos diabéticos. Informe da Atenção Básica, Ano VI, n.30, jul/ago. 2005. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/informe_ab.php> Acesso em: 19 Nov. 2008.

_____. **Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em < <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm> > Acesso em 20 Out 2007.

_____. **VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.** Anais. Brasília, DF, 1986.

_____. **Resolução n. 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. 9 p. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 23 Out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007^b. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf > Acesso em 8 nov 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Disponível em < ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/educacao/Brasil/ > Acesso em 21 set de 2009.

BUDÓ, M. L. D. A. prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. Florianópolis, UFSC/PEN, 2002.

_____. **Cuidando e sendo cuidado:** um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. 1994. 222p. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

BUDÓ, M. L. D.; et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. **Texto e Contexto.** Florianópolis, v.16, n. 3, p. 511-519, Jul 2007.

BUDÓ, M. L. D.; et al. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Esc. Anna Nery Rev Enferm,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 90-6, 2008.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A.; A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

_____. Promoção e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Do Nascimento à Morte: principais transições. In: Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro: **Ipea**, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/transicaovidaadulto/capitulo%202_nascimento.pdf> Acesso em: 15 Out. 2008.

CANESQUI, A. M. Estudos Antropológicos sobre Adoecidos. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007^a. p. 19-51.

_____. A hipertensão do Ponto de Vista dos Adoecidos. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007^b. p. 87-110.

_____. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.23-48. (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_01.pdf > Acesso em: 10 Ago 2009.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Uma Introdução à Reflexão sobre a Abordagem Sociocultural da Alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.9-22. (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_01.pdf > Acesso em: 10 Ago 2009.

CEZIMBRA, E. Rituais da Nação Ijexá no Rio Grande do Sul. 2009. Disponível em - <http://www.xangosol.com/rituais.htm>

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

CONTIERO, A. P.; et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.62-70, mar, 2009.

DENARDIN, BUDÓ M. L.; GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre. v.24, n.1, p.43-52, abr, 2003.

ECKERT, C. Cultura do medo e as tensões do viver a cidade: narrativa e trajetória de velhos moradores de Porto Alegre. **Iluminarus**. v.3, n.6, p.1-32, 2002. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/iluminaras/article/viewFile/9141/5251>> Acesso em 15 out. 2009.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação**

Saúde e Educação. Botucatu [online] v. 13, n. 28, p.7-18, jan/mar, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a02.pdf> > Acesso 5 nov 2009.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 79 p.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 165 p.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.

_____. **Educação como prática de liberdade.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 150p.

FLORES, G. C. **Eu cuido dela e ela me cuida:** um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. 2008. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

GARCIA, R. W. D. Alimentação e Saúde nas Representações e Práticas Alimentares do Comensal Urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.211-26. (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_01.pdf > Acesso em: 10 Ago 2009.

GIANNOTTI, A. Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicologia USP.** v.13, n.1, p.167-195. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010365642002000100009&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso 11 nov. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008, 200 p.

GUS, I. et. al. Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo. 2004; 83: n°5. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>> Acesso 21 Out. 2007.

HELMAN, C. G.; **Cultura Saúde & Doença.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408 p.

ISERHARD, A. R. M.; et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v.13, n.1, p.116-122, jan-mar, 2009.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.** NIH Publication, v. 03, p. 4 - 52, 2003. Disponível em: < <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>> Acesso em 13 jul. 2005.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture.** Berkeley: University Californm Press, 1980.

_____. **The illness narratives, suffering, healing and human condition.** USA: Basic Book, 1988.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991. 432p.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v.18, n.1, p.72-77, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>> Acesso em 3 set 2009.

MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MEYER, D. E. E.; et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ); v. 22, n. 6, p. 1335-42, jun. 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. 412 p.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MOREIRA, L. B.; et al. Incidence of hypertension in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. **Journal of Human Hypertension.** Online publication, 21 June 2007. Disponível em: <<http://www.nature.com/jhh/journal/v22/n1/full/1002252a.html>> Acesso em: 3 Nov. 2008.

PAIM, J. S. ALMEIDA FILHO, N.; Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde,** v.15, n.1, p.35-45, mar, 2006. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>> Acesso em 2 set 2008.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública,** v.37, n.5, p. 635 – 642, 2003.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem,** v.13, n. 3, p. 423-31, maio-junho 2005.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] v.9, n.1, Jan-Abr, p.93-105, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>> Acesso em 6 set 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003. Disponível em: < http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas_-_opas.pdf > Acesso em: 13 de Nov. 2008.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. v.8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em < http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/A3C65C2974270FD093EE8A9BF8AE7D0B/v1_08_n_03_107_112.pdf > Acesso em 11 set 2009.

SANTA MARIA. **Lei Complementar nº. 34 de 29 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a Política de desenvolvimento Urbano e sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental do Município de Santa Maria. Santa Maria: Câmara Municipal, 2005.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F.; Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n. 35, jan./abr. 1999.

SANTOS, Z. M. S. A; et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**; v. 14, n. 3, Jul-Set. p.332-40, 2005.

SILVA, F. M.; BARIN, G. M.; GOLDMEIER, S. **O Conhecimento dos Fatores de Risco para Hipertensão Arterial em Adultos de uma Comunidade de Pequeno Porte no Rio Grande do Sul**. 2005. 25f. Monografia (Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Cardiologia) - Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS, 2005.

SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciência Saúde**. [s. l.], v.11, n.3, p.169-73, jul-set, 2004. Disponível em < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/08%20ac%20-%20id%2061.pdf > Acesso em 5 nov 2009.

SOARES, L. C.; et al. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n.1, p.118-123, Jan/Mar, 2009.

SOUZA, A. C.; et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.147-53, ago. 2005.

SOUSA, F. G. M.; et al. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brasil Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.581/196> > Acesso em: 19 Out. 2007.

TEIXEIRA, E. R.; et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R. Enferm**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.378-84, dez.2006.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1247-56, jul/ago. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/21.pdf>> Acesso nov 2009.

TOLEDO, M. M; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233 - 238, Abr. 2007.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1039-1047, Jul-ago, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>> Acesso em: 1 ago 2009.

VALLA V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA VV, STOTZ EM, (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. 164 p. p. 87-100.

_____. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, Sup.2, p. 7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf> Acesso em 8 nov 2009.

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

VIEIRA, V. A. **Narrativas sobre a hipertensão arterial e de diabetes mellitus e os sentidos nelas por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento**. 2004. 141f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>> Acesso em: Maio 2007.

WENDHAUSEN, A. L. P.; REBELLO, B. C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.3, n.3, p.243-251, set/dez. 2004.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RODRIGUES, I. F. Concepções de Saúde de Conselheiros Municipais de Saúde da Região da AMFRI/SC e a Relação com a Prática no Conselho. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 2, p. 166-174, maio/ago. 2006.



WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635 – 667.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics**. Library Cataloguing-in-Publication Data, [S.l.: s.n.], p. 2 – 112, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>> Acesso em 12 Nov. 2008.

ANEXOS

ANEXO A
PARECER COMITÊ DE ÉTICA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243
---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Processo Educativo em Saúde: Uma Ferramenta para o Enfrentamento da Hipertensão Arterial

Número do processo: 23081.000014/2009-12

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0306.0.243.000-08

Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes Denardin Budó

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010-Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 13/01/2009

Santa Maria, 19 de Janeiro de 2009.



Félix Alexandre Antunes Soares
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados de identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Situação civil: _____

Instrução/escolaridade: _____

Profissão/ocupação: _____

Número de pessoas no domicílio: _____

Renda familiar aproximada: _____

Há quanto tempo sabe que tem HAS?

Há quanto tempo acompanha na Unidade?

Há quanto tempo frequenta o grupo de HAS e DM ?

O que o Sr (a) entende sobre saúde?

O que o Sr (a) entende por falta de saúde?

O que significa a HAS na sua vida?

Fale sobre a HAS (o que é, causas, cuidados):

Qual foi o meio que lhe auxiliou a entender a HAS e os cuidados com ela?

Sua vida mudou após a HAS?

O que mudou na sua vida depois que descobriu que tinha HAS?

O que mudou na sua vida depois que começou a participar do grupo e/ou outras atividades?

O que o Sr (a) acha que influenciou nessa mudança?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Pesquisadora: Mda Enf^a Fernanda Machado da Silva
Contato: (55) 9603 1145; email: fernandadasi@yahoo.com.br

Professor Orientador: Prof^a Enf^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó
Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Departamento da Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf e Unidade de Saúde da Família Urlândia.

Local da Pesquisa: Unidade de Saúde da Família Urlândia.

Prezado (a) Senhor (a):

- ▀ Você está convidado (a) a participar desta pesquisa, respondendo às perguntas desta entrevista de forma totalmente **voluntária**.
- ▀ Antes de concordar a participar desta pesquisa e responder a esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas nesse documento.
- ▀ Os pesquisadores deverão responder suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- ▀ Você tem direito de **desistir** de participar da pesquisa **em qualquer momento**, sem nenhuma penalidade e sem perder benefícios aos quais tem direito.

Objetivos do estudo: Compreender como a educação em saúde influencia nas condutas de vida das pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, acompanhadas por equipe de saúde da família.

Procedimentos: A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas da entrevista relacionadas com seus hábitos cotidianos de vida. A entrevista será gravada em arquivos do tipo mp3 e ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por cinco anos (até julho de 2014), quando serão desgravadas. Além disso, será realizada a observação participante no seu domicílio, ou seja, a pesquisadora irá observar seus hábitos de vida e de seus familiares durante o tempo que estiver na sua casa.

Benefícios: Como benefícios, acredita-se que o convívio, assim como a escuta e o diálogo, serão momentos de troca de experiência bastante produtivos para você e para o pesquisador.

Riscos: O único risco possível que a pesquisa poderá trazer aos participantes e seus familiares, refere-se ao constrangimento em relação à presença da pesquisadora no domicílio.

Privacidade: Será assegurada a privacidade das informações fornecidas por você. O seu nome **NÃO** será divulgado e você **NÃO** será identificado (a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi exposto anteriormente, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Nº Identidade

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE C

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: “O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Pesquisadora: Mda Enf^a Fernanda Machado da Silva

Contato: (55) 9603 1145; email: fernandadasi@yahoo.com.br

Professora Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

Instituição/Departamento: UFSM, CCS, Departamento da Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Unidade de Saúde da Família Urlândia.

Local da Pesquisa: Unidade de Saúde da Família Urlândia.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados *em documentos, base de dados (SIAB, HIPERDIA, SIASUS), observação participante e entrevistas no domicílio dos sujeitos da pesquisa*. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas gravadas em arquivos do tipo mp3 ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, Mda Enf^a Fernanda Machado da Silva, pelo prazo de cinco (5) anos, aproximadamente até julho de 2014. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../..... com o número do CAAE

Fernanda Machado da Silva

Pesquisadora

Maria de Lourdes Denardin Budó

Orientadora

Data: ____/____/____

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7o andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.