

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

**Taís Falcão Gomes**

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA QUE VIVEM NO CAMPO**

**Santa Maria, RS  
2016**



**Taís Falcão Gomes**

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA QUE VIVEM NO CAMPO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Santa Maria, RS  
2016

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

Gomes, Taís Falcão  
Práticas de cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que vivem no campo / Taís Falcão Gomes.-2016.  
138 p.; 30cm

Orientadora: Maria de Lourdes Denardin Budó  
Coorientadora: Maria Denise Schimith  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Hipertensão 2. Saúde da População Rural 3. Cultura  
4. Cuidados de Enfermagem 5. Enfermagem I. Budó, Maria de Lourdes Denardin II. Schimith, Maria Denise III. Título.

**Taís Falcão Gomes**

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA QUE VIVEM NO CAMPO**

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

**Aprovado em 19 de fevereiro de 2016**

**Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

**Deise Lisboa Riquinho, Dra. (UFRGS)**

**Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)**

**Margrid Beuter. Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2016



## DEDICATÓRIA

*Com a meninice são-borjense, morando em cidade, entre rio, campo e asfalto, enamorada da cultura do campo e teimosa por entender as particularidades das pessoas que vivem no campo, dedico esta dissertação primeiramente a **minha família**, pela amizade e amorosidade infinita, o meu sentimento por vocês é indescritível. Dedico também às **mulheres e homens que vivem no campo**, especialmente aos participantes desta pesquisa, a força, a simplicidade e o acolhimento de vocês jamais será esquecido*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, pelos caminhos e as oportunidades maravilhosas que vivenciei ao longo da minha trajetória.

Aos meus pais, **Teresinha** e **Rubem**, princípio desta conquista, que durante toda a minha vida apoiaram as minhas escolhas e que trabalharam duro todos esses anos para investir na graduação e pós-graduação das filhas. Muitas vezes deixaram de lado sonhos, vontades e lazeres em prol desse objetivo. Eu tenho muito orgulho de vocês e de tudo que me ensinam e proporcionam. Eu me vejo, claramente, como um pedaço do esforço de vocês. A minha irmã, **Natiele** pelo apoio, carinho e amorosidade. A sua amizade enche a minha vida de entusiasmo e felicidades. Muito obrigada por serem essa família maravilhosa! Amo vocês!

Ao meu namorado, amigo e companheiro **Marcos** por compartilhar e acreditar nos nossos sonhos e me incentivar incondicionalmente. Obrigada pela paciência, cumplicidade e generosidade. Ter você em minha vida é algo maravilhoso e precioso demais. Amo-o!

As **Marias**. Minha orientadora Profa. **Maria de Lourdes Denardin Budó** por me permitir aprender tanto com a sua sabedoria, serenidade e generosidade. Obrigada por me orientar e dividir comigo o amor e as inquietações que este trabalho proporcionou. A minha coorientadora, **Maria Denise Schimith**, que igualmente me conduziu de forma sábia e acolhedora sempre disposta e cheia de energia para me auxiliar no que fosse preciso. Desde que entrei no grupo, em meados de 2011, vocês me acolheram e me conduziram em uma jornada de crescimento pessoal e profissional indescritível. Serei sempre muito grata.

Ao **Marcelo, Rosane, Wanderlei, Daniele** e **Tatiana** pelo auxílio, paciência e acolhimento. Obrigada, pela ajuda indescritível na realização deste trabalho. Admiro muito vocês.

Aos meus sogros, **Fátima** e **Arami** por serem verdadeiros amigos e me acolherem em suas vidas. O carinho e apoio de vocês são muito importantes.

A minha amiga, **Marianne**, por dividir muito mais que as alegrias e angústias que a graduação e a pós-graduação proporcionou. Vasculhando as minhas memórias, muitos momentos que vivemos surgem, então agradeço sinceramente por eles e pela amizade que construímos.

As minhas amigas e companheiras de grupo de pesquisa **Adrielle, Laís, Tiffany e Amanda**. Agradeço pelo trabalho compartilhado, pela amizade, pelas leituras, conversas, confissões e por serem pessoas tão especiais.

As minhas colegas, amigas e verdadeiros presentes do mestrado **Thaís Ebehardt, Marciane Kessler, Jaqueline Arboit, Ana Cassaroli, Bruna Stamm e a Daisy Rodrigues**. Obrigada pela alegria e energia de dividir esses dois anos. O processo de tornar-se mestre foi muito feliz ao lado de vocês. Independente do caminho, da distância e do tempo levarei todas comigo.

Aos meus primos **Diogo, Lisiane, Lulu, Isa e Adriana** por serem companheiros nessa jornada longe de casa. O apoio de vocês me fortalece muito.

As amigas, de longa jornada **Jamilles Brum, Bruna Simon, Paola Ferreira, Nathalia Hirt, Dida Machado, Alexa Coelho, Kelen Pompeu, Renata Zinelli, Janaína Arce, Beatriz Novakoviski, Liese Brauner**. O carinho e afeto de cada uma faz a minha vida mais feliz. Obrigada pela amizade e companheirismo de sempre.

Ao grupo de pesquisa **Cuidado, Saúde e Enfermagem** obrigada pela convivência durante esses anos, pelo aprendizado e pelas ideias compartilhadas. Fortaleço-me diante da sabedoria e energia de todos.

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

A todos os **participantes** desta pesquisa que de modo especial me acolheram dentro de suas casas e me permitiram conhecer as suas vidas.

As professoras **Deise Lisboa Riquinho, Lúcia Beatriz Ressel e Margrid Beuter** por gentilmente participarem da construção e aprimoramento deste trabalho. As contribuições de vocês são muito valiosas.

A **todos** envolvidos nesse sonho pessoal e profissional e que, de alguma forma, me auxiliaram na obtenção deste título que significa mais do que qualificação, significa crescimento e amadurecimento. Muito Obrigada.



Fonte: Fotografia retirada de acervo particular da autora.

Pelas estradas, cantávamos: “Caminhando sobre o olhar perplexo da madrugada perguntando onde vão dar os atalhos dessa nova era, dessa nova estrada. Essa estrada vai passar pela vila da boa esperança, vai cruzar o município dos homens de fé, vai fazer da certeza o seu arraial na cidade dos homens sem medo vai fazer o seu ponto final.”

(Estradas/Zé Geraldo)



## RESUMO

### PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA QUE VIVEM NO CAMPO

AUTORA: Taís Falcão Gomes  
ORIENTADORA: Maria de Lourdes Denardin Budó  
COORIENTADORA: Maria Denise Schimith

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não-transmissível considerada um importante problema de saúde pública, tanto em âmbito mundial como nacional. Suas repercussões ultrapassam a dimensão biológica, pois envolve a subjetividade e as construções sociais da pessoa, da família e da comunidade onde vivem. Sendo assim, dentre os cenários, que têm sido foco de atenção e cuidado em saúde, estão os que compreendem a população que vive no campo. Torna-se indispensável que no campo o cuidado, a partir da perspectiva cultural, seja identificado e compreendido, permitindo aos profissionais de saúde atuações diferenciadas e eficientes com pessoas de diferentes culturas. Logo, é importante compreender as práticas de cuidado de pessoas com hipertensão que vivem no campo. A partir dessa problemática, delineou-se como objetivo deste estudo analisar o modo como as pessoas com hipertensão arterial sistêmica que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 13 pessoas com hipertensão que vivem no campo, no período de maio a junho de 2015. A coleta de dados realizou-se por meio de observação participante do tipo moderado e entrevista semiestruturada. Os dados foram trabalhados pelo Guia das Fases de Análise de Dados do método da etnoenfermagem sugerido por Leininger e McFarland. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução número 466/2012 e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 41156015.7.0000.5346. Os resultados foram organizados em duas categorias e três subcategorias que discutem desde as crenças e experiências no processo de adoecimento bem como as práticas cotidianas de cuidados. Em relação a experiência de viver com “pressão alta” são reveladas as trajetórias realizadas até o diagnóstico, os significados atribuídos a etiologia da doença, as mudanças e as dificuldades advindas do viver com hipertensão, bem como as representações da doença advindas dessa experiência. Também, foram discutidas as práticas de cuidado a partir dos aspectos que tangem a os hábitos, incertezas e possibilidades na alimentação, ainda foram apontadas estratégias a partir da substituição, redução ou eliminação parcial ou total de alimentos com potencial de agravamento para saúde. Outra prática abordada foi a utilização de medicamentos e chás como remédios utilizados para o controle dos níveis pressóricos. Ainda foram abordadas a concepção de cuidado aliada as práticas de cuidado em geral como proteção contra as intempéries climáticas, higienização, interação com outras pessoas, jogos, atividades de lazer e a rede social de apoio como formas de cuidado e bem-estar. Sendo assim, para entender as práticas de cuidado é fundamental o reconhecimento e valorização das diversas culturas existentes bem como dos elementos presentes no cotidiano.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Saúde da População Rural. Cultura. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.



## ABSTRACT

### PRACTICES OF CARE OF PEOPLE WITH HYPERTENSION THAT LIVE IN THE COUNTRYSIDE

AUTHOR: Taís Falcão Gomes  
ADVISOR: Maria de Lourdes Denardin Budó  
CO-ADVISOR: Maria Denise Schimith

Systemic arterial hypertension is a chronic non-communicable disease considered an important public health problem both in the global and national levels. Its repercussions exceed the biological dimension, because, it involves the subjectivity and the social constructions of the person, family and community where they live. Thus, among the scenarios that have been focus of attention and care in health are the ones that comprehend the population that lives in the countryside. It is essential that in these places the care from the cultural perspective is identified and comprehended, allowing the professionals of health to act professionally and efficiently with the people of different cultures. So, it is essential to comprehend the practices of care of people with hypertension that live in the countryside. From this question, we outlined as **objective** of this study to analyze the way how the people with systemic arterial hypertension that live in the countryside understand and live the practices of care. It is a field research, qualitative, exploratory and descriptive, performed with 13 people with hypertension that live in the countryside, covering the period from May to June of 2015. The data collection was performed by means of participant observation of moderated kind and semi-structured interview. The data was worked by Guide of phases of Data Analysis from the method of ethno-nursing suggested by Leininger and McFarland. The research followed the ethical principles of the Resolution number 466/2012 and obtained approval by the Research Ethics Committee with the Approval Certificate for Ethical Assessment number 41156015.7.0000.5346. The results were organized in two categories and three subcategories discussing from the beliefs and experiences in the disease process and the daily care practices. Regarding the experience of living with "high pressure" are revealed trajectories performed to diagnosis, the meanings attributed the etiology of the disease, the changes and the difficulties stemming from living with hypertension, as well as representations of illness resulting from that experience. Also, care practices were discussed from the aspects that concern the habits, uncertainties and possibilities in food, strategies were also identified from the replacement, reduction or elimination partial or total food with potential for worsening health. Another approached practice was the use of medicines and teas as medicines used to control blood pressure levels. Also addressed were the careful design combined with the care practices in general as protection against bad weather, hygiene, interaction with other people, games, leisure activities and social support network as forms of care and welfare. So to understand care practices is critical recognition and appreciation of different existing cultures and the elements present in everyday life.

**Keywords:** Hypertension. Rural Population Health. Culture. Nursing Care. Nursing.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico.
AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CORSAN	Companhia Riograndense de Saneamento
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade Saúde da Família
VER-SUS	Vivências e Estágios na realidade do SUS
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	27
2.1	UM PANORAMA SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	27
2.2	CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO	31
2.3	O CUIDADO NA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL .....	35
<b>3</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	41
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	41
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	42
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	42
3.4	COLETA DE DADOS.....	43
<b>3.4.1</b>	<b>Entrevista semiestruturada</b> .....	43
<b>3.4.2</b>	<b>Observação Participante: do tipo moderada</b> .....	44
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	51
4.1	“EU ACHO MUITO MELHOR O MEU LUGAR PORQUE EU GOSTO DAQUI”: DESCRIÇÃO DO CENÁRIO .....	51
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	61
4.3	VIVER COM “PRESSÃO ALTA”: EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE VIVEM NO CAMPO .....	66
4.4	PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HAS: APREENDENDO OS ASPECTOS CULTURAIS.....	76
<b>4.4.1</b>	<b>“Tudo é boia pra mim”: práticas de cuidado com a alimentação</b> .....	76
<b>4.4.2</b>	<b>“O que eu capricho é com os remédios”: utilização de medicamentos e chás como prática de cuidado.</b> .....	87
<b>4.4.3</b>	<b>“Eu me defendo pelo melhor”: práticas de cuidado com a saúde</b> .....	97
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	107
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
	<b>APÊNDICES</b> .....	123
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	125
	<b>APÊNDICE B – GUIA DE OBSERVAÇÃO</b> .....	126
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	127
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	130
	<b>ANEXOS</b> .....	133
	<b>ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA</b> .....	135
	<b>ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)</b>	136



## 1 INTRODUÇÃO

Quanto mais olhamos para o mundo e para as pessoas mais enxergamos perspectivas e experiências que não imaginávamos. No Brasil do século XX, não se imaginavam as intensas transformações que ocorreriam desde o início do século até os dias de hoje. Ocorreram mudanças nos aspectos demográficos e epidemiológicos que acarretaram importantes modificações desde a ocupação do espaço geográfico até as formas de viver, adoecer e morrer.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, houve uma aceleração do ritmo dos processos de industrialização e urbanização, isso acarretou o início dos movimentos migratórios do campo para a cidade. Em 1950, dos 51.944.397 habitantes recenseados, 33.161.506 indivíduos residiam no campo, representavam 63,8% da população total. O Censo Demográfico de 2010 aponta que a população brasileira é de 190.755.799 habitantes sendo que a população que reside no campo é composta por 29.830.007 habitantes, e a população que vive na zona urbana correspondente a 160.925.792 habitantes, isso representa 84,4% da população total, demarca, assim, a inversão na dinâmica de organização espacial no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; IBGE, 2011).

Além disso, nesse período de tempo, as taxas de fecundidade diminuíram e a expectativa de vida aumentou, o que configura o aumento da população idosa. Associado a isso, houve uma mudança nos padrões de consumo, nas estratégias mercadológicas e nos estilos de vida, tornando-se fatores determinantes no adoecimento da população (MENDES, 2011). Essa gama de fatores resulta na transição demográfica e expressa-se pelo cenário de adoecimento atual caracterizado pela “tripla carga de doenças” (FRENK, 2006 p. 3). Esta é composta pelas doenças infecciosas e parasitárias, pelo acréscimo da violência e morbimortalidade, por causas externas e pelo aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (FRENK, 2006).

Vale destacar que, com a mudança no perfil de saúde da população, a OMS revela uma notória projeção referente a mortalidade em decorrência das DCNT, com o registro de 38 milhões de óbitos no ano de 2012, representa a maior carga de morbimortalidade do mundo (World Health Organization; WHO, 2014). A maior parte das mortes por DCNT são consideradas prematuras, pois advém de causas evitáveis. Dessa maneira, a Organização Mundial da Saúde recomenda que os

países precisam definir e implementar metas para a redução dos índices de mortalidade (WHO, 2014). No Brasil, em 2011, as DCNT atingiram a proporção de 72 % do total de óbitos, estando entre as principais causas de mortes nesse ano (SCHIMIDT et al.; 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p. 7) define as doenças crônicas como

Um conjunto de condições crônicas<sup>1</sup>. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012a, p. 7).

É interessante salientar que os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes), os cânceres (8,2 milhões), doenças respiratórias crônicas (4,0 milhões) e a diabetes mellitus (1,5 milhões) (WHO, 2014). Entre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de DCNT estão o hábito de fumar, o excesso de peso, o consumo de refrigerantes, de doces e de alimentos que advêm de gordura saturada, a inatividade física e o consumo de bebidas alcoólicas. Além desses, referencia-se o diagnóstico de diabetes, dislipidemias e de hipertensão arterial sistêmica (HAS) como doenças crônicas que concomitantemente tornam-se fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (WHO, 2014).

Diante disso, destaca-se a relevância da HAS na epidemiologia das DCNT, pois é considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública e um dos principais fatores de risco modificáveis responsáveis pelo grande número de internações hospitalares e tratamentos no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Para entender os seus significados e impactos é importante conhecer o seu conceito. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) define como:

Uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas,

---

<sup>1</sup> Condições crônicas não incorporam apenas doenças crônicas, incluem outras situações no campo da saúde.

com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1).

Vale dizer que suas repercussões ultrapassam a dimensão biológica, porque envolve a subjetividade e as construções sociais da pessoa, da família e da comunidade onde vivem. Assim, para reduzir o número de morbidades e melhorar a qualidade de vida de pessoas que vivem o processo de adoecimento crônico, torna-se importante compreender a complexidade das práticas de cuidado nos mais diversos cenários de atenção.

A HAS aumenta o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doenças renais. Pode também causar cegueira e insuficiência cardíaca. O risco de desenvolver qualquer dessas complicações é maior, principalmente se coexistirem outros fatores de riscos, como uso de tabaco, obesidade e diabetes. Nas Américas, a HAS em conjunto com doenças correlacionadas, torna-se uma das principais causas de morte na população adulta, totalizando 9,4 milhões de pessoas (WHO, 2014). Sendo assim, acarreta consequências para os sistemas de saúde e para a qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, a prevalência de HAS autorreferida na zona urbana é 21,7% e no campo é de 19,8%, indicando maior prevalência nas cidades (ANDRADE et al., 2015). Porém, esse dado chama atenção já que a distribuição geográfica, as condições de acesso, as construções sociais e culturais são diferenciadas nesse espaço, isso indica a necessidade de explorar o desenvolvimento e os significados que a prevalência da HAS causa nessa população.

Dessa forma, na tentativa de compreender e valorizar a atenção e cuidado em saúde das pessoas que vivem no campo foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) no ano de 2011. A política reconhece que o contexto de vida e os determinantes sociais do campo e da floresta interferem no processo saúde/doença. Essa política visa diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo populacional (BRASIL, 2011a).

Cabe aqui esclarecer que palavra *campo* é utilizada neste estudo como sinônimo equivalente a zona rural. A escolha por essa expressão advém dos princípios da PNSIPCF que objetiva atender as necessidades de saúde dessa população respeitando a identidade social, os direitos e reivindicações, a apreensão

e visão de mundo, as práticas, as representações sociais e culturais que estão permeadas nesse meio (BRASIL, 2011a). Assim, quando houver inferência a pessoas que vivem no campo, trata-se de quem vive fora das sedes dos municípios.

Segundo a PNSIPCF, os segmentos populacionais considerados moradores do campo são aqueles que têm seu modo de vida, produção e reprodução social vinculados com a terra. Entre eles estão: os agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados em regime temporário ou não, os assentados e os que não têm acesso à terra. Ainda, pode-se enumerar as famílias em assentamento rural, as populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas e povoados; população ribeirinha, e comunidades que moram na periferia, mas trabalham no campo (BRASIL, 2011).

Wanderley (2001) aponta que o campo mantém particularidades históricas, sociais, culturais e ecológicas, que o recortam como uma realidade própria, da qual fazem parte, inclusive, as próprias formas de inserção na sociedade que o engloba. Sendo assim, apesar de todas as singularidades, o campo não é um universo isolado, pois faz parte de um conjunto de relações socialmente integradas ao contexto das sociedades brasileiras e internacionais. Isso influencia de maneira importante o atual modo de vida das pessoas. Com o decorrer do tempo o campo passou por um processo de modernização e as condições de vida das pessoas vêm se tornando similar a vida da cidade. Assim, o campo adquiriu novas facetas em relação ao modo de vida que indicam a necessidade de repensar as percepções sobre esse espaço (WANDERLEY, 2000).

Nesse contexto, um dos grandes desafios nas comunidades que vivem no campo diz respeito à aliança das práticas de cuidado profissional a das pessoas cuidadas (BUDÓ; SAUPE, 2005). Ao considerar que o cuidado é sempre direcionado para algo ou para alguém, Waldow (2004) expressa que a maneira como se pensa o cuidar tem ligação direta com as maneiras como o mesmo é executado. O exercício do cuidar implica uma ação, conforme Torralba (2009, p. 133-134):

Muito determinada que não consiste, paradoxalmente, em atuar muito, mas na capacidade de se colocar no lugar do outro, sobretudo na capacidade de escutar [...] Cuidar é uma ação que consiste em facilitar a palavra e a expressão alheia [...] Cuidar de alguém é mostrar interesse, é individualizar [...], mas a execução do mesmo sempre é singular e personalizada (TORRALBA, 2009, p. 133-134).

É importante destacar que o cuidado se constitui em um fenômeno universal presente na vida do ser humano, torna-se responsável pela sua sobrevivência e significa uma luta constante em prol da perpetuação da espécie. O cuidado enobrece as relações e permite aos que estão sendo assistidos crescer e se desenvolver (WALDOW, 2004).

Desse modo, como ciência do cuidado, a enfermagem deve focar o fenômeno e as atividades do cuidado humano para auxiliar, apoiar, facilitar, capacitar indivíduos e grupos a conservarem ou readquirirem a sua saúde, o sentir-se bem física e mentalmente, bem como a enfrentar a deficiência ou a morte, valorizando os aspectos culturais (LEININGER, 1991).

A teoria de enfermagem que auxilia as pesquisas com enfoque cultural é a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, tem como propósito:

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

Dessa forma, a cultura é definida por Leininger (1991) como valores, crenças e modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos que orientam seus pensamentos e ações de maneira padronizada. Assim, o objetivo da enfermagem transcultural transcende uma simples análise de culturas diferentes, pois torna a prática e o conhecimento profissional culturalmente embasada, conceituada, projetada e operacionalizada. Para Langdon e Wiik, a cultura pode ser definida:

[...] como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON; WIİK, 2010, p. 175).

Outrossim, a enfermagem deve atentar para essas perspectivas ao realizar aproximações entre os diversos modos de cuidar, objetivando compreender as semelhanças e diferenças na forma com que as pessoas percebem e praticam o

cuidado nos diversos contextos (LEININGER; McFARLAND, 2006). As diversidades e universalidades do cuidado cultural precisam ser identificadas e compreendidas, permitindo aos enfermeiros atuações profissionais eficientes com pessoas de diferentes culturas. Logo, faz-se essencial para a promoção de saúde compreender as práticas de cuidado de pessoas em adoecimento crônico, especialmente com HAS que vivem no campo.

Ademais, é importante esclarecer que a **justificativa** deste estudo decorre de um conjunto de planos e políticas públicas em saúde. Primordialmente consideram os princípios contidos da lei orgânica de saúde de equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) em que só a partir do (re) conhecimento das diversas realidades sociais e culturais será possível responder adequadamente às demandas e necessidades de saúde.

Ainda, considera-se o destaque atual sobre políticas públicas de saúde que incorporam a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 de Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS que estabelece as diretrizes para a organização das linhas de cuidado (BRASIL, 2014a). Ainda, cita-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011b). Nesse viés, este estudo contribui para o fortalecimento dessas ações na medida que compreende as práticas de cuidado realizadas pelas pessoas envolvidas nesse processo de adoecimento.

Alia-se a isso o seguinte panorama: em 2006 a Secretaria de Vigilância em Saúde implantou a Vigilância de Fatores de risco por inquérito telefônico (VIGITEL) que se caracteriza por ser um sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção. Esse sistema propiciou a melhoria na qualidade das informações epidemiológicas, porém, os aspectos subjetivos sobre as maneiras de agir e viver, bem como a visão dentro de seus contextos sociais, considerando-se o ponto de vista das próprias pessoas, ainda não foram incluídos (BRASIL, 2015).

Além disso, cita-se a subagenda cinco da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que relata a importância do desenvolvimento de estudos que abordem a HAS, a DM e a obesidade, as neoplasias, as doenças respiratórias, entre outras (BRAS, 2008).

Diante desses fatores, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos Catálogos de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de

Enfermagem (ABEn) com o objetivo de Identificar a produção brasileira de teses e dissertações desenvolvidas pela enfermagem sobre a saúde no campo. O resultado da busca apontou para 51 trabalhos<sup>2</sup>. As condições crônicas foram estudadas em 11 trabalhos sendo que 08 dessas publicações trabalhou a partir da abordagem de uma doença ou condição específica tal como o diabetes mellitus e o uso da insulina, a insuficiência renal, a síndrome metabólica, a asma e rinite alérgica, a obesidade, a doença falciforme, o câncer e o risco para doenças cardiovasculares. As demais pesquisas trabalharam as doenças crônicas no âmbito familiar.

A partir dos estudos, revelou-se a necessidade da ampliação do conhecimento em relação a outras formas de adoecimento crônico, inclusive daquelas com maior acometimento epidemiológico, como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas, visando dessa forma benefícios para a população e formulação de políticas públicas de saúde que respeitem as peculiaridades do local que vivem. Essa gama de fatores apontou a necessidade e a responsabilidade do enfermeiro na proposição e efetivação da ampliação de cuidado que abarquem as demandas sociais e culturais das pessoas com HAS que vivem no campo.

Além das ações, políticas públicas e a produção científica da enfermagem corroborou também para as **motivações** da pesquisadora a sua trajetória pessoal. Essa é caracterizada pelo convívio e contato com esse meio durante a infância e adolescência. O contato possibilitou a criação de vínculos afetivos através do contato e observação do contexto de vida e as singularidades que esse meio possui. Posteriormente a inserção como graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, proporcionou reflexões e observações acerca de temas referentes a cultura, cuidado, enfermagem e adoecimento crônico que suscitaram ainda mais o interesse por essas questões.

Nesse tempo, o Ministério da Saúde oportunizou vivências em que a pesquisadora se deparou com a problemática do homem do campo inserido em movimentos sociais por meio do projeto VER-SUS. Isso possibilitou uma aproximação nesse cenário suscitando reflexões acerca da necessidade de atenção à saúde no campo.

---

<sup>2</sup> Resultados parciais provenientes do estudo de tendências realizado na disciplina de “Metodologia da Pesquisa” do Programa de Pós- Graduação de Enfermagem da UFSM. Esse estudo ainda não foi publicado e por isso não compõem integralmente o corpus desse trabalho.

Ainda, as vivências e estágios no HUSM potencializaram essa inclinação para trabalhar com o adoecimento crônico, na medida em que foi observado um importante contingente da população rural nesses serviços de atenção à saúde. Ainda, o estabelecimento do diálogo, da escuta, da orientação em enfermagem e da criação de vínculos promoveram o interesse em melhor conhecer os saberes e práticas que esses indivíduos possuem acerca da relação do meio em que vivem com o seu adoecimento.

Finalmente, durante o término da graduação foi realizado o trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Experiências de pessoas moradoras da zona rural com câncer: entre saberes e práticas” (GOMES; BUDÓ; SIMON, 2014). Ao trabalhar com essa temática estreitou-se ainda mais a afinidade com o contexto do adoecimento crônico no campo e observou-se a importância de (re) conhecer as práticas de cuidado das pessoas e considerá-las nas ações de enfermagem.

Dessa maneira, o **objeto de estudo** desta pesquisa são as práticas de cuidado de pessoas com HAS que vivem no campo. O presente estudo tem como questão norteadora: **Como as pessoas em adoecimento crônico por HAS que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado?** A partir dessa questão, delineou-se como **objetivo** deste estudo analisar o modo como as pessoas com HAS que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresentará uma contextualização dos temas que envolvem o objetivo do presente estudo, fundamentando discussões acerca da temática. Dessa forma, discorre-se sobre a produção da literatura nos últimos anos, acerca dos eixos temáticos do estudo que estão organizados da seguinte forma: Um panorama sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, Contextualização sobre a saúde da População do Campo e O cuidado na perspectiva sociocultural.

### 2.1 UM PANORAMA SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O adoecimento crônico não-transmissível está entre os grandes desafios da saúde pública mundial pois representa a maior parcela de óbitos e de despesas com assistência à saúde. Isso acarreta consequências humanas, sociais e culturais importantes. A redução global do número de mortes e pessoas em adoecimento por doenças não transmissíveis é uma prioridade e uma condição necessária para o desenvolvimento sustentável de todas as nações (WHO, 2014). Nesse contexto, salienta-se que o impacto socioeconômico das DCNT está influenciando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio e inclui a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana, podendo atuar como um freio no desenvolvimento econômico das nações devido aos altos custos com os sistemas de saúde (WHO, 2010).

Vale dizer que as DCNT se desenvolvem de maneira prolongada e apresentam múltiplos fatores de risco, esses são complexos e interagem entre si. Outras características são o período longo de latência e curso assintomático, o percurso clínico, em geral lento, prolongado e permanente, sendo as manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, as lesões celulares irreversíveis e sua evolução pode levar a graus variados de agravos, incluindo a morte (LESSA, 1998).

Entretanto não é apenas a fisiologia do corpo humano que sofre influências, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) cita que há determinantes que condicionam o percurso do adoecimento crônico tais como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas, suas famílias e as redes sociais estão inseridas. Ainda, há de se considerar as condições de vida e de trabalho, o acesso à

alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de Saúde (BRASIL, 2014b).

Também, as características dos indivíduos, como idade, sexo, herança genética e suas relações, formais e informais, de confiança, de cooperação, de apoio nas famílias, na vizinhança e nas redes de apoio, onde acontecem as decisões dos comportamentos e estilos de vida também são determinantes no modo como as pessoas vão lidar com o processo de adoecimento crônico (BRASIL, 2014b). Os novos desafios para a saúde pública são encontrar mecanismos e estratégias para o enfrentamento destas doenças, garantindo o acompanhamento contínuo e integral as pessoas, pautado no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Inserida nesse panorama, entre 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. Ao se pensar na quantidade de pessoas que convivem com a HAS, a prevalência global em adultos no ano de 2014 foi de cerca de 22% da população mundial. No Brasil, no conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico prévio de HAS foi de 24,8%, sendo maior em mulheres (26,8%) do que em homens (22,5%) (BRASIL, 2015).

A HAS é uma doença crônico-degenerativa que apresenta muitos fatores, geralmente assintomática com evolução lenta e progressiva. O equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores são alterados que resultam em aumento da pressão no interior dos vasos, podendo ocasionar lesões em órgãos como o coração, cérebro, rins e olhos (FERREIRA FILHO, 2011).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos em três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013). A elevação da pressão arterial é associada ao aumento da idade, e também originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo pela interação entre fatores genéticos e hábitos como uma dieta desequilibrada, o consumo de álcool e tabaco e a ausência de atividades físicas (GOTTLIEB et al., 2011).

Nesse sentido, esses fatores que predisõem o aumento da pressão arterial ou contribuem para o seu agravamento, são denominados de fatores de risco. Eles podem ser classificados como não modificáveis (idade, sexo, etnia, história familiar) e modificáveis (excesso de peso e obesidade, tabagismo, sedentarismo, ingestão de sal, gordura) (WHO, 2014).

Dentre os fatores de risco não modificáveis estão ser do sexo masculino, histórico familiar de evento cardiovascular, para homens idade acima de 55 anos e para mulheres acima de 65 anos. Aspectos relevantes na história clínica da pessoa para investigação da HAS A história familiar positiva para HAS é usualmente encontrada em pessoas com HAS. Sua ausência, especialmente em pessoas jovens, é um alerta para a possibilidade da presença de HAS secundária (BRASIL, 2013).

Em relação aos fatores de risco modificáveis sabe-se que o sedentarismo representa um importante problema na sociedade, pois se associa a um risco acrescido de HAS e outras comorbidades cardiovasculares. Na abordagem da maioria das doenças associadas a fatores de risco ambientais, a prescrição do exercício físico regular constitui um recurso fundamental que deve ser incentivado como forma de cuidado (FERRERA et al., 2013). A pressão arterial pode ser reduzida por meio de 30 minutos de atividade física moderadamente intensa, como caminhada rápida, ou por exercícios menos frequentes, porém mais intensos (KOTCHEN, 2008).

Outro fator preponderante para a HAS é o excesso de peso. Uma alimentação rica em sódio e gordura, aumenta consideravelmente os riscos de desenvolver cardiopatia. Assim, uma dieta balanceada, com conteúdo reduzido de sódio, quantidade reduzida de gorduras saturadas, transaturadas e colesterol, mostrou ser capaz de reduzir consideravelmente a pressão arterial das pessoas (WHO, 2014).

O aumento do consumo de alimentos é consequência também das porções alimentares aumentadas, e à alimentação baseada em alimentos de alto teor calórico, muitas vezes ricos em gordura total, saturada, colesterol e sódio são apontadas como responsáveis pelo aumento da pressão arterial. Associa-se a esse panorama o declínio do gasto energético devido ao transporte motorizado, à mecanização do trabalho e outros aspectos da atualidade (DUNCAN, 2013).

Outro fator de risco modificável é o tabagismo. O risco para as pessoas que fazem uso do tabaco é aumentado com a duração, a quantidade e o tempo de

exposição. As pessoas que fumam apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares, tais como a HAS, dislipidemia, obesidade e sedentarismo. (WHO, 2014).

Ainda, cita-se o hábito de consumir bebidas alcoólicas. No Brasil, sabe-se que muitas pessoas ingerem bebidas alcoólicas na busca de efeitos prazerosos, sem que isso ocasione prejuízos consideráveis na sua vida. Por outro lado, para aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da população adulta, estima-se que em algum momento de suas vidas aconteceram problemas crônicos associados ao uso do álcool (SIEMENS, 2011).

Nesse contexto, a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular. No consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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 (SILVA et al., 2013).

Além dos fatores de risco, é importante citar que o objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características das pessoas, e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (WHO, 2014). Senso assim, o tratamento da HAS é referido por meio de dois modos: o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez (BRASIL, 2013). Já o tratamento não-medicamentoso visa a mudanças nos hábitos de vida que envolvam os fatores de risco já citados (BRASIL, 2013).

No tratamento da HAS também é importante que o cuidado profissional para a pessoa com HAS seja multiprofissional. Os desafios dos profissionais de saúde não

se restringem a diagnosticar e iniciar o tratamento, mas em manter o acompanhamento regular dessas pessoas (BRASIL, 2013). No mundo todo, a detecção, o tratamento e o controle da HAS são inadequadas, devido a deficiências nos sistemas de saúde, especialmente ao nível dos cuidados primários. Para atingir esse objetivo, as políticas e intervenções são necessárias para enfrentar os fatores de risco modificáveis (WHO, 2014).

Os profissionais da Atenção Básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS (esse fator não exclui a importância de profissionais em outras áreas de atuação). Cabe dizer, que os profissionais devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à HAS (BRASIL, 2013).

Em um estudo (SOUZA et al., 2015) sobre as ações de enfermeiros em unidades básicas em atendimento a pessoas com HAS, percebeu-se que as práticas relatadas por eles levam à reflexão acerca da condução da consulta de enfermagem e ao enfoque restritivo que visa apenas a doença. Sendo assim, os autores indicaram a importância de atender integralmente todas as pessoas.

Diante do panorama apresentado percebe-se a importância epidemiológica e o impacto da HAS na vida das pessoas. Além disso, buscou-se entender os fatores presentes no desenvolvimento e agravamento da doença através dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis, bem como o seu tratamento. Também, buscou-se enfatizar a importância dos profissionais de saúde no diagnóstico e acompanhamento das pessoas com HAS. Porém, destaca-se, nesse panorama, a importância de associar esses conhecimentos ao reconhecimento e valorização dos aspectos culturais imbuídos nesse processo, bem como a influência desses, nas práticas e decisões das pessoas. Sendo assim, afirma-se a importância de conhecer as práticas de cuidado nos mais diversos cenários de atenção, inclusive no campo.

## 2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

A ideia de atraso, isolamento total e oposição aos espaços urbanos são características atribuídas ao campo que há muito tempo não condizem com a

realidade. O imaginário das pessoas é povoado de tais representações, o que escamoteia a diversidade sociocultural de que são dotados esses espaços de nosso país (TEIXEIRA; LAGES, 2010).

O pressuposto de que as relações entre o campo e as cidades não podem ser entendidas como relações de oposição ou antagonismo, mas se inscrevem num espaço comum como relações de complementaridade e interdependência (WANDERLEY, 2001). Entendendo o campo e o urbano como “modos particulares de utilização do espaço e de vida social, o grande desafio é o de compreender os processos sociais pelos quais estas realidades se interligam em profundidade, reiterando-se mutuamente. De acordo com Teixeira e Lages (2010), os espaços do campo são diversificados, dinâmicos e em permanente modificação. As paisagens e as populações que ali vivem se transformam profundamente (TEIXEIRA; LAGES, 2010, p. 454).

Entretanto, historicamente, o campo é um espaço que ainda apresenta grandes taxas de pobreza, baixos níveis de escolaridade e de atenção do poder público, no que tange ao desenvolvimento social. Além disso, o campo, tradicionalmente, é um lugar com pouca atuação governamental relativa à promoção da saúde e assistência social (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

De acordo com o PNSIPCF no campo brasileiro encontram-se os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, insalubridade e analfabetismo, caracterizando uma situação de pobreza decorrente da dificuldade ao acesso aos serviços indispensáveis à vida (BRASIL, 2011a). A população que vive no campo tem uma expectativa de vida baixa, pois sofre com os altos índices de mortalidade materno-infantil. Em decorrência da falta de acompanhamento durante o pré-natal, o baixo peso infantil e a alimentação muitas vezes precária (WONCA, 2011).

Além disso, os dados epidemiológicos do campo são elevados em relação ao câncer, HAS, alcoolismo, tabagismo, doenças psicossomáticas e o uso indiscriminado de medicamentos. A morbidade referida no meio rural ainda, aponta para a falta de água potável, as doenças gastrointestinais, as lesões por esforços repetitivos e as intoxicações por metais pesados e agrotóxicos (BRASIL, 2011a)

Ressalta-se, ainda, que as pessoas que vivem no campo também estão expostas a inúmeros agentes que podem causar acidentes, como máquinas e implementos agrícolas, ferramentas manuais, agrotóxicos, animais domésticos e

animais peçonhentos (BRASIL, 2011b). Nesse contexto do trabalho, Riquinho e Hennington (2013) referem que foi possível identificar alguns problemas de saúde entre os agricultores produtores de tabaco, como a doença da folha verde do tabaco, as doenças respiratórias, os acidentes e intoxicações por agrotóxicos sendo esses, consequência ou agravo pelo trabalho com o fumo.

Ainda, esse cenário vem adquirindo hábitos e estilos de vida tidos como urbanos, como a crescente violência e utilização de drogas. Sabe-se que as mudanças registradas no modo de vida no campo nos últimos anos trouxeram modificações importantes no modo de vida dessas pessoas incidindo na substituição das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas não-transmissíveis como a HAS, diabetes e obesidade (FRANCIONI; SILVA, 2007). Nesse contexto, Pimenta et al., (2014) em um estudo sobre o perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Teófilo Otoni, Minas Gerais, refere que há associação entre a prevalência de doenças em idosos e o nascimento no campo sendo uma das doenças citadas, a HAS.

Para entender a complexidade do adoecimento crônico no campo, deve-se levar em consideração algumas características presentes na vida das pessoas que vivem nesses locais, tais como: as dificuldades de acesso, os modelos de atenção à saúde e as influências culturais. Embora se tenha um sistema de saúde universal e público, um dos grandes desafios é fazer com que suas ações se efetivem em todo o território nacional, em espaços de difícil acesso, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, unidades de saúde) impedem uma oferta qualificada dos serviços. Os habitantes do campo têm sofrido com a ausência das políticas de saúde em seu cotidiano (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Aliado a isso, cita-se que as Unidades Básicas de Saúde existentes nas comunidades do campo, em sua maioria, possuem eixo funcional baseado no modelo hospitalocêntrico, transformando-se em pequenos pontos de pronto atendimento. A figura do médico é vista pelas pessoas como central no espaço da atenção profissional, visto como principal fonte de cuidado dentro dos serviços de saúde. Dessa forma, a procura pelos serviços nas unidades ocorre de maneira pontual e diante de uma eventual necessidade (PITILIN; LENTSCK, 2015):

Vale ressaltar que para compreender as necessidades de saúde da população, apenas os indicadores epidemiológicos e sociais tradicionais não são suficientes, pois partem de uma lógica que tenta demonstrar a relação direta entre o

acesso a bens e relações com a sociedade externa/mais ampla, bem como políticas e serviços de saúde e a superação dos problemas no campo (GERHARDT; LOPES, 2015).

Sendo assim:

Para avançar na discussão, sugere-se considerar, também, outros elementos e os aspectos mais subjacentes de cada realidade em questão. Ou, em outros termos, atentar para a forma concreta com que os atores sociais constroem suas necessidades e as têm reconhecidas pelo grupo, pelas políticas e serviços de saúde no microespaço (ALMEIDA FILHO, 1999; RIQUELMO, 2009; SANTOS; GERHARDT, 2008 apud GERHARDT; LOPES, 2015).

Nesse sentido, instituiu-se pela Portaria nº 2.866, de 2 de Dezembro de 2011, no âmbito do SUS, a PNSIPCF que objetiva

contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana (PNSIPCF, 2011, p. 5).

Dentre as suas principais diretrizes, destaca-se:

Valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais (PNSIPCF, 2011, p. 6).

Destaca-se que todos esses elementos são potencializadores que visam à integralidade de atenção às pessoas do campo, pois se apresentam como ferramentas importantes no processo de construção das práticas em saúde. Assim, é necessário que haja o reconhecimento e o direcionamento nas práticas de cuidado dos profissionais para a inclusão das pessoas do campo como protagonistas desse cuidado.

Portanto, saúde no campo não pode ser pensada como uma reprodução da zona urbana; invariavelmente, precisa ter uma estratégia de desenvolvimento, sendo um meio de garantir às pessoas do campo, qualidade de vida. Promover o desenvolvimento das comunidades do campo é um desafio de todos os setores públicos e tem efeitos determinantes sobre a vida dessa população. É fundamental, no contexto do adoecimento crônico, especialmente o da HAS, aprofundar os conhecimentos sobre os significados e as práticas de cuidado das pessoas que vivem no campo, a partir da ótica do cuidado na perspectiva cultural.

### 2.3 O CUIDADO NA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Na contemporaneidade, vive-se em uma sociedade derivada de composições religiosas, culturais e de miscigenações variadas, que forma uma população de características multiculturais. Diante dessas diferenças nasce o etnocentrismo. Segundo Rocha (2006, p. 7) “o Etnocentrismo é uma visão do mundo com a qual tomamos nosso próprio grupo como centro de tudo, e os demais grupos são pensados e sentidos pelos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é existência”. Partindo dessa compreensão, o etnocentrismo é a visão do outro a partir das nossas concepções, vivências e memórias como humanos constituídos por consciência e história. Esse conjunto de experiências confere a capacidade de fazer a análise do outro a partir de nós mesmos. Perceber o outro como ser cultural é reconhecê-lo nas suas diferenças.

É interessante destacar que essas distinções geralmente são encaradas de uma forma ameaçadora, pois a lógica para o grupo do “eu” é vista como natural, superior e certa, e para o grupo do “outro” a mesma lógica é vista como absurda, anormal e ininteligível. Além disso, os componentes de um mesmo grupo atingem níveis de significados e entendimentos semelhantes no modo de agir como reflexo de um estilo de vida igual. Nesse contexto, não compreendem como outras sociedades podem viver de uma maneira que não a sua (ROCHA, 2006). A enfermagem cotidianamente se depara com atitudes e situações etnocêntricas, por se tratar de uma área que trabalha com um público constituído pela globalização de relações complexas e multiculturais.

A enfermagem como profissão, disciplina e ciência tem sua essência baseada no cuidado humano. Leininger (1991), tendo reconhecido o cuidado como primordial nessa profissão, trouxe do contexto da antropologia o componente cultural, e da enfermagem o componente do cuidado, utilizando desse modo os termos “diversidade” e a “universalidade” para compor essa teoria.

*A diversidade do cuidado cultural*, segundo Leininger representa:

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

Já a *universalidade do cuidado cultural*, a autora supracitada caracteriza como sendo:

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

Na teoria do Cuidado Cultural, o cuidado é a base da enfermagem, indispensáveis para a existência da humanidade, focado no seu crescimento, para alcançar uma satisfação com a vida, na saúde, na cura, nas limitações, incapacidades e morte (GEORGE, 2000). Além dessa conceituação dos constituintes formadores da Teoria sobre a Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, tem-se os padrões de cuidado saúde e bem-estar de indivíduos, famílias e instituições, os quais são influenciados por fatores que constituem a sociedade tais como: os tecnológicos, os religiosos e filosóficos, os políticos e legais, os econômicos, os educacionais, as relações sociais, os valores culturais e de modo de vida (GEORGE, 2000). Assim, as dimensões culturais que englobam as visões de mundo, saberes, experimentações e experiências que cada ser, particularmente ou coletivamente, construiu durante as suas vivências, vão determinar as suas escolhas e os significados durante a sua existência.

Esses fatores dão subsídios a dois sistemas de cuidado: o popular e o profissional. O sistema popular ou conhecimento popular diz respeito às habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas por gerações, usadas para proporcionar cuidado, melhorar as condições de vida ou auxiliar no enfrentamento de situações que acarretam sofrimento ao indivíduo. Já o sistema de cuidado profissional é entendido como os cuidados aprendidos e ensinados, além das habilidades práticas transmitidas por instituições de ensino profissionalizante com o objetivo de atender as necessidades de saúde das pessoas (LEININGER, 1991).

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. 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.

Entende-se que 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, em que a doença é primeiramente conceituada e as práticas de cuidado em saúde são iniciadas. 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, embora não sendo profissionais, são especialistas. Dessa forma, embasa-se na medicina tradicional, a qual agrega elementos dos outros setores, porém predomina o setor popular. Representa o setor não profissional, não burocrático e especializado acerca do saber popular (KLEIMAN, 1980). Um exemplo desse setor estão as curandeiras e benzedadeiras.

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.

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, 2009).

Leininger e McFarland (2006) diante da importância dos significados dos valores, crenças, normas, rituais, e símbolos no cuidado fazem referência aos pontos de vista interiores e subjetivos das pessoas utilizando o termo *emic* enquanto que a visão e o ponto de vista exterior são tidos como *etic*. Nesse viés, Kleinman (1988) traz algumas perspectivas em relação as representações da doença. Sendo assim, a *illness* refere-se à 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, por aqueles que apresentam suas vidas transformadas pela repercussão advinda dessa condição. É a experiência vivida pela pessoa e a maneira que consegue classificar e esclarecer o processo de adoecimento. Nesse entendimento, a doença é construída culturalmente.

Já a perspectiva do profissional é representada por Kleinman (1988) pelo termo *disease*, essa expressão é percebida com base na visão profissional, através das lentes teóricas e das formas práticas, pautadas apenas na percepção da doença como alterações na estrutura biológica ou funcional. Assim, esse profissional reconfigura os problemas de doença (*illness*) vivenciados pelas pessoas e suas famílias 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). Ou seja, o termo *sickness* designa os comportamentos socioculturais conectados com a doença em uma dada sociedade representando o processo de socialização tanto da *disease* quanto da *illness* (KLEINMAN, 1988).

Compreende-se que associação dos saberes (popular e científico) e dos setores (popular e profissional) representam um elo importante para a orientação das ações em saúde que objetivem a promoção da saúde das pessoas, 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.

Com esse objetivo, Leininger (1991) propôs três modelos e ações de atendimento de enfermagem, que vão exigir do profissional e das pessoas uma participação e envolvimento intenso. Assim, os itens a serem considerados são a preservação ou manutenção do cuidado cultural:

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

Outro conceito trazido pela autora é o de ajustamento ou negociação do cuidado cultural:

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

E o último item é a repadronização ou reestruturação do cuidado cultural que são:

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

Para elucidar e descrever essas ações diversificadas e universais, Leininger sistematiza esse processo por meio da criação do Modelo Sunrise, que é representado pelo nascer do sol e tem objetivo de esclarecer, ilustrar, interpretar o conhecimento do cuidado de enfermagem em um paradigma cultural. De acordo com Budó (2002), essa ideia de sol nascente possibilita aos profissionais da enfermagem uma melhor interpretação da teoria, para auxiliá-los a desenvolver uma assistência embasada no reconhecimento das diversas culturas existentes.

Sendo assim, a partir dessas premissas, deve-se passar a considerar a realidade sociocultural das pessoas, com o intuito de compreender suas práticas de vida e cuidado, e assim encorajá-las a assumirem maior controle sobre sua saúde. Portanto, essa perspectiva mostra as múltiplas influências no cuidado de modo a atender para a adequada preparação dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem no cuidado a pessoas com HAS que vivem no campo.



### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Fundamentalmente, o percurso metodológico é a forma de viabilizar os questionamentos do pesquisador em relação a realidade estudada. Por isso, é essencial que o objeto de pesquisa e o método se relacionem dialeticamente e articulem a teoria com a realidade estudada (MINAYO, 2014). Neste capítulo, descrevem-se as etapas metodológicas percorridas para o desenvolvimento desta pesquisa, tais como: tipo de estudo, cenário de estudo, participantes, instrumentos de coleta de dados, análise, discussão e interpretação dos dados e aspectos éticos.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Na intenção de compreender as práticas de cuidado que norteiam o cuidado desenvolvido pelas pessoas que vivem no campo, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa é o “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” que resultam “das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57). As investigações qualitativas se preocupam em desvelar os processos sociais através do olhar das pessoas que vivenciam o fenômeno (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2010, p. 27), “tem o propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-la mais explícita. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado”. No que tange aos estudos descritivos, esses são entendidos por Leopardi et al. (2001), como aqueles possíveis de explicar uma situação da qual se necessita de maiores informações, tendo como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

Para Gil (2010), as pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade etc. Ainda, incluem-se nesse grupo, as pesquisas com objetivo de levantar opiniões, atitudes, crenças de uma determinada população. Sendo assim, o tipo de metodologia selecionada para o estudo, propiciou uma sustentação teórica

apropriada para orientar a pesquisadora a compreender as práticas de cuidado na perspectiva das pessoas que vivem no campo.

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município Santa Maria, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul e situada a 300 km de distância da capital Porto Alegre, possui uma população de 261.031 habitantes. Apresenta uma área geográfica total de 1.781,757 km<sup>2</sup> sendo que a área do campo ocupa 1.653 Km<sup>2</sup> desse território (IBGE, 2015).

O município é o principal polo assistencial de saúde da Macrorregião Centro-Oeste do Estado. Santa Maria é integrante da 4<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde, juntamente com 32 municípios sendo a referência para a assistência à saúde de média e alta complexidade. Em relação AB, o município possui Estratégias Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, entre outros serviços, sendo distribuídos pela extensão territorial da sede do município e os distritos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2014).

O cenário deste estudo foi a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no campo. A escolha dessa unidade deve-se ao fato de ser a única USF no campo com funcionamento nos cinco dias da semana, com equipe de saúde composta por um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um médico e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais realizam em uma das áreas de abrangência dois grupos de saúde. Os participantes desses grupos foram convidados a participar da pesquisa e assim os cenários de pesquisa estenderam-se até a residência dessas pessoas.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa atenderam os seguintes critérios de seleção: pessoas com idade superior a 18 anos, que viviam na área de abrangência da USF, diagnosticadas com HAS há mais de seis meses. Cabe salientar, que essa doença apresenta maior incidência de acometimento tanto no âmbito do nacional quanto

local<sup>3</sup>. Como critérios de exclusão foram elencados: a impossibilidade por qualquer natureza de comunicação e a recente descoberta diagnóstica (até seis meses). Essa opção se deu por acreditar que há um tempo de adaptação e aceitação da nova condição e que isso poderia influenciar no momento da coleta de dados.

Salienta-se que os grupos sociais e os locais que compõem a área de abrangência da USF são heterogêneos (quilombos, assentamentos, áreas próximas a periferia urbana, entre outros locais bem distintos) e apresentavam modos diversos de vida com características culturais e socioeconômicas diferenciadas. Sendo assim, a captação dos participantes ocorreu a partir de grupos de saúde com predomínio de pequenos agricultores, na sua maioria idosos. Dessa forma, a escolha pelos grupos de saúde ocorreu de forma intencional, pois refletem a inclinação da pesquisadora em estudar as práticas de cuidado dessas pessoas.

Assim, primeiramente foram feitos convites nesses grupos coordenados pela equipe de saúde da família da área. Esses grupos se reúnem mensalmente e são realizados fora da sede da USF em locais diferentes do distrito. Essa descentralização acontece devido às grandes distâncias entre uma residência e outra, pelas precárias condições das estradas (que dificultam o acesso das pessoas) e ainda pelos aspectos socioeconômicos. Após o aceite de participação realizava-se contato para o agendamento da entrevista por meio de telefone celular ou por intermédio do ACS local e a pesquisadora ia até o local de residência de cada um.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a Entrevista Semiestruturada e a Observação Participante do tipo moderada.

#### 3.4.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista, conforme Richardson (2011), tem a sua origem etimológica proveniente do latim sendo *Vista* correspondente ao ato de ver, ter preocupação de algo. E *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas

---

<sup>3</sup> Na USF o número de pessoas cadastradas com HAS corresponde a 163 pessoas. Essa informação é proveniente dos dados registrados pelo enfermeiro da unidade e ainda não publicados pelos sistemas do Governo Federal.

pessoas ou coisas. A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social proporcionando profundidade acerca do comportamento humano através de uma ampla obtenção de respostas e expressões (GIL, 2010).

Para este estudo será utilizada a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que, conforme Minayo (2014), combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, nela o entrevistado apresenta a possibilidade de falar sobre o tema proposto, sem respostas ou condições fixadas pelo pesquisador. As questões fechadas foram referentes aos dados pessoais dos entrevistados com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa. Enquanto, as questões abertas contemplaram as práticas de cuidado que as pessoas em adoecimento crônico utilizam e as situações de vida que acharam importante compartilhar.

É importante destacar que ao iniciar a entrevista foi necessário que o pesquisador explicasse o objetivo e a natureza do trabalho, assegurando o anonimato do participante e o sigilo das respostas, além de apresentar uma postura que mantivesse o ambiente das residências confortável, cordial e de confiança entre o pesquisador e os participantes. Durante o desenvolvimento da entrevista evitou-se ter uma postura autoritária e de protagonismo, isso permitiu e forneceu o tempo e atenção necessários para que as pessoas finalizem os seus relatos (RICHARDSON, 2011).

Assim, as entrevistas foram autorizadas pelos participantes e gravadas com o auxílio de um gravador digital, e, posteriormente, transcritas na íntegra, visando possibilitar a análise e interpretação fidedignas dos dados. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta a fundamentação teórica e os objetivos propostos para o estudo.

### **3.4.2 Observação Participante: do tipo moderada**

A Observação participante incorpora novos elementos ao sentido comum da palavra, isso porque os objetivos vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Diante da intersubjetividade, presente nas situações, a observação permite e facilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspectos essenciais do local estudado (SPRADLEY, 1982).

Estar com as pessoas no local de pesquisa e consigo mesmo faz parte de um movimento que oportunize liberar-se de preconceitos sendo assim capaz de desenvolver um novo olhar sobre os participantes, sem o prévio rótulo de certo ou errado. Considera-se que o processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar os padrões específicos de uma cultura é essencial para a compreensão da mesma (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Spradley (1982) refere que o grau de participação do pesquisador define o tipo de observação a ser realizada, salienta, ainda, que a observação empregada nos métodos científicos é classificada em cinco tipos: não participação, participação passiva, moderada, ativa e completa. Nesse caso, o tipo de observação empregada nessa pesquisa foi a observação participante do tipo moderada (SPRADLEY, 1982). A observação participante do tipo moderada caracteriza-se pelo equilíbrio de tempo e presença dentro do espaço observado e fora dele (SPRADLEY, 1982). Essa modalidade, permitiu a apreensão de uma perspectiva geral dos aspectos estruturais, socioculturais e das interações com o objetivo da pesquisa.

Procurou-se manter o equilíbrio entre pertencer e não pertencer ao grupo, ver a situação de “dentro” e de “fora” contrabalançando a observação com a participação. Participar em algumas atividades permitiu criar condições favoráveis a um relacionamento mais próximo com os diversos intervenientes e conhecer melhor alguns detalhes.

Essa modalidade também foi escolhida pois mesmo diante das dificuldades de acesso ao local pesquisado a observação participante do tipo moderada permitiu experimentar estar dentro e fora da situação estudada de modo a atender para os aspectos importantes a essa investigação.

Nesse sentido, a pesquisadora se inseriu no cenário de estudo (locais de moradia) por meio da apresentação dos profissionais de saúde da USF de referência durante o desenvolvimento de grupos de saúde realizados por esses profissionais junto da comunidade. Dessa forma, após o convite nos grupos de saúde foram agendadas as entrevistas com aquelas pessoas que aceitaram o convite. Assim, a observação ocorreu durante a entrevista nos domicílios onde vivem os participantes e com as experiências participatórias advindas da entrevista e do percurso percorrido pela pesquisadora. Para realizar essa técnica de coleta de dados a pesquisadora seguiu um guia de observação (APÊNDICE B).

Para realizar o registro das informações observadas foi utilizado um diário de campo. Nesse espaço foram considerados alguns aspectos como as características do ambiente, o relacionamento entre as pessoas que vivem no local e a linguagem utilizada pelos participantes. Para evitar constrangimentos e desconfianças durante o registro das informações no diário de campo, a sua construção ocorreu a partir de palavras-chaves apontadas discretamente no momento da entrevista. Ao sair da residência, no momento em que estava sozinha, foi feita a transcrição detalhada dos fatos observados.

Nesse processo enfatiza-se a importância de se manter um registro cuidadoso, pois este se constitui em um elo entre as observações de campo e a análise dos dados, que dependerá em muito do que se registrou (SPRADLEY, 1982). Sendo assim, durante a coleta de dados quando imersas na cultura estudada manteve-se um constante olhar de surpresa para os eventos observados e estando, ao mesmo tempo, atenta ao significado dessa experiência (SPRADLEY, 1982).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com a finalidade de conhecer, entender, interpretar e explicar as diferentes dimensões das práticas de cuidado, a partir de uma perspectiva cultural, os dados coletados foram analisados de acordo com o Guia das Fases de Análise de Dados do Método da Etnoenfermagem sugerido por Leininger e McFarland (2006). Esse método de análise utiliza quatro fases sequenciais descritas a seguir:

A primeira fase consta em coletar, descrever, documentar e gravar os Dados Brutos. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada e a observação participante no momento da realização da entrevista e nos encontros do grupo de saúde (LEININGER; McFARLAND, 2006). O conteúdo das entrevistas foi gravado com auxílio de gravador digital e posteriormente esse material foi transcrito na íntegra por meio digital através do programa *Microsoft Word*. Ainda, as observações e as experiências participatórias foram apontadas através de palavras-chaves em um diário de campo durante a realização da entrevista e posteriormente os fatos e impressões foram relatados integralmente. Com o material das entrevistas e observações impresso e encadernado foi realizada uma leitura em que foram assinaladas as falas e fatos observados que respondem ao objetivo do estudo e comentários com as primeiras impressões da pesquisadora.

Na segunda fase denominada “*Identificação e categorização dos descritores e componentes*” os dados são codificados e classificados com relação ao domínio ou investigação (LEININGER; McFARLAND, 2006). Para realizar a codificação dos dados, realizou-se a confecção de uma listagem com as expressões e representações *emics* e as influências *etics* utilizadas pelos participantes. Para cada frase e/ou trecho foi atribuído um código que representou o significado do conteúdo dos fragmentos. Esses códigos funcionaram como guia para o conteúdo das definições ou dos significados de cada categoria.

Na terceira fase Padrão e Análise Contextual os dados foram examinados para descobrir saturação de ideias e padrões recorrentes de significados, expressões, formas estruturais, interpretações ou explicações similares e diferentes de dados relacionados ao domínio da investigação (LEININGER; McFARLAND, 2006). As expressões e representações similares advindas da criação dos códigos foram agrupadas pela similaridade em tabelas confeccionadas no *Microsoft Word*. Os códigos extraídos foram colocados na tabela acompanhado de todos os trechos similares referentes a esse mesmo código.

Finalmente, na quarta fase nomeada de *Temas principais, Resultados de Pesquisa, Formulações Teóricas e Recomendações* a autora recomenda que o pesquisador deve resumir e confirmar temas principais, resultados de pesquisa, recomendações e algumas vezes fazer novas formulações teóricas (LEININGER; McFARLAND, 2006). Sendo assim, cada grupo de fragmentos aglutinado foi analisado e desenvolvido profundamente a partir das relações com os fatores contextuais, dando ênfase a interpretação cultural, a análise da linguagem, da estrutura social e de outros influenciadores importantes para entender as práticas de cuidados. As fases de análise estão relacionadas, constroem e sustentam as fases anteriores a fim de que resultados sejam seguros, precisos, claros e significativos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, observando os princípios éticos que são preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Foi garantido a todos os participantes acesso às informações necessárias em relação

aos direitos, à participação voluntária, à isenção de custos, ao sigilo, ao anonimato e direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Em primeiro lugar, foi realizado o diálogo necessário com a secretaria de saúde do município e com os profissionais envolvidos da equipe de USF. Após consentimento, o projeto foi registrado e tramitado no Sistema de Informações para Ensino (SIE) e encaminhado para o Gabinete de Projetos (GAP) da UFSM. Em sequência, foi registrado no sistema Plataforma Brasil, com encaminhamento ao CEP da UFSM. Após obtenção do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) **número 41156015.7.0000.5346** do CEP/UFSM, foram iniciados novos contatos com os profissionais e grupos, para coleta dos dados junto aos participantes.

O processo de coleta de dados foi realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), o qual foi assinado em duas vias, uma com o participante e outra com os pesquisadores. Aos participantes que não sabiam escrever o nome, foi solicitada demarcação da impressão digital no local da assinatura. Cabe salientar, que o TCLE foi lido e esclarecido pela pesquisadora antes do início da entrevista.

Em relação à identificação das pessoas no banco de dados, os participantes foram identificados por P1, P2, P3 e assim por diante. Esta pesquisa comprometeu-se com o sigilo e prudência em relação aos dados dos participantes, mediante assinatura do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D). Esse material está armazenado juntamente aos TCLE em um armário sob posse exclusiva da coordenadora da pesquisa, localizado na sala 1305B do Centro de Ciências da Saúde (CCS), prédio 26 da UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305<sup>a</sup> – 97105-900 – Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil. Decorridos cinco anos do armazenamento do material, o mesmo será incinerado.

Foi informado às participantes os possíveis riscos da pesquisa, como: o envolvimento de sentimentos, percepções da subjetividade dos participantes entrevistados o que pode levar, eventualmente, a desconfortos emocionais e psicológicos e a mobilização de conteúdos psíquicos desestabilizadores. Quando isso ocorreu as entrevistas foram interrompidas, o gravador foi desligado, os participantes foram acolhidos e foi prestado o apoio necessário. Esse fato aconteceu em dois momentos sendo a decisão pela continuidade das entrevistas realizada pela livre escolha dos participantes. Além disso, foi informado que a participação poderia

ser suspensa em qualquer etapa da pesquisa (inclusive após a realização da entrevista) e que as informações seriam excluídas do corpus da pesquisa.

Os participantes não obtiveram nenhum benefício direto, porém se ressalta que a entrevista foi um momento de livre expressão e escuta. Tornou-se um ambiente que estimulou o participante a expor suas percepções, sentimentos, sob a garantia do anonimato e da isenção de julgamento. Ainda, a oportunidade de (re) pensar as temáticas mobilizou a reflexão acerca da própria vida, saúde e cuidado. Nesse sentido, acredita-se que a participação nesta pesquisa foi potencialmente positiva para as pessoas, na medida em que proporcionou momentos de acolhimento, escuta, reflexão e valorização.

Para além de constituir-se em produção acadêmica necessária para o cumprimento do requisito para obtenção do título de mestre, tem-se o compromisso com a sociedade de publicar o estudo em espaços comunitários, acadêmicos e científicos. Ainda, espera-se que os resultados do estudo possam ser fonte de informação e de construção de conhecimentos para os segmentos envolvidos com a problemática. Os pesquisadores se comprometeram em socializar os resultados com os participantes, disponibilizando o material na íntegra para a USF e a Secretaria de Saúde do município de Santa Maria logo após sua impressão final.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender as práticas de cuidado é fundamental conhecer o contexto de vida das pessoas a partir de alguns fatores que influenciam o processo de adoecimento. Com essa finalidade, apresenta-se uma contextualização do cenário de pesquisa e a caracterização dos participantes a partir dos dados coletados na observação e na entrevista. Posteriormente, serão apresentados os temas que resultaram da análise de dados.

### 4.1 “EU ACHO MUITO MELHOR O MEU LUGAR PORQUE EU GOSTO DAQUI”: DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Para compreender as práticas de cuidado alguns aspectos sobre o cenário como características do percurso percorrido e dos locais de moradia são relatos a seguir. O convite de participação da pesquisa foi realizado em salões das comunidades pertencentes a USF. O trajeto realizado até esses locais é longo e apresenta algumas peculiaridades, como registrado no diário de campo:

Para chegar até o distrito [...] utilizo o transporte coletivo. As linhas de ônibus que levam até a USF têm poucos e espaçados horários. O trajeto começa no centro da cidade e perpassa por diversos bairros periféricos para então chegar ao distrito. No itinerário realizado pelo ônibus eu vejo os mais diversos aspectos [...] que demarcam o contraste socioeconômico e cultural que envolve o centro da cidade, a periferia urbana e o campo. São espaços diferenciados e desiguais [...] Segundo o motorista que realiza a linha são percorridos cerca de 18 quilômetros do centro da cidade até a USF localizada no distrito. Da Unidade de Saúde percorri junto com os profissionais cinco quilômetros até o salão da igreja local onde ocorre um dos grupos. Para chegar até o segundo grupo do distrito foram percorridos 30 quilômetros de distância em relação a USF (Trecho do diário de campo, 10 de abril de 2015).

O contraste entre o centro da cidade, a periferia urbana e o campo aponta para as diferenças no âmbito espacial em relação a qualidade da estrutura física das calçadas, ruas, dos pontos de ônibus e das residências.<sup>4</sup> Alguns aspectos como a limpeza e manutenção das vias públicas, a presença ou não de lixo e arborização foram registrados. Porém, a diversidade dos espaços que compõe a organização

---

<sup>4</sup> As casas de padrão econômico mais elevado possuem calçamentos, vias públicas e pontos de ônibus em conservação e manutenção constantes diferentemente daqueles locais mais vulneráveis economicamente.

espacial não indica meramente a aparência de um local ou a localização geográfica de cada pessoa, mas implica organizações sociais com diferenças culturais e profundas desigualdades.

Nesse sentido, Gerhardt e Lopes (2015, p. 23) indicam que “as populações são afetadas por processos diferenciados de geração de desigualdades”. Os indivíduos e grupos encaram potencialidades e restrições não somente na vida material, mas no universo coletivo, social e cultural (imaterial). A interação desses fatores (materiais e imateriais) ocorre de forma complexa e complementar e resultam na construção das condições de vida e saúde das pessoas.

Em relação, ao acesso e ao deslocamento dentro do distrito, a condução era guiada pelos ACS que utilizam suas motos particulares (também utilizadas nas visitas domiciliares que não envolvem a pesquisa). As estradas não são pavimentadas e em alguns trechos (principalmente as estradas secundárias) não apresentam boas condições de trafegabilidade.

Andamos aproximadamente 6 quilômetros da unidade para chegar a residência dos primeiros entrevistados. Conforme andamos a estrada vai se estreitando e com o estreitamento vêm os buracos e as pedras. É um trecho difícil. A ACS que me acompanha [de outra área de abrangência] comenta: “A minha área é mais vulnerável, tem muitos problemas, mas agora eu vejo que [cita o nome do ACS da área] sofre muito mais para se deslocar” (Trecho do diário de campo, 22 de abril de 2015).

Uma característica predominante do campo é o isolamento geográfico, que pode se acentuar conforme a qualidade das vias de circulação. A condição das estradas pode refletir no deslocamento e na busca de acesso a serviços importantes para a manutenção e qualidade de vida. Dentre esses serviços, destacam-se os serviços de saúde.

Pensar em acesso é refletir sobre um assunto “multifacetado e multidimensional” pois envolve os “aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos para a universalização da atenção”. Esses fatores muitas vezes transformam-se em limites e barreiras para a acessibilidade e oferta de serviços de saúde com significativas diferenças entre as regiões e municípios do Brasil (ASSIS; JESUS, 2012).

Em um estudo com enfermeiros que atuam na AB de uma região de saúde do estado do Paraná, os profissionais referem que a distância entre os locais de residência das pessoas e a baixa qualidade das estradas demarcam um problema

em relação à acessibilidade aos serviços de saúde. Ainda, nesse estudo os enfermeiros sugerem a necessidade de modificações e melhorias em relação às estradas e ao transporte público (BARATIERI; MARCON, 2012).

Atenta-se que as condições de infraestrutura das estradas e transporte isoladamente não garantem o acesso aos serviços de saúde. A acessibilidade é uma prática “não normatizada de inter-relação e intersubjetividades” e deve contemplar a resolução das demandas e necessidades de saúde (BURILLE; GERHARDT, 2014). Ou seja, além da infraestrutura dos locais de moradia é essencial conhecer e respeitar as especificidades das pessoas que vivem no campo.

Dentre essas características, cita-se como reflexo desse contexto o difícil acesso a produtos do gênero alimentício e de limpeza. Uma das pessoas relata que a falta de estabelecimentos de comércio próximos aos locais de moradia permitiu a criação de comércios ambulantes e informais.

Mercado é só na cidade. Mas tem uma Kombi, uma caminhonete, que vende as coisas aí, tipo arroz, feijão, que passa sempre aqui em casa. Vem e volta. Toda quarta-feira. Daí a gente compra os que mais a (nome da companheira) queria, como agora o alvejante, não tinha, ela queria nata e não tinha. [...]. Arroz, feijão, batata doce a gente compra no mercado porque o resto tem aqui. Tipo banha, azeite, essas coisas miúdas, carne, frango. Quando a gente quer a gente carne uma galinha, lá uma vez por ano, duas a gente carne um porco. Depois tem as coisas que vem da lavoura [...] mandioca, milho, essas coisas assim, a gente tem, verdura da horta, já é aqui não precisa comprar lá. Então é mais sal, açúcar, arroz e feijão (P1).

Do ponto de vista social e econômico a comercialização informal e ambulante representa uma alternativa facilitadora e vantajosa em relação ao acesso a produtos industrializados tanto para as pessoas que consomem, como para aqueles que realizam a venda. Porém, nota-se que mesmo esse tipo de ação não oferece todos os recursos materiais que as pessoas referem como necessários.

A informalidade no comércio acompanha a história do desenvolvimento da civilização, dos fluxos migratórios e da economia mantendo suas raízes no próprio desenvolvimento do comércio, sendo que os fluxos migratórios e a reestruturação econômica respondem a um processo muito antigo e que ainda está operante.

Outra característica de vida da população do campo é a produção de subsistência. Muitos dos alimentos consumidos no cotidiano são produzidos pelas próprias pessoas, sejam em lavouras com produção para consumo próprio e comercialização de excedente, sejam em hortas ou ainda através da criação de

animais. No dicionário Michaelis Online de Língua Portuguesa, a palavra subsistência relaciona-se com o “sustento, manutenção da vida, aquilo que se destina apenas para o sustento das pessoas que nela trabalham, sem fito de comercialização de seus produtos.” Essa conceituação explica e confere uma importante característica de consumo das pessoas que vivem no campo.

Ainda em relação ao acesso de locais e serviços permeiam outros fatores como o acesso à unidade de saúde, à realização mensal de missas e à trajetória percorrida para chegar às escolas.

Mais difícil da gente ir lá no posto, tem que ir a pé. Mas a gente dá um jeito. E vai. A distância é a maior dificuldade (P1).

Daí sai missa ali no salão uma vez por mês. O padre vem rezar. Daí eu vou ali... que é pertinho. E tem na [cita o nome do local] também mas ali é mais longe. Não tem condições. Não tem condução (P4).

Aí a gente saía as cinco e meia daqui, aquelas Kombi caindo aos pedaços as vezes estragada na estrada e levava as crianças e as professoras daqui. Meu Deus que sacrifício! Nós tínhamos que fazer, fazer a volta buscar as crianças, subir os cerros... É longe! Levava mais de hora daqui lá (P12).

A distância e a falta de transportes são fatores que dificultam e limitam o acesso aos serviços, como citados pelos participantes. Esse fato impacta diretamente na percepção sobre o modo e qualidade de vida nesses locais.

Essas condições podem imprimir imagens culturais hegemônicas sobre o campo, em oposição aos sentidos atribuídos ao urbano, carregam as noções de agrícola (apenas produção), atrasado, tradicional, rústico, selvagem, incivilizado e de comportamentos resistentes a mudanças (MOREIRA, 2012). Somam-se as impressões da pesquisadora a visão de uma das famílias que vive na localidade que expressam os seus desejos em relação à estrutura do distrito através de uma placa próxima a sua casa.

Realizávamos o trajeto até a residência de um dos participantes [...] quando percebi que havia uma placa com palavras escritas manualmente em uma árvore na beira da estrada. Paramos a moto. Na placa o morador escreve “E aí seus covardes. Cadê a estrada? Cadê a linha de ônibus? Cadê a coleta de lixo? Cadê a vergonha na cara?” (Trecho do Diário de Campo, 15 de maio de 2015).

Nota-se a demonstração de insatisfação em relação a serviços importantes para o desenvolvimento local como estradas em condições adequadas, meio de transporte que facilite o acesso, coleta e destino de resíduos. Essa manifestação

aponta para a necessidade de repensar as ações públicas em relação ao campo e ao papel dos profissionais de saúde diante das condições de vida dessas pessoas. Ainda, atenta-se para as informações em relação ao gerenciamento do lixo produzido, que por vezes pode ser inadequado, fato que acarreta riscos e desconfortos à população.

O lixo produzido e o lixo coletado são indicadores de saúde da população em relação à proliferação de vetores de doenças, contaminação dos solos e água e fonte de origem de gases do efeito estufa. O IBGE refere que devido à grande distância entre os locais de moradia a universalização dos serviços de coleta de lixo não são esperados em curto prazo, sendo assim indicam que queimar ou enterrar o lixo na propriedade é ação mais adequada. O correto destino torna-se cada dia mais importante, pois o acondicionamento feito de forma incorreta pode trazer prejuízos ao meio ambiente e à população em geral (BRASIL, 2010).

Cabe lembrar que é necessário velar pelo respeito e pelo cuidado de toda a natureza e proteger sua vulnerabilidade dos múltiplos abusos e de interesses do tipo econômico, político ou industrial. Se o ser humano é, como foi dito, um todo integrado aberto à realidade, a deterioração da realidade natural afeta gravemente sua estrutura pessoal, sua forma de viver, de trabalhar e de amar (TORRALBA, 2009).

Além desses aspectos de infraestrutura, cita-se o fato de o distrito não possuir tratamento de água e esgoto. Os participantes relatam que o abastecimento de água é proveniente de vertentes, nascentes de água ou poço artesiano sem a realização do tratamento de água.

A água nossa não tem tratamento, vem lá daquele “cerrinho”, tudo com tanque, tudo “tapadinho”, tem o ralo pra correr a água em cima, água natural, tudo direitinho. A senhora pode experimentar as águas aí pra senhora ver (P2).

[...] E usamos também o poço artesiano. A água é um pouco salobra. Daí eu... agora eu acostumei mas logo que fizeram... achava bem ruim aquela água. Mas agora... a gente acostuma. Antes, antes a gente tinha um poço ali... desses mais simples... Mas no verão... acredita que fazia estiada... secava! Daí, traziam pra nós... como é que é lá? Lá da CORSAN é? ...Traziam uma vez por semana... Traziam aqui (P4).

Não demora muito, e o ACS chega, dali partimos para outra localidade do distrito. Na estrada encontramos com P5 e outro rapaz trabalhando com alguns canos. Pergunto para o ACS o que eles estavam fazendo e o ACS me conta que são os próprios moradores que realizam a manutenção dos canos que levam água até as suas residências (Trecho do Diário de Campo, 18 de maio de 2015).

Após muitos anos de negociação entre a Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) e as pessoas que vivem nos locais pesquisados, a canalização entre as vertentes de água e as residências foram realizadas. Cabe salientar que a instalação e manutenção desses sistemas é feita pelas próprias pessoas.

Em um estudo realizado em um município da região central do Rio Grande do Sul relata-se que todas as residências da localidade são abastecidas com água provenientes de fontes ou nascentes na própria propriedade rural (VIEIRA; VIEIRA; VESTENA, 2015). A água é um recurso natural essencial em todos os processos de um organismo, assim é preciso ter o cuidado para um consumo adequado, especialmente para a população da zona rural. A filtração e a cloração das águas, junto com o processo de educação ambiental e sanitária, podem prevenir a ocorrência de doenças de veiculação hídrica e, conseqüentemente, diminuir o consumo de medicamentos e tratamentos médicos (VIEIRA; VIEIRA; VESTENA, 2015).

Sabe-se que a valorização do saneamento básico, como quesito que influencia a avaliação de educação, saúde e renda que compõe o índice de desenvolvimento humano, tem sido considerado, para as instituições internacionais que reconhecem o abastecimento de água, o esgotamento sanitário e o manejo dos resíduos sólidos, exemplos de fatores positivos sob responsabilidades da gestão pública (MOTA; SOUSA; SILVA, 2015).

No âmbito das práxis de enfermagem, conhecer o percurso percorrido é refletir sobre aspectos que permeiam o cuidado. Nesse contexto, determinadas características exteriores podem dificultar o exercício dos cuidados de enfermagem. Os contrastes socioeconômicos, a qualidade das estradas que reflete no acesso a bens importantes como a coleta de resíduos, o transporte, o acesso a bens de consumo e de saúde são fatores que obstaculizam a tarefa de cuidar e dificultam o exercício do cuidado profissional.

Ainda, a realização dos convites ocorreu durante os grupos de saúde coordenados pelos profissionais da USF. O enfermeiro ao iniciar a fala realizava a apresentação da pesquisadora e fornecia espaço para a exposição da proposta.

Quando pensei de que maneira iria realizar os convites, logo pensei em desenvolver um convite escrito contendo uma explicação breve e simples da pesquisa, dos objetivos e sobre o desenvolvimento da mesma. Assim, o

convite foi entregue a todos os participantes do grupo (até mesmo para aqueles que não se encaixavam nos critérios de inclusão). Notei nesse momento que quase a totalidade dos participantes pegaram o convite, olharam para o mesmo (não realizando a leitura), guardaram o consigo e dirigiram os seus olhares e sua escuta para mim. Logo pensei ter cometido um equívoco, pois no momento da confecção não pensei que as pessoas poderiam apresentar dificuldades para ler, ora pela baixa visão, ora por não saber ler (o que me ocorreu apenas no momento da entrega). Porém, ao final do grupo quando conversei individualmente ou em grupos as pessoas se referiam ao convite como um sinal de valorização e reconhecimento pessoal. Então, mesmo que a leitura não tenha sido realizada por todos, o convite foi uma ferramenta simbólica para estabelecer o compromisso com os participantes do estudo (Trecho do Diário de campo, 10 de abril de 2015).

Cumprir lembrar que a realização do convite, além de respeitar princípios éticos em pesquisa com seres humanos, estabelece o compromisso e a responsabilidade com a identidade e a autonomia dos participantes. Essa postura permitiu, além dos primeiros esclarecimentos, o aceite da pesquisa e o início do estabelecimento de vínculos com as pessoas.

Outra característica, em relação ao modo de vida das pessoas, foi percebida no momento das pactuações e agendamentos das entrevistas. Nesse momento, notaram-se dificuldades e entraves em relação à comunicação no campo.

Logo após, o convite foi compactuado com aqueles que aceitassem participar da pesquisa o agendamento prévio da entrevista através do telefone celular. Logo, uma das senhoras diz que aceita o convite porém o seu telefone nem sempre tem sinal e que eu teria que ligar duas vezes, uma vez para que ela possa visualizar a ligação e a partir daí se deslocar para um local na sua casa em que a ligação é de qualidade. Ela diz: “não são em todos os locais da casa que funciona. É complicado! Outros, ainda pedem que o ACS faça o contato pois o telefone funciona apenas em alguns pontos dos locais de moradia (Trecho do Diário de Campo, 10 de abril de 2015).

O acesso aos recursos tecnológicos, como o telefone celular, é um fenômeno que se incorporou amplamente à cultura de todos os brasileiros, inclusive aos que vivem no campo. A qualidade desse acesso não ocorre de forma homogênea em todas as áreas. No campo, esse recurso é apontado com uma ferramenta muito importante de conexão e comunicação com as outras pessoas, porém apresenta dificuldades. Esses problemas foram visualizados no agendamento das entrevistas. Uma pesquisa, sobre tecnologias existentes para telefonia e concepção de um sistema projetado para a realidade Amazônica, refere que comunidades isoladas e carentes, onde geralmente não há cobertura celular de operadoras comerciais,

deve-se à falta de estímulo do governo e/ou interesse comercial de prover telefonia para essas populações (LEITE, 2014).

Por outro lado, os ambientes externos dos locais de moradia eram permeados por grandes extensões de terras que continham elementos da natureza como árvores, plantas diversificadas, flores e cerros. Na maioria dos locais de moradia as hortas e lavouras encontravam-se próximas as casas. A presença de animais como cachorros, gatos, cavalos, vacas entre outros; também foram observados.

A maioria das residências encontravam-se concentradas em determinados trechos da localidade, porém, apesar do agrupamento as casas, mantinham-se distantes uma das outras. Nota-se que em uma das localidades estudadas havia uma igreja com salão e a outra continha um salão comunitário. Esses espaços funcionam como local de encontro para missas, festividades, atividades relacionadas a grupo de saúde e/ ou ginástica.

P7 encontrava-se na casa da irmã. Isso se justifica, segundo ele para que ali ele possa se cuidar melhor. A ACS o chama de teatino a irmã assente que sim. P7 me conta que mora em um galpão e lá não tem luz elétrica e tão pouco eletrodomésticos importantes para o armazenamento de alguns alimentos (Trecho do Diário de Campo, 14 de maio de 2015).

As casas eram de alvenaria, madeira ou utilizavam os dois materiais. Dos 13 participantes apenas umas das participantes relatou não ter casa própria. Ainda, outro, apesar de ter casa própria refere não ter residência fixa, pois ele vive nos locais em que o seu gado estiver, sendo assim, uma parte do ano ele vive em um local que ele chama de “meu galpão”, sem água encanada e energia elétrica, em outros tempos vive em uma barraca nos campos de pastejo e ainda nos momentos que precisa de cuidados aloja-se na casa da irmã.

O local de realização das entrevistas foi de livre escolha dos participantes. As entrevistas ocorreram na cozinha, na sala, no quarto ou ambiente externo a casa. O interior dos ambientes apresentou algumas características em comum como a simplicidade e organização dos cômodos, a presença de fotografias de familiares, imagens de santos católicos, presença de utensílios domésticos e de trabalho na lavoura. Na maioria das cozinhas, as superfícies observadas, continham frutas, legumes, verduras, raízes e folhas provenientes das produções cultivadas pelos próprios participantes. Notou-se também, em algumas casas, a presença e a incorporação de componentes e embalagens de produtos industrializados. As salas,

quando não eram conjugadas com a cozinha, eram muito próximas. Percebe-se que são nesses locais da casa que o fluxo de pessoas e as relações sociais acontecem de forma mais intensa quando se tem os entes familiares nas residências.

Adentrando nesse cenário, observou-se um fator que transcende os aspectos físicos das moradias, entretanto está intimamente ligado ao modo de viver de cada um: a solidão. Muitas vezes, durante a pesquisa o viver nesse local foi associado a problemática da solidão devido ao esvaziamento do campo.

Na frente da igreja encontramos com um dos entrevistados carpindo. Ele nos avistou e veio nos cumprimentar, aproveitamos para conversar. A ACS que me acompanhava olha para a igreja e contempla: que igreja linda! O participante concorda e completa: há alguns anos atrás tu tinhas que ver as festas que saíam, era cheio de gente nova. Hoje os jovens foram todos embora. Ficamos conversando sobre como o local não oferece atrativos para a permanência dos jovens (Trecho do Diário de Campo, 18 de maio de 2015).

Então a gente dá graças de ter uma pessoa para conversar. Porque as vezes só nós dois não tem diálogo pra gente conversar... Muito pouco se conversa, eu passo lidando com a lavoura e ela passa em casa, na horta... (P1).

Que eu me isolo assim, moro “solito<sup>5</sup>”, passo o dia “solito” mas Deus está sempre comigo. Eu estou sempre rezando o pai nosso principalmente. Sempre o pai nosso e agradeço a Deus o dia que me deu e por tudo. Então, sobre isso aí não tem nada, estou são (P7).

Eu passo muito tempo sozinho. Não falo com ninguém! Eu não me comunico então a gente vai esquecendo, vai perdendo a memória. Meu Deus do céu ontem eu estava na casa da minha nora e do meu filho e não conseguia me lembrar o nome dela. Mas se tem fundamento uma coisa dessas? Mas Deus oh livre olha! (P8).

Todos os aspectos descritos no trajeto, as residências e as condições de infraestrutura podem ter contribuído para essa situação. A vida daqueles que seguem no campo sofrem as interferências diretas da ausência daqueles que foram em busca de melhores condições de vida nos centros urbanos das cidades.

O estudo de Moraes, Partezani e Gerhardt (2008) com a temática Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos da Encruzilhada do Sul - Rio Grande do Sul, demonstra que a população que vive no campo está a envelhecer à semelhança dos que vivem nas zonas urbanas. Isso, ainda, aponta para uma realidade onde predomina a pobreza, isolamento, baixos níveis educacionais, residências mais precárias, limitações de transporte, problemas crônicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde.

---

<sup>5</sup> Termo do sul do Brasil para referir-se a sozinho.

É importante salientar que a sociedade é o lugar de realização da pessoa humana. A dimensão interpessoal que constitui, como vimos, uma das dimensões fundamentais da condição humana, é o fundamento da sociabilidade natural do ser humano. O ser humano é sociável, porque é uma estrutura subsistente relacional. A sociabilidade pode ser, como toda a realidade, potencial ou atual, ou seja, pode desenvolver-se plenamente ou pode permanecer como pura possibilidade, mas em qualquer caso é um atributo humano (TORRALBA, 2009).

Mas então, pode-se questionar o que leva as pessoas a permanecerem no campo? Uma das possíveis respostas observadas assinala para um aspecto muito importante: a criação de identidade social e o vínculo criado com o local onde se vive.

Durante o trajeto do centro comunitário até a sua casa ela me fala de como gosta de viver nesse local apesar das dificuldades e que sempre viveu “pra fora”<sup>6</sup>. Me mostrou a casa das filhas que moravam próximo a sua residência (Trecho do Diário de Campo, 14 de maio de 2015).

Outro aspecto observado diz respeito a ligação que o casal tem com o local. Eles continuam vivendo ali pela criação de raízes, identificação e manutenção do vínculo do local de nascimento (Trecho do Diário de Campo, 18 de junho de 2015).

Então eu acho muito melhor o meu lugar. Por que eu gosto daqui. Tem na [cita bairro da cidade] eu tenho uma filha, já tenho uma filha e um filho morando ali, e netos e querem que vá pra lá. Eu não vou! Eu gosto daqui ué, porque aqui eu converso gritado, na vila já tem que conversar mais ajeitado (P5).

Diante de todo o contexto de vida que envolve a estrutura dos locais de residência, as relações estabelecidas e todos os outros fatores que ainda vão ser elencados, as pessoas referem que gostam de viver nesse lugar. Isso ocorre porque existe um sentimento de pertencimento, de identificação da história e de amorosidade pela vida, assinalando um local de nascimento e de desenvolvimento da vida. Ainda, percebe-se que o sentimento de prazer em viver nesses locais também ocorre pois os espaços permitem que as pessoas se expressem livremente e sem julgamentos.

As características do local onde vivem pode ser entendido também como o contexto ambiental. Leininger (1991), define o contexto ambiental como a totalidade

---

<sup>6</sup> Em relação a utilização do termo “pra fora” destaca-se que esse é utilizado largamente por todos os entrevistados como uma palavra de significado equivalente a “campo” ou “zona rural”. Assim, o seu local de moradia é identificado como “pra fora”. Em outras regiões do Brasil essa expressão seria equivalente a sítio, fazenda, interior, campo, entre outros.

de um evento, situação ou experiência. Esse aprendizado, compartilhamento, transmissão e padronização acontece com um grupo de pessoas que funciona em um cenário ou ambiente identificável.

Desse modo, apesar de todos os problemas e limitações citados as pessoas manifestaram o prazer e o desejo por continuar vivendo no campo. Dessa forma, assinala-se a importância de traçar estratégias e ações que melhorem a qualidade de vida nesses locais e proporcione ainda mais satisfação a elas.

Finalmente, cabe salientar que a entrevista realizada no ambiente domiciliar representou uma ferramenta privilegiada para alcançar a abrangência necessária e compreender as condições de vida e a dinâmica cotidiana dessas pessoas. Além disso, proporcionou um momento de reflexão, tanto dos participantes quanto da pesquisadora permitindo a reavaliação desses elementos e, dessa forma, reelaborassem suas concepções acerca dos assuntos abordados.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com **13 pessoas**. A caracterização dos participantes do estudo possibilitou conhecê-los a partir de informações com relação à idade, sexo, escolaridade, ocupação, situação conjugal, religiosidade, tempo de diagnóstico da HAS e outros problemas de saúde. Assim, no Quadro I são apresentadas as informações dos participantes.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

<b>Características</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Feminino</b>	<b>8</b>
<b>Masculino</b>	<b>5</b>
<b>Faixa Etária</b>	
<b>De 50 a 60 anos</b>	<b>2</b>
<b>De 61 a 70 anos</b>	<b>5</b>
<b>De 71 a 80 anos</b>	<b>5</b>
<b>De 81 a 90 anos</b>	<b>1</b>
<b>Origem Étnica</b>	
<b>Italiana</b>	<b>7</b>
<b>Alemã</b>	<b>3</b>
<b>Brasileira</b>	<b>3</b>

<b>Características</b>	
<b>Situação Conjugal</b>	
<b>Solteiro</b>	1
<b>Casado</b>	8
<b>Divorciado</b>	2
<b>Viúvo</b>	1
<b>União Estável</b>	1
<b>Escolaridade</b>	
<b>Não assina o nome e não sabe ler</b>	2
<b>Assina o nome mas não lê</b>	2
<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	6
<b>Ensino Médio</b>	1
<b>Superior Incompleto</b>	2
<b>Ocupação</b>	
<b>Agricultores</b>	10
<b>Auxiliar de Saúde aposentada</b>	1
<b>Caseiro</b>	1
<b>Professora aposentada</b>	1
<b>Crença Religiosa</b>	
<b>Católica</b>	12
<b>Evangélica Luterana</b>	1
<b>Tempo de Diagnóstico da HAS</b>	
<b>De 1 a 10 anos</b>	5
<b>De 11 anos a 20 anos</b>	4
<b>De 21 a 30 anos</b>	4

Em relação ao **sexo** dos participantes, identificou-se que oito são mulheres e cinco são homens; apesar de se tratar de uma pesquisa qualitativa, esse número encontra-se em consonância com os números indicados pela VIGITEL, que nas capitais brasileiras o diagnóstico de HAS é maior em mulheres (26,8%) que em homens (22,5%) (BRASIL, 2014b). Outro fato importante diz respeito à cultura de gênero, de que a mulher acessa mais os serviços de saúde e apresenta disponibilidade maior para participar de grupos de saúde. Nesse caso, leva as mulheres a participarem mais dos grupos e aceitarem o convite para fazer parte da pesquisa. Para complementar, um estudo de Burille e Gerhardt (2014) sobre o itinerário terapêutico de homens que vivem no campo em situação de adoecimento crônico aponta que as construções sociais da masculinidade interferem diretamente na busca pelos serviços de saúde.

Quanto a **faixa etária** essa variou de 57 a 81 anos, sendo que 11 participantes apresentam mais de 60 anos de idade, demarcando dessa forma o predomínio de idosos nesta pesquisa. Um dos fatores relevantes para entender a predominância de idosos neste estudo são os próprios aspectos epidemiológicos característicos do processo de adoecimento da HAS. Colaborando com essa visão os dados da VIGITEL relata que o envelhecimento da população é um importante aspecto em relação aos diagnósticos de HAS (BRASIL, 2015).

Outra característica que pode estar relacionada diz respeito ao processo transição demográfica (ainda operante) e a busca de jovens por melhores condições de vida nas cidades o que acentua. A diminuição do número de jovens no campo resulta da transição demográfica (muitas vezes abordada como algo natural e esperado) que tem como possíveis causas a questão de acesso a serviços básicos de cidadania, dentre eles os do sistema educacional. Tal estudo, ainda relata que a proporção de jovens que migra do campo para cidade impacta mais no campo do que nas cidades (ANIOS; CALDAS; POLLNOW, 2014).

Ao indicarem a **origem étnica** verifica-se que sete referiram ter origem familiar italiana, três alemã e três brasileira. Indicar a origem familiar de cada participante implica pensar na variada composição e ocupação do espaço territorial brasileiro. Na região central do estado do Rio Grande do Sul a colonização de cidades vizinhas a Santa Maria por imigrantes de países europeus ocorreu de forma intensa. Apesar do país apresentar influências de várias outras nações um fato chama atenção como a referência e identificação dos participantes como etnia brasileira.

No que diz respeito a **situação conjugal** oito são casados, dois são divorciados, um é viúvo, um é solteiro e outro após ter ficado viúvo apresenta união estável. A maioria dos participantes são casados. As famílias mantêm o formato tradicional compostas por um casal heterossexual e filhos com união registrada civil e religiosa. Apesar disso, verificou-se timidamente que as famílias no campo também já estão se permitindo contornos diferentes como a separação de casais e a união estável.

Quanto às informações relacionadas à **escolaridade** notam-se que os poucos anos na escola foram prevalentes:

Eu não estudei nada. Sou analfabeto (P1).

Eu moro na colônia assim... a gente não tem estudo. Olha sei assinar meu nome muito mal e mal porque nos trabalhava, nos acampava assim nas roças... então de meio dia estava o pai ensinando com um pauzinho uma coisinha no chão... se eu sei, alguma coisa assim sobre dinheiro, conta, tudo que nós aprendemos na roça (P6).

Meu pai naquele tempo [...] mandava na escola assim só uns dias porque daí eu tinha que tocar cavalo na prensa pra ele [...] pra fora. Mas, mas eu não continuava o estudo assim e eu era burro mesmo de natureza e não me puxavam, puxavam do serviço daí então eu não aprendi a escrever meu nome [...] Eu vinha na escola, naquele tempo [...] a professora que dava aula pra nós, ela dava aula pra 60 alunos então, o governo não pagava duas, então ela lecionava até as 10 pra primeira série e da segunda e da terceira e a quarta ela lecionava das 10 entre as 12 porque ela, ela não vencia da aula pra 60. E o governo não pagava outra! [...] Então, eu passei assim não aprendi mesmo. Sou burro. E um pouco não me interessei porque eu fui até no MOBRAL<sup>7</sup>. Era aula de noite, daí era só pessoa velha assim, aí tinha sete, oito aluno velho, mulher e homem assim, analfabeto. Porque eu não tenho título. Eu não voto. [...]. Só assino o nome. Mas assim a gente não... quando o cara é novo a gente não pensa... agora eu vejo que me faz falta pra ler alguma coisa eu podia ler. Mas não. Eu vou na cidade e eu não sei ler o nome das casas, essas coisas eu não leio nada [...] Então eu acho falta. Então me criei assim (P5).

Nível médio porque eu cheguei a fazer meio ano de faculdade mas não tive continuidade depois parei. Larguei e nunca mais (P13).

A maioria dos participantes refere poucos anos de estudo devido às condições socioeconômicas da época que os levavam a substituir a escola e priorizar o trabalho. Diante dessa situação, muitos dizem que aprenderam com dificuldades a assinar o nome, a realizar pequenos cálculos matemáticos e leituras que no seu julgamento são simples. Ainda, alguns relatam no momento que não sabem ler, mas sabem assinar o nome, outros porém, não assinam e nem aprenderam a ler.

A estrutura das escolas e a falta de investimentos e interesses do poder público na metade do século XX foi citado por um dos participantes como uma limitação importante para o aprendizado no campo. Além disso, a participação no Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) ao mesmo tempo que surge como uma oportunidade de estudo, também resgata um importante período de restrição da participação popular na história do Brasil, a ditadura militar.

---

<sup>7</sup> O MOBREAL foi um projeto do governo brasileiro, criado pela Lei nº 5.379 (BRASIL, 1967), e propunha a alfabetização funcional de jovens e adultos, visando "conduzir a pessoa humana a adquirir técnicas de leitura, escrita e cálculo como meio de integrá-la a sua comunidade, permitindo melhores condições de vida".

Desde então, as escolas no campo passam por um processo histórico que pautado na desvalorização da educação permanecem assim por um longo período de tempo. Anos mais tarde passa pela compreensão do rico espaço cultural e singular que resulta na criação de políticas que abarquem essas diversidades. E hoje ainda vive os avanços, retrocessos e desafios desse movimento de valorização da identidade das escolas no campo (JUNIOR SILVA, 2014).

Em relação à **ocupação** a maioria dos participantes referiram serem agricultores. Ainda aqueles que referiram estarem aposentados também relatam a participação em atividades voltadas à agricultura ou ao cuidado com os animais. Salienta-se, que as mulheres, além do trabalho na lavoura, ainda são responsáveis pelas atividades domésticas.

O intenso trabalho da mulher no campo é algo que sempre foi uma realidade social nesse meio. O desenvolvimento das atividades das mulheres exerce um papel fundamental na divisão sexual do trabalho e nas atividades produtivas e reprodutivas dentro desses locais (STADUTO; SOUZA; NASCIMENTO, 2015).

No que diz respeito a **crença religiosa** apenas um dos participantes refere ser evangélico luterano os demais são todos católicos. Essa influência religiosa está relacionada intimamente com a colonização portuguesa no Brasil, pois Portugal é um país predominantemente católico. Sendo assim, ao chegar no Brasil, Portugal realizou a catequização dos povos e intensificou a presença de elementos católicos na estruturação e história do país (DIAS; SOUZA; SILVA, 2014).

Em relação ao **tempo de diagnóstico** da HAS, esse variou de um ano a 30 anos, sendo que a maioria dos participantes já convive há, pelo menos, cinco anos com a doença. Os anos decorridos do diagnóstico, além de assinalarem um marco temporal de convívio com a HAS, demarcam duas importantes características da HAS: a cronicidade da doença e a elaboração e construção da experiência no processo de adoecimento. Ainda, salienta-se que nem todos os participantes começaram a realizar o tratamento logo que descobriram o diagnóstico (principalmente aqueles que já convivem com a HAS há mais de 20 anos).

Portanto, a seguir, serão apresentadas as duas categorias resultantes da análise de dados. É importante salientar que o discurso das práticas de cuidado das pessoas (emic) são fortemente influenciadas pelas orientações profissionais (etics), no entanto houve um esforço para aprofundar essas questões a partir das percepções dos participantes, sem certo ou errado com a finalidade de desmistificar

as ações empregadas no cuidado com enfoque para as particularidades e as experiências cotidianas.

#### 4.3 VIVER COM “PRESSÃO ALTA”: EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE VIVEM NO CAMPO

Nesse espaço buscou-se discorrer sobre os sinais, as percepções durante a trajetória no diagnóstico, a compreensão da HAS, os significados, a etiologia, as mudanças e as dificuldades envolvidas no processo de experimentação da HAS. A manifestação da HAS ocorreu das mais diversas formas, dentre elas os participantes relatam a presença de dor de cabeça, dor na nuca acompanhadas de vertigem:

Aí eu ficava meia tonta, com dor de cabeça... (P4).

Eu sentia que tinha pressão alta porque eu tinha muita dor de cabeça. Assim muita tontura e aqui assim doía na nuca. Aí eu procurei o médico e daí ...o médico disse: É! Tem que fazer tratamento... que é ruim a pressão alta. E a comida. Tudo.... Direitinho... saber o que tem que comer cuidar o que tem que comer o que, que não [...]. (P2).

Bastante dor de cabeça. Eu sentia sempre aquela dor na nuca, dor de cabeça e coisa assim... aí eu fui no médico, verificou a pressão [...] e estava acima do normal (P13).

Nota-se que a percepção das pessoas em relação ao funcionamento normal do corpo quando alterada, as leva a procurar uma resposta que dê sentido a esses sinais. Nesses casos a alteração referida foi a dor de cabeça. Cita-se, como local de busca os serviços de saúde, especialmente o momento da consulta médica como indicador da descoberta da HAS.

É importante ressaltar que a cefaleia é o sintoma observado com mais frequência nas pessoas com HAS. Existem classificações características como a cefaleia suboccipital pulsátil que ocorre nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo com o passar do dia, porém qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer nas pessoas com HAS (OIGMAN, 2014).

Ainda, percebe-se que as incertezas em relação à HAS e ao tratamento acontecem desde o momento inicial do diagnóstico e se perpetuam por anos de convivência com a doença. Berardinelli et al. (2013) descrevem que as modificações físicas, corporais e emocionais advindas da HAS são combustíveis para gerar essas dúvidas e inseguranças.

Outros dois participantes relatam que a descoberta ocorreu a partir da manifestação desses sinais, no entanto de forma tão intensa que os impediram de realizar as suas atividades cotidianas.

Olha, eu nunca tive pressão alta. [...] Aí, eu até fui no PA, tonto, e a minha pressão estava encontrada<sup>8</sup>, eles não acharam, não sei se foi daquele motivo, que eu comecei a tomar remédio, sempre tomando. Foi lá que eu descobri porque eu não sabia que tinha pressão alta. [...] Eu senti muita tontura, eu estava trabalhando no cerro e comecei a sentir tontura. E não deu mais. Aí, eu disse pra mulher vou na cidade. Aí fui pra cidade. Aí eles me colocaram aparelho e não conseguia aparecer mais a pressão... aí... me colocaram remédio embaixo da língua e a pressão voltou. Estava 22/18. Quando apareceu! Antes não sei nem como estava! (P3).

Da pressão me deu uma dor na nuca e dor de cabeça muito forte que eu não pude nem mais fazer as coisas da casa. E daí, eu fui, naquele tempo os guri ainda estavam em casa e ele me levou lá [USF] e estava 21... a pressão aí ela me deu... qual é que? Eu acho que é o que eu tomo até hoje. É um que faz a gente urinar bastante (P12).

Os relatos apontam que a descoberta da HAS ocorreu diante da impossibilidade do exercício das atividades no campo ou em casa. O fato de não se sentirem em condições de trabalho os levaram a procurar atendimento em unidades de saúde tanto na localidade quanto na zona urbana. Percebe-se que as interrupções das atividades desenvolvidas no cotidiano devido a agudização dos sinais são fatores propulsores na definição na busca pelos serviços de saúde.

Além disso, nota-se que as informações nos serviços de saúde em relação ao diagnóstico e tratamento (principalmente medicamentoso) da HAS encontram-se fragilizadas e não foram totalmente esclarecidas. Observa-se que essas dúvidas ocorrem desde o momento do diagnóstico da doença permanecendo por anos posteriores de convívio com a HAS.

Atenta-se que a interlocução dialógica deve permear a relação entre as pessoas com HAS, os profissionais e serviços de saúde em todos os momentos desde o diagnóstico ao acompanhamento/tratamento. Criar oportunidades para conhecer no outro o potencial para cuidar de si, ouvindo os seus anseios, as suas dúvidas, isso possibilita uma prática dialógica e aproveita para ensiná-lo a reconhecer o seu próprio corpo, bem como, as alterações físicas decorrentes da HAS (BERARDINELLI et al., 2013).

---

<sup>8</sup> A expressão “pressão estava encontrada” é equivalente a aproximação da pressão sistólica com a pressão diastólica.

Dentre as possibilidades diagnósticas alguns participantes relatam que a descoberta ocorreu ocasionalmente, sem a presença de um sinal de anormalidade. Assim, a partir da realização de verificações de pressão arterial nos grupos realizados pelos profissionais da USF, ficou sabendo.

Mas o que, que eu vou dizer? Não e o pior é que eu não sabia que eu tinha pressão alta... um dia que vieram os médicos aí... faz tempo já, aí que eu fui lá mas eu estava assim, mas era dos nervos já... aí eu cheguei lá [grupo de saúde] e a [cita o nome da cunhada] começou a conversar com uma das enfermeiras. Conversou com ela contando os meus problemas em casa, com o marido, foi, foi e foi aí foram medir a pressão das pessoas... eu estava onze por dezoito... e eu não tinha notado nada, nada diferente... aí é que me receitaram ... o remédio da pressão [...] (P6).

Não, eu descobri porque as moças ali no grupo viram. Antes eu não sabia disso. E ali começou tudo (P7).

Vale salientar que a ausência de sintomatologia é comum em pessoas com HAS, por isso os grupos de saúde se constituem como uma estratégia importante para o reconhecimento e diagnóstico da HAS. A aferição de pressão arterial nesses espaços é uma prática importante de prevenção e proteção àqueles que não têm diagnóstico de HAS e uma estratégia de acompanhamento àqueles que já possuem diagnóstico.

A HAS geralmente é uma doença silenciosa, de percurso clínico lento tornando-se de difícil percepção para as pessoas acometidas. Essa característica pode interferir no diagnóstico precoce e no tratamento, tornando-os mais difíceis e influenciando no controle dos valores pressóricos. (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Outro participante também relata a ausência de sintomatologia, pois não atribuiu o seu mal-estar como um sinal que o levasse a desconfiar de que estava com HAS. Ainda aponta para a participação de um familiar como fonte propulsora de busca por um serviço de saúde.

Descobri porque eu fui no médico por outro motivo, porque senão até hoje estaria sem saber... Eu não sei, eu não estava me sentindo muito bem daí eu estava na casa da minha irmã. Ela mora lá no [cita bairro da cidade] daí ela que me levou se não até hoje eu não tinha ido... daí já de "vereda"<sup>9</sup> o médico me receitou o remedinho (P8).

---

<sup>9</sup> Expressão utilizada no estado do Rio Grande do Sul com significado equivalente a algo rápido, ágil ou que acontece de forma instantânea.

A dimensão exata da interferência do “sentimento de não doença” não pode ser contemplado totalmente, porém se nota que a descoberta do diagnóstico é um momento importante para a percepção do adoecimento e as influências desse processo na vida daqueles que tem HAS. A descoberta de diagnóstico da HAS faz parte de um processo diversificado e particular das pessoas que o vivenciam. As noções de adoecimento geralmente são construídas a partir da percepção e do (re) conhecimento do próprio corpo.

Além disso, a percepção das pessoas em relação ao adoecimento por HAS é vista através de representações variadas da doença, dentre essas, vale ressaltar as características peculiares a identificação da terminologia da HAS.

Hipertensão o que eu compreendo é que é hipertensão um com o outro. Eu não tenho hipertensão com ninguém. Me dou com todo mundo. Tanto faz se é moreno como branco. Eu me dou com tudo (P1).

Nos primeiros contatos com os participantes percebi que havia um desconforto e um entendimento diferenciado sobre a palavra “hipertensão”. Acabei notando que quando eu me referia a hipertensão a maioria dos participantes não reconheciam... então comecei a entender que a denominação reconhecida pelas pessoas é “pressão alta”. Os participantes dizem não ter HAS e sim “pressão alta” (Trecho do Diário de Campo, 15 de maio de 2015).

A HAS é conhecida entre os participantes desse estudo como “pressão alta” sendo assim durante todo o contato com os participantes essa foi a linguagem utilizada. A construção dessa terminologia advém da utilização de palavras de significado familiar e que ilustram a doença na percepção e experiência das pessoas.

Para entender a importância de reconhecer essas expressões é necessário reafirmar que a saúde e a doença são experiências que ocorrem a partir de construções socioculturais. Entender e realizar o deslocamento do olhar dos profissionais de saúde para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados, são essenciais para produzir saberes sobre processos de saúde/doença (LANGDON, 2013).

A partir dessa premissa buscou-se destacar, de forma elementar, as falas das pessoas em relação à etiologia da HAS. Elas atribuíram como a origem da causa da HAS vários fatores, dentre eles a hereditariedade e o envelhecimento.

Ah, um pouco de família, que os doutores mesmo dizem que vem lá...dos meus avós, eles dizem que...a mãe tem, o pai tinha, o meu irmão era bem novo, não bebia, não fumava e a pressão dele corcoveava de alta (P11).

Eu penso que é negócio de família e de idade, já o sangue vai ficando diferente, o sangue fica mais grosso, pode ser disso. Não tenho outra coisa para pensar (P5).

Vale destacar que a HAS é considerada uma herança genética, pois, a experiência própria ou com outras pessoas conhecidas, apontam que mesmo diante da ausência de comportamentos de risco como o uso de tabaco e álcool houve a manifestação da doença. Nota-se que um dos participantes refere que esse conhecimento foi proporcionado por um profissional de saúde. Além da hereditariedade outro aspecto apontado foi o envelhecimento, esse percebido como um fator que leva a alterações na composição do sangue.

Outros fatores referidos pelos participantes como possíveis causas para o desenvolvimento da HAS foi o nervosismo e estresse associado ao ritmo de vida.

Ah, eu não sei. Eu acho que a pressão é da pessoa nervosa e da pessoa que tem estresse. E a pessoa que se incomoda [família e lavoura]. A gente sente que a pressão aumenta com o incômodo (P2).

Eu acho que foi...sabe aquela correria, aquela preocupação? Porque apareceu a pressão alta em mim quando eu fiquei grávida do mais novo [...] (P9).

Não posso te dizer só eu acho que seja os nervos. Acho que é de quando a gente se ataca dos nervos mas não posso afirmar (P10).

O nervosismo também chamado de “problemas ou ataque de nervos” é apontado como momentos de estresse e tensões advindos dos mais variados momentos como a rotina de trabalho, os conflitos de família e a chegada de um filho. Além de ser reconhecida como possibilidade de causa também é vista posteriormente como fator de aumento da pressão arterial no cotidiano.

Algumas condições de existência são responsabilizadas de forma peculiar pelo "nervoso da vida". Segundo Minayo (1998) o nervosismo é capaz de gerar outros males na vida das pessoas, uma vez que é associado a vários sintomas e queixas. Esse sentimento revela-se particularmente como uma forma de opressão e dificuldade de levar adiante os projetos de vida.

Além, desses fatores a má alimentação e o sedentarismo foram referenciados como causa para o aparecimento da HAS.

Mas é a má alimentação eu acho [...] Porque outra coisa não, não bebia, não fumava... não sei o que, que eu posso te dizer, até me surpreendi... aparecer isso. E até discordo até hoje (P7).

De tu não sei cuidar, de tu...e a idade que vai chegando. Outros dizem que vem tudo da comida, da alimentação, bebida (P11).

Olha o que, que me causou a pressão alta... eu sempre fui bastante "comedera" de sal [...] (P12).

A partir de uma gama de cuidados as pessoas refletem sobre as suas ações e referem que a alimentação não-saudável e rica em sódio presente no cotidiano foram responsáveis pelo desenvolvimento da HAS. Por último, um dos participantes relata que acredita ter desenvolvido a HAS a partir do esforço dedicado as suas atividades de trabalho.

Eu acho que foi forcejando. Ainda hoje eu estava falando, eu estava trabalhando com um rapaz lá no mato e nós estávamos carregando vara verde pesada!! Eu me vi mal ali uma hora, de tanto que eu forcejei. E pra mim... foi ali que... desregulou. Acho que foi assim forcejando (P5).

Geralmente, a força física é um elemento positivo, pois pode representar e dimensionar a resiliência, bem como a disposição e o vigor físico. Porém, nesse caso a necessidade de esforço físico, advinda do trabalho exercido, é visto pelo participante de forma negativa e o faz relacionar com a etiologia da HAS.

Em um estudo de Péres, Magna e Viana (2003) a etiologia da HAS na visão das pessoas estava ligada aos aspectos emocionais, hábitos alimentares inadequados, herança familiar, álcool, obesidade, cigarro, sendo que alguns dos participantes responderam desconhecer o que pode causar a HAS.

Ainda, na tentativa de compreender a experiência de viver com HAS, os participantes foram questionados sobre de que modo visualizam e entendem a doença.

A pressão alta é um problema que tem que combater com a comida. Com o sal diminuir, a gordura... mais ou menos isso aí (P3).

Então, é uma doença, é uma doença calma que a gente não vê e nem nada e vai indo, vai indo, vai indo e ela mata (P7).

É uma doença ruim a pressão alta. Tem que cuidar o que tem que comer porque a pressão sobe por causa do sal e da gordura (P2).

A compreensão das pessoas estava pautada em torno da ideia de que a HAS é uma doença que acarreta malefícios e deve ser controlada através da redução de sódio e gordura na alimentação. Ainda retratam a doença como um fator de incomodo, pois exige que vivam de forma controlada e com restrições.

O controle da HAS como possibilidade e necessidade de prolongar a vida, e melhorar o cotidiano das pessoas é muitas vezes, ameaçado pelas incertezas e possibilidades de sequelas e morte. “O rótulo de ter uma doença crônica “impõe um limite, que restringe a normalidade do viver.” Então, mesmo vivendo uma vida tranquila a constância desses fatores os acompanham (ALMEIDA, 2013 p. 57).

Nesse sentido, alguns participantes ilustram esses aspectos através da revelação dos seus medos diante do adoecimento.

A pressão estando alta está mais sujeito de dar um treco e aí infelizmente ficar [morte] (P5).

É o medo de um AVC. Se dá e mata tudo bem, mas se te deixa toda torta e tu não pode fazer nada? Porque é o que mais me incomoda. Eu tenho medo de ficar toda torta. Isso eu tenho, não nego, eu tenho. É uma coisa que eu preciso me cuidar (P13).

Entende-se que a representação da doença, na experiência das pessoas, está atrelada a convivência com a possibilidade de desenvolver um problema cardiovascular que acarrete sequelas e até mesmo a perda da vida. A morte como resultado da HAS pode ser encarada de variadas formas, nesse estudo os participantes encaram-na de forma ambígua, ora é lamentada, ora se apresenta como fuga para o possível sofrimento das sequelas em vida.

Em um estudo sobre as representações da doença, a partir da perspectiva de usuários de serviços básicos de saúde, encontrou-se que a presença da HAS representa a condição de conviver com uma doença que traz risco à existência humana. Esse fator torna a HAS um problema sério que pode acarretar em sequelas ameaçadoras (ALMEIDA, 2013).

Em outro estudo sobre as atitudes, crenças, percepções e práticas em relação à HAS as pessoas referiram o medo de “ter um derrame” e infarto e necessitar de cuidadores (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Ainda, nessa mesma pesquisa algumas pessoas indicaram que não pensam em nada quando estão com a pressão alta (PÉRES et al., 2003).

Essa informação vem de encontro com a percepção e sentimento referido por outros participantes que indicam não se sentirem preocupados com a HAS.

Nem penso assim: pressão alta. Tem gente que está trabalhando e pensando: bah! Minha pressão pode estar boa, estar ruim, eu não [...] E eu nem me preocupo. Não sou daqueles nervoso que vai pra lavoura e tenho medo “bah mas se me dá uma coisa e eu vou morrer” [resmuga], trabalho solito, num fundo de várzea. Minha terra é lá atrás daquele cerro, lá na beira do Ibicuí. Fico lá o dia inteiro (P8).

Mas eu não estou preocupado com nada disso. Quer dizer que pra mim ela não existe (P7).

Convivo bem sabendo que eu tenho pressão alta. Não posso parar de tomar os remédios, é a única coisa que eu sei, mas não me preocupo muito não, eu levo a vida bem tranquila. Sei que tem gente que diz “ai, será que vou melhorar?” “Será que não está alta?” Eu não, se está alta, eu não dou muita bola, ou vai melhorar ou vai piorar, eu sei lá, mas é uma coisa que eu tenho que conviver (P11).

A manifestação de tranquilidade ao conviver com a HAS advém da percepção de inexistência da doença em suas vidas. Dessa forma, demonstram que não estão preocupados com as possíveis consequências, pois esse é um processo que deve ser passado e aceito por eles. Assim, desenvolvem suas atividades normalmente e não pensam nas alterações dos níveis pressóricos.

A HAS, apesar de se tratar de uma doença crônica, é percebida como uma condição de não doença, pois as pessoas não consideram estar em uma condição de falta de saúde. Essa percepção pode ocorrer pelo equilíbrio dos níveis pressóricos, a ausência de sinais e sintomas e ainda a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2013).

Por outro lado, o convívio com a HAS é acompanhado sim, por alguns sinais e sintomas. Nesse sentido, os participantes discorrem sobre as sensações advindas dos mesmos.

Dói a cabeça. A minha pressão é bem descontrolada. E quando ela está bem, que está uns 18,20, parece que eu estou dentro de um balão, uma coisa ruim, parece que eu não estou caminhando no chão. [...] Parece que o chão está fofo, coisa mais ruim, daí eu tenho que me sentar, me sento e chamo ele e digo que estou ruim, daí ele termina as coisas que tem que fazer (P9).

Subiu a pressão que fiquei foi com... quinze por quatorze minha pressão e me deu uma dor na nuca também. Eu estava lidando com as galinhas e me deu aquilo e tive que ir, fiquei baixada até normalizar (P12).

As oscilações na pressão arterial são percebidas por sensações e sentimentos negativos. Os sinais e sintomas são entendidos como uma anormalidade e um sinal de alerta para a prática de cuidado ou pela busca de um serviço de saúde.

Assim, acompanhado os impactos citados anteriormente, as mudanças também são percebidas de diversas formas e os participantes dividem os seus relatos: alguns referem não obter nenhuma mudança no cotidiano, outros realizam importantes apontamentos em relação à experiência de viver com HAS. A seguir os relatos dos participantes com as mudanças ocorridas.

Ah, mudou meu modo de viver. Eu comecei a caminhar mais, comecei a me cuidar (P9).

Ah mudou, por causa que...tu pensa nos remédios que tu tem que comprar que tu não pode ficar sem...Tu sai tem que está levando, tem que tomar antes, sempre com aquela atenção...é uma coisa que eu vou carregar pro resto da minha vida (P11).

Ah mudou muito! Eu não sou mais a mesma. Não sou. Bah! Eu era a primeira sempre em tudo. Sempre alegre, sempre disposta, sempre carregando todo mundo pras domingueira, pra tudo. Não gosto mais de dançar que eu adorava, não gosto mais de ler. Estou muito para baixo. Pode ser da depressão também, não sei (P12).

Olha a única coisa que mudou é cuidar um pouco o sal e tomar a medicação. Deixei um pouco aquelas minhas atividades mais pesadas, essas coisas eu não estou fazendo mais e nem estou montando a cavalo. De vez em quando me dá saudade aí eu monto, esses dias mesmo [...] porque inclusive o próprio esforço altera a pressão, a gente sabe que altera (P13).

As modificações estão relacionadas ao modo de vida e encontram-se pautadas em caminhadas, uso de medicações e restrições alimentares. Ainda, cita-se a incorporação de outras doenças adquiridas ao longo da vida, como nesse caso a depressão. Essa soma potencializa a percepção dessas mudanças, porque, além de acompanharem a necessidade e a vontade de controlar os níveis pressóricos, também compreendem outras necessidades de saúde.

A redução de sal e gordura, a incorporação de caminhadas e atividades de ginástica, a eliminação do hábito de fumar e a ação habitual de verificação de pressão foram as atividades de mudança mais citadas em um dos estudos consultados (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Considerando as alterações que o adoecimento pela HAS ocasionou na vida dos participantes, foram elencadas as seguintes dificuldades em relação ao cuidado.

Falta é tempo pra gente se cuidar mais. A gente trabalha. Sempre perturbado com uma coisa, com outra, com a lavoura. Essa é a perturbação que a gente tem (P3).

Dificuldades? O incomodo em casa é pior que qualquer doença, é pior do que tudo! (P4).

Olha a dificuldade é não tá organizada as coisas como ela diz, tu tem que ter a geladeira e as coisas, estar com a coisinha já pronta ali, um pedaço de carne, um guisado ali pra ti ter. É esse aí é um probleminha (P7).

Não ter transporte aqui. Fica tudo mais difícil. Que nem ônibus a gente não tem mais aqui... daí a gente vai procurar um médico, pra ir num lugar assim fica tudo mais difícil (P8).

Pois a minha dificuldade é falta de vontade mesmo (P12).

Um dos fatos identificados como fator de dificuldade e de desestabilização das pessoas entrevistadas foi o alcoolismo. Muitas participantes relataram problemas com os maridos e que esse fato altera as práticas de cuidado das mesmas (Trecho do Diário de Campo, 20 de maio de 2015).

É interessante ressaltar que cada pessoa percebe e sente dificuldades de uma forma particular, porém algumas das dificuldades apontadas retratam alguns aspectos da vida delas. A relação da falta de tempo devido às atividades e ao trabalho foi comumente verificado como uma dificuldade para a realização do cuidado. Ainda, os conflitos familiares geram tensões e impactos que alteram seu cotidiano e afetam conseqüentemente as suas ações e percepções em relação a si próprio. Os relatos de alguns participantes revelam que a fonte desses problemas encontra-se no alcoolismo, esse é percebido como uma dificuldade e um problema mais importante em relação a HAS, pois interfere na dinâmica e convívio familiar.

Outro participante refere que a sua dificuldade está centrada na organização e infraestrutura do local de moradia, pois o mesmo não possui luz elétrica. Esse fator impede a aquisição de eletrodomésticos importantes na manutenção do cuidado como a geladeira, fogão, entre outros. Como resultado da localização geográfica distante, há ausência de transporte público que realize esse itinerário, isso é uma dificuldade. Assim, o acesso a serviços de saúde, bem como a outros locais são comprometidos e fragilizados.

Por último, alguns participantes relataram que a maior dificuldade é a ausência de ânimo e disposição para realizar o próprio cuidado. Essa atitude pode estar vinculada ao contexto de vida, sendo, portanto, multifatorial e ao mesmo tempo singular, pois o processo de motivação advém de uma ampla construção subjetiva.

Péres, Magna e Viana (2003) referem que as pessoas, ao elencarem as dificuldades no controle da pressão arterial, indicaram principalmente os aspectos emocionais. Esses ligados ao nervosismo, irritação, preocupação, ansiedade, problemas em casa, contrariedade e situação financeira.

Por conseguinte, a experiência de viver com HAS remete que os sinais e percepções envolvidos na trajetória e no diagnóstico são singulares e diversos. Ainda, permitiu compreender que a HAS, reconhecida pelos participantes como pressão alta, apresenta uma etiologia variada que perpassa pelos fatores da hereditariedade, envelhecimento, nervosismo, estresse, alimentação e excesso de força. É reconhecida como uma doença que acarreta problemas e malefícios as suas vidas e por isso necessita manter-se sob controle através de algumas restrições. Sendo assim, a experimentação da doença é vista ora como um problema que gera preocupações e necessita de cuidados, ora é encarada tranquilamente, pois é reconhecida como inexistente em suas vidas. Ainda relatam as sensações diante do aumento da pressão arterial, as mudanças e dificuldades envolvidas nessa experiência de viver com HAS.

#### 4.4 PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HAS: APREENDENDO OS ASPECTOS CULTURAIS

A partir da ótica, das percepções e vivências das pessoas enfoca-se o cuidado e suas práticas em relação a alimentação, a utilização e consumo de remédios e outras práticas elencadas pelos participantes.

##### 4.4.1 “Tudo é boia pra mim”: práticas de cuidado com a alimentação

A história da humanidade não pode ser separada da história de comer. Comer é viver, viver é comer. Foi para comer que se fizeram e se fazem descobertas extraordinárias. Foi para comer e viver que se construíram cidades, se descobriram novos mundos e, infelizmente, por não poder comer, se fizeram guerras, muitas pessoas mataram, morreram e ainda morrem nos dias de hoje (AMON, 2014, p. 2).

As respostas em relação aos questionamentos sobre o cuidado invariavelmente perpassaram pelas práticas alimentares, sendo um fator intrínseco e constante durante a fala dos participantes em relação às práticas de cuidado. Assim,

direciona-se o olhar sobre a comida na tentativa de compreender integralmente as afirmações, incertezas e estratégias inerentes a esse processo. Os participantes ao falarem sobre comida descreveram alguns hábitos diários em relação as suas preferências e possibilidades alimentares.

Comer eu como de tudo! [...] Tendo feijão e arroz e uma mandioca e um ovo ou dois ali, está pronto, está feito. Não sou daqueles que precisa de muita coisinha e isso e aquilo. Salada também, é toda a saladinha que tiver. Assim saladinha verde, saladinha de chuchu, saladinha de tomate, de pepino, tudo é bóa pra mim. É bóa! E como! Polenta vai com ovo, vai com carne, vai com leite, vai com melado, tudo que der, polenta é bóa! Sou bom de organismo assim, pra isso sou bom! (P5).

O feijão e o arroz têm que ter sempre, mas aí eu faço mandioca, faço... quando tem, quando não tem eu cozinho moranga, sempre tem que ter uma verdura, [...] sempre tem que ter uma coisinha diferente, não gosto de comer só feijão, carne...galinha... (P9).

A comida normal da gente é feijão, arroz, carne, a mandioca, a polenta. Um dia mandioca, outro dia polenta, às vezes é só feijão, arroz e saladinha e uma carniinha. Comida diferente até eu nem faço. Mas é comida assim, comida de todos os dias (P11).

Cabe esclarecer que os participantes com frequência utilizam a palavra “boia” fazendo referência à comida, às refeições realizadas, à ação de comer. A experiência cotidiana de alimentação é expressa pela combinação de arroz e feijão, com a presença de carne e outros carboidratos, como a polenta, ou ainda tubérculos como a mandioca e proteína representada pelo ovo. Também há referência de saladas, verduras e legumes. Esse conjunto ao mesmo tempo que é referenciado como a “comida normal”, aquela que está presente nas refeições diárias de cada um, também é considerada a comida mais saborosa, aquela que as pessoas mais gostam.

Diante de toda a diversidade de comidas que se encontra nas regiões do Brasil, o arroz e feijão ainda se mantêm como uma combinação tipicamente brasileira. Por conservar e respeitar a identidade cultural e garantir o aporte necessário de energia, fibras e proteínas o seu consumo deve ser incentivado (SANTELLE, 2008). O Guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014c) traz que, embora o consumo de alimentos ultraprocessados esteja em crescimento, ainda os alimentos in natura (provenientes de plantas ou animais) como o arroz e o feijão são comumente encontrados nos pratos de quase todos os brasileiros e faz parte de quase um quarto da alimentação diária. A seguir, aparecem carnes de gado

ou de porco (carnes vermelhas), carne de frango, leite, raízes e tubérculos (em especial, mandioca e batata), frutas, peixes, legumes e verduras e ovos.

O ato de comer transcende a mera garantia das necessidades energéticas, pois faz parte de uma construção social, política, econômica e cultural. É social já que a alimentação pode ser (com)partilhada funcionando como forma de agregar pessoas, estabelecer relações e manifestar-se socialmente. Também é política, porque faz parte de sistemas de interesse público com interferências em várias esferas da vida humana, como, por exemplo, a economia, o meio ambiente, a saúde pública, entre outros. É uma construção econômica, pois pode ser vista a partir da produção de alimentos, seja ela de subsistência, extrativista ou com dependência de mercado dependendo de valores monetários tanto no momento de venda ou de compra de produtos. Esses e outros fatores fazem parte de constructos culturais que vão influenciar o modo de vida das pessoas.

Roberto Da Matta (1997) propõe que “comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido como também aquele que ingere” (p. 56). A comida vai além do produto físico, uma vez que revela diferenças importantes a respeito das pessoas, seus valores, hábitos e estilos de vida. Através da comida a identidade das pessoas pode ser revelada, pois é capaz de manifestar a “memória social, as crenças, as ideologias, a comunidade, os afetos e valores humanos” (AMON, 2014, p. 7).

Todos esses fatores estão interligados e vão influenciar sobre um importante aspecto da alimentação: o prazer que a comida proporciona. Nesse sentido, para as pessoas que têm HAS a ação de comer, ao mesmo tempo em que representa e proporciona satisfação e deleite, também se torna um obstáculo na medida em que a mudança de hábitos alimentares, quando necessária, torna-se uma situação difícil e complexa de ser alterada (SILVA et al., 2013). Assim, ao serem questionados sobre as ações realizadas no cuidado com a HAS, os participantes relatam as práticas com a alimentação:

Olha, eu me cuido na alimentação (P1).

O cuidado tem que ser com a alimentação e o remédio que tem que tomar sempre nas horas certas (P3).

E me cuido na alimentação que dá o que é possível não é? (P8).

Assim, o cuidado com a alimentação foi mencionado por todos os participantes, tanto como prática exercida efetivamente ou como prática que deveria ser realizada para o cuidado com a HAS. Ainda, referem que a alimentação ocorre a partir do seu entendimento e compreensão com cada alimento, de modo a respeitar as possibilidades e limites que permeiam a suas vidas.

Vale dizer que a cultura intervém nas diferentes possibilidades alimentares que existem ao redor do grupo social, que estabelece uma categorização e forma de hierarquia. Sabe-se que cada sociedade estipula o que se pode ou não comer. Há uma escolha cultural dentro de princípios classificatórios e, assim se definem quais as permitidas e as proibidas e em que situação se aplicam (AMON, 2014). Essa classificação também ocorre no âmbito das orientações em saúde para as pessoas com HAS, em que as restrições alimentares são uma constante. Dentre os relatos, influenciados pelas orientações profissionais há uma série de cuidados elencados pelos participantes que devem ser realizados, dentre eles encontra-se a **redução/ eliminação** de alimentos com teor elevado de **gordura**.

A gente não faz muito gorda [sopa] porque a doutora falou que não é para comer muita gordura. A carne, por exemplo, ela disse: não come muita carne gorda (P1).

Eu no café de manhã tiro leite de uma vaca [...] O leite é muito forte. Agora tem uma coisa, vai muita gordura. Porque eu estava olhando agora na panela um leite que eu trouxe, ela ferveu e ficou isso de nata. E eu não ferveu então eu não vejo o que, que eu estou tomando. Então, eu não sei se esse leite não pode estar me prejudicando [...] Então, eu escolhi de uma vaca que dá o leite mais gostoso, [...] porque essas *gerseys*<sup>10</sup> são os que dão o leite mais gordo, melhor! E talvez seja o pior (P7).

Ainda, entre os alimentos considerados pelos participantes, rico em gorduras estão a carne e o leite. Essa informação, muitas vezes proveniente das orientações profissionais, pode confrontar-se com práticas alimentares já instituídas nas rotinas das pessoas. A condição de reformulação de práticas pode gerar dúvidas e questionamentos, pois é um momento de (re) pensar os antigos hábitos e decidir se haverá ou não alterações nos mesmos.

As carnes em muitas culinárias são consumidas e preparadas combinadas a alimentos oriundos de plantas. A adição de alimentos de origem animal acrescenta sabor à comida, realça o sabor dos cereais, feijões, legumes, verduras e tubérculos.

---

<sup>10</sup> Raça de vaca leiteira de origem europeia.

Porém, deve-se atentar para o momento de preparo, pois a gordura deve ser utilizada minimamente (BRASIL, 2014c).

No Brasil, o leite de vaca é consumido frequentemente na primeira refeição do dia, puro ou com outros componentes. O leite é constituído por vários componentes como proteínas, vitaminas, cálcio e gorduras, nesse último caso deve-se enfatizar que na sua forma integral essas gorduras apresentam-se em forma de gorduras saturadas (BRASIL, 2014c). Sendo assim, o Ministério da Saúde indica que o leite nas versões sem gordura ou com menos gorduras podem ser mais adequados para os adultos (BRASIL, 2014c).

Outros ainda citam que a mudança alimentar ocorre a partir da associação da redução de sal e gordura.

Ah eu diminuo o sal, a gordura... Estamos conseguindo! Bah! Esses tempos a minha pressão estava alta e colesterol também aí eu comecei a diminuir e ali no posto me deram um relatório de como é que era pra fazer e estou bom agora. O colesterol bom. Basta saber que eu vou fazer a cirurgia [retirada de tumor de próstata] e está tudo "ok". Deu tudo bom. Sim, não me cuidava às vezes eu comia gordura, exagerava as vezes em uma carne meia salgada. Churrasco, alguma coisa e aí já dava problema. (P3)

Eu faço uma carinha, um arroz, uma massa, uma mandioca é isso aí a minha comida. Mas eu tento não abusar muito da gordura, de sal, essas coisas. Agora eu estou me cuidando um pouco. E antes a comida era um pouco mais forte (P8).

Ah eu cuido o sal, eu cuido a banha, essa comida mais forte, não janto, tomo leite. Vai indo (P10).

Percebe-se que há necessidade de mudanças gradativas na alimentação substituindo hábitos caracterizados por comidas com excesso de sal e gordura chamada pelas pessoas de "comida forte". Essa mudança é sugerida pelos participantes através da redução de gordura e sal ao longo do tempo.

Em um estudo realizado com pessoas negras com HAS, em relação as suas crenças sobre a dieta, o sal é percebido como um elemento que confere sabor e prazer às comidas. Sabe-se que sua diminuição implica grandes esforços e diminuição do prazer durante o preparo dos alimentos (PIRES; MUSSI, 2012).

Essas mudanças de atitude nem sempre são fáceis, pois alteram hábitos presentes na cultura e na vida das pessoas, como nesse caso em que o participante cita o churrasco. O churrasco faz parte da culinária típica do Rio Grande do Sul, é um prato símbolo do tradicionalismo e amplamente consumido pelos gaúchos. O ritual de preparo pode ocorrer de diversas formas dependendo da pessoa, mas

basicamente envolve a utilização de carnes (dos mais variados tipos e cortes, geralmente são carnes vermelhas) que irão ser salgadas e temperadas a gosto, colocadas em espetos (de aço, madeira, entre outros) e assadas em churrasqueiras ou em “fogo de chão<sup>11</sup>” com lenha ou carvão. Esse costume tende a aumentar o consumo de carnes vermelhas ou embutidas (como a linguiça) e de sódio na alimentação.

Em um estudo quantitativo realizado com estudantes da UFSM sobre o consumo de churrasco, o mesmo apresentou um número significativo em relação a fatores como a atitude, com as crenças pessoais, a pressão social e envolvimento com o consumo desde a infância (MILANESI et al., 2015). Outro costume citado e observado, presente na culinária, foi a utilização da gordura animal no preparo dos alimentos.

Começamos a entrevista e eu reparei que havia uma lata de óleo e outra de banha ao lado do fogão o que me levou a inferir a utilização desses na preparação dos alimentos do casal (Trecho do Diário de campo, 14 de maio de 2015).

Com o passar dos anos, verificou-se que houve a substituição da gordura animal como banha e do toucinho de porco por óleos de origem vegetal, contudo no campo ainda muitas pessoas mantêm esse hábito. A banha de porco utilizada pelos participantes é proveniente da criação de animais de subsistência diferente da banha de porco comercializada pela indústria.

Segundo Azevedo (2015), a substituição da gordura animal pela vegetal ocorreu devido a necessidade de escoamento do excedente da produção de grãos de soja e milho, criando-se assim o óleo vegetal e a margarina. A autora ainda refere que a ciência conferiu a esses óleos um papel privilegiado, incentivando-os como promotores de saúde vascular tornando a banha um componente altamente restritivo.

É fundamental esclarecer que o sal, os óleos e gorduras fazem parte sim de elementos alimentícios com teor elevado de nutrientes, porém a utilização em quantidades exageradas pode tornar-se prejudicial à saúde. As gorduras saturadas (encontradas em óleos e gorduras) e o sódio (componente do sal de cozinha) quando ingeridas excessivamente aumentam o risco de doenças do coração, a

---

<sup>11</sup> Nesse modo de preparo do churrasco os espetos são posicionados na vertical partindo do chão próximo as chamas de fogo.

pressão arterial, o risco de cárie dental, de obesidades e outras doenças crônicas (BRASIL, 2014c).

Ainda, durante a entrevista, ao serem questionados sobre as ações que poderiam ser implementadas no cuidado, os participantes referem a diminuição da comida em geral.

Acho que poderia me ajudar, que eu sinto que eu meloro mais, assim, é quando eu como menos (P10).

Ah, melhorar na comida, comer menos, se cuidar mais, comer coisa mais verde. Eu acho que teria que tentar nisso, diminuir a comida. Uma que tu estás ficando velha, e outra que tu já tens a tendência de tudo, já tem tendência pela minha gente (P11).

Minha maior dificuldade? Te digo isso de barriga cheia é diminuir a comida (P12).

Ao reduzir a quantidade de comida e adicionar alimentos como verduras e legumes, por exemplo, os participantes acreditam que essa atitude proporcionará sensação de bem-estar e conseqüentemente a melhora da sua saúde. Esse cuidado também é apontado como importante, porque o envelhecimento e a hereditariedade contribuem para o agravamento das condições de saúde.

Apesar dos cuidados com a HAS estarem pautados na diminuição de sal e de gordura, as pessoas comentam que no preparo dos alimentos e no momento de realizar as refeições elas não alteraram seus hábitos ou têm dificuldades de realizar as orientações e as mudanças na alimentação.

Não, até na comida eu não mudei assim, por causa que é a mesma comida que eu faço para os filhos [...] (P6).

Daí tu diz assim...como é que eu vou dizer? Na hora que tu estás de barriga cheia tu dizes: mas eu vou comer menos. Mas na hora que tu vai comer, tu começa a comer e tem vontade. Não sei, tu trabalha o dia inteiro, tu se agita, daí na hora que tu vai comer parece que a comida é tão boa que comer pouquinho não basta... (P10).

Eu acho que nisso também...eu acredito que a gente está errada, porque de noite então, se os outros querem jantar que jantem, mas é que tu faz, tu vê os outro comer e tu termina comendo também (P11).

A socialização das refeições, através do compartilhamento desse momento com a família ou pessoas próximas, apresenta-se como um momento saudável e positivo de interação e troca. Mas também, pode ser um ponto de dificuldade para

as pessoas com restrições alimentares, uma vez que precisam dividir as refeições com aquelas que não apresentam restrições.

Geralmente, no campo cabe às mulheres a responsabilidade de preparar e organizar as refeições da família, esse contato com a comida foi elencado como um fator de limitação e dificuldade para modificar a alimentação. Ainda, nesse sentido, uma das participantes acredita que o cansaço proveniente das tarefas diárias aliado ao sabor das comidas faz com que a alimentação torna-se excessiva.

As mulheres responsáveis pelas atividades e trabalhos ligados à terra, à cozinha, à educação dos filhos e pelos deveres matrimoniais são imbuídas de responsabilidades com a família e a comunidade que vivem. Diante desses e outros fatores como o isolamento político e econômico as mulheres podem enfrentar dificuldades para obter a legitimação das próprias vontades e individualidades (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2015).

Ainda que comumente se diga que no tratamento da HAS as pessoas não necessitem de cuidadores, faz-se fundamental a compreensão de toda a organização familiar. Sendo assim, sugere-se que os cuidados com a alimentação devam englobar e valorizar a família de modo que a mesma venha apoiar as decisões dessas pessoas.

Diante de todos esses aspectos, os relatos a seguir mostram a compreensão das orientações que foram fornecidas e de que forma conseguiram adaptá-las à realidade de suas vidas. Desse modo, a partir da percepção das pessoas em relação à HAS, percebeu-se que algumas decisões e estratégias foram incorporadas na alimentação. Uma das estratégias apontadas foi a **substituição** de alimentos com potencial para o agravamento de saúde.

Eu gosto de comer. Pra mim qualquer comida é boa. E eu graças a Deus tenho de tudo em casa [...] É bom comer fruta. Uma banana sempre tem em casa... Comer uma banana fora de hora como se fosse uma merenda. É bom substituir o doce por uma fruta (P1).

Pão, o pão dela é um pão integral, que ela faz. Eu de saída não podia comer, hoje eu gosto dele, prefiro ele que o outro. Se tu quiser me dá de um ou de outro. Eu prefiro esse, gosto e ele me sustenta mais. O outro eu como e estou sempre com fome (P7).

Assim, no momento da substituição do doce pela fruta e o pão de farinha de trigo pelo pão integral preserva-se um hábito e se realiza a substituição de um

elemento considerado mais benéfico à saúde. As frutas tornam-se uma boa opção para substituição de alimentos com excesso de calorias, açúcar e outros compostos.

Além disso, o consumo de frutas ou de legumes e verduras confere proteção contra doenças do coração e certos tipos de câncer. Os efeitos benéficos sobre a prevenção de doenças advêm do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento (BRASIL, 2014c).

Em um estudo de Gandez e Benvegnú (2013) sobre os hábitos alimentares saudáveis e fatores associados à prevenção de doenças cardiovasculares entre idosos com HAS verificou-se que, apesar dos benefícios dos cereais integrais, o pão integral é pouco consumido entre os participantes. Nesse mesmo estudo, as autoras indicam a realização de oficinas que apresentem esses produtos, trabalhem com formas de preparo que possam ser alternativas para familiarização e estímulo ao consumo (GADENZ; BENVENÚ, 2013).

Outra estratégia utilizada é a **redução** da quantidade de comida ingerida;

Carninha a gente sempre tem. A gente está procurando mais uma carne de galinha porque a carne de gado já é mais perigosa. E principalmente quando eu compro carne de gado eu compro carne magra... não compro carne gordurosa. E como menos. Para evitar colesterol, eu, eu tinha um pouco de colesterol e consegui normalizar (P3).

Uma comida mais fraca sem aquela gordura, pouco sal mais qualidade... só o que faz bem pra pressão alta, o que não faz, pouquinho. O arroz que faz mal então pouquinho. Daí tem salada disso, salada daquilo, essa pode então tem mais. Pedacinho de carne. Eu uma galinha eu como uma metade em uma pegada e fico me lambendo. E daí não. É um pedaço. Bergamota eu vou ali no pé e como uma dúzia. Não! É duas bergamotas. E agora eu estou me controlando. Eu passo no pé eu pego só duas não pego para encher os bolsos como eu fazia. E vejo, que, que é melhor. [...] Vejo que essa comida, ela diz assim não adianta tu comer um mundaréu sendo que aquilo não é apropriado... pra mim. Pra outro pode ser. Pra mim não. E eu agora eu cheguei à conclusão que é mesmo (P7).

Os participantes relatam que se mantêm comendo daquilo que gostam, porém realizaram a redução da quantidade ingerida, um deles cita que essa mudança ocorreu através do incentivo de um familiar. Essas estratégias são apontadas como uma forma manter a pressão arterial controlada e ao mesmo tempo obter uma alimentação prazerosa a partir dos alimentos de que gostam e com menos sacrifícios.

Ainda, o Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014c) refere que pequenas mudanças no consumo desses brasileiros, que baseiam sua

alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados, incluindo o aumento na ingestão de legumes e verduras e a redução no consumo de carnes vermelhas, tornariam o perfil nutricional de sua alimentação praticamente ideal e equilibrada.

Ainda a **eliminação parcial ou total de um hábito alimentar** também foi uma prática relatada como estratégia para controle da HAS e cuidado com a saúde.

Coisas na minha alimentação tipo a nata cozida que eu gostava eu tirei, a gordura estou usando mais a gordura o azeite. Não estou usando banha de porco, só no feijão (P9).

Mas assim de, colocar sal na salada como a gente vê as pessoas colocando, eu nem como. Essas massas de pacotinho no mercado também não como mais (P9).

Ele tira tudo, ele vai comer uma carne de galinha, um frango, ele tira toda a pele, eu às vezes tiro à vezes não tiro, mas agora até tenho tirado de tanto ver tanta gente falar que é um veneno, e até molho também não como muito porque de primeiro eu comia bastante, eu adorava comer carne com molho, agora o meu filho não quer e daí eu não...ele não pode também tem gastrite. Então o molho faz mal, então eu não faço mais, faço a carne frita mesmo, se boto água é só água mesmo, não é gordura e nem massa de tomate essas coisas, nada eu “boto” por causa dele e por causa da mãe também (P11).

Ele (marido) está sempre reclamando e eu digo está aqui o pote de sal. Põe sal se tu quer comer mas a minha salada sempre é sem sal só vinagre azeite e deu (P13).

Ao término da entrevista permaneço na residência do casal e sou convidada a conhecer os arredores da casa. Nesse momento conversando com o casal a esposa me conta que P1 diz: “ele não poupa no sal e na gordura.” Ela me conta que procura cozinhar mais porque ele faz a comida só com a banha. Ainda me diz que ele gosta muito de carne com molho porém para o esposo o preparo do molho é equivalente a utilização apenas da banha. Então me diz: “Eu coloquei cebola, tempero, alho, tomate e fiz um molho. E mostrei assim oh pai que é molho” (Diário de Campo, 22 de abril de 2015).

Essas estratégias diferentemente das anteriores que visavam à substituição ou redução apontam para a eliminação parcial ou total de alguns hábitos alimentares. Dentre eles a eliminação da nata, produtos industrializados, carnes fritas e/ou excessivamente a base de óleos e gorduras e a presença do sal na salada.

Para o Guia Alimentar (BRASIL, 2014c) os alimentos ultraprocessados devem ser evitados como biscoitos recheados, salgadinhos “de pacote”, refrigerantes e macarrão “instantâneo” pois são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua

formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados.

Ainda, para discutir essas ações descritas pelas pessoas resgataram-se os três modelos e ações de atendimento de enfermagem postulados por Leininger (1991), essa formulação teórica orienta as ações dos profissionais de enfermagem. Sendo assim, as ações aqui descritas podem se associar a esses conceitos, pois surgem como guias de orientação a partir de estratégias apontadas pelas próprias pessoas; operacionalizando, dessa forma, a teoria a partir da realidade.

Assim, quando Leininger (1991) se refere à preservação ou manutenção do cuidado cultural pode-se associar as ações citadas pelos participantes no momento em que realizam a substituição de alimentos. Essa relação ocorre, porque as pessoas preservam e mantêm, nesse caso, o hábito de comer um lanche e pão, todavia realizam a substituição do doce pela fruta e do pão branco pelo de farinha integral.

Outro exemplo diz respeito ao ajustamento ou negociação do cuidado cultural (LEININGER, 1991). Assim como Leininger (1991) propôs para os profissionais, as famílias também realizam essas adaptações culturais através da negociação com as pessoas cuidadas a partir de hábitos culturais já existentes. Nesse caso, a negociadora, que é irmã do participante o auxilia e o orienta na diminuição da quantidade de comida consumida.

Vale destacar a última ação proposta por Leininger (1991) que é a repadronização ou reestruturação do cuidado cultural, essa foi associada à eliminação parcial ou total de um hábito, já que as ações descritas implicam uma atitude de eliminar algum hábito, o que acarreta uma grande alteração nos costumes cotidianos.

A partir desses fatores, vale salientar que os instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares promotoras da saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas. Sabe-se que tudo isso contribui para o fortalecimento das pessoas na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável. É fundamental que ações de educação alimentar e nutricional sejam desenvolvidas por diversos setores, incluindo

saúde, educação, desenvolvimento social, desenvolvimento agrário e habitação (BRASIL, 2014c).

Diante disso, entende-se que a alimentação é fundamental para sobrevivência, o prazer, a inserção cultural e social não podendo estar desconectada da perspectiva cultural. Sendo assim, comer é uma complexa ação reflexiva, permeada de angústias, dúvidas e até mesmo estratégias que apenas serão respondidas ao se olhar e compreender a realidade de cada pessoa.

#### **4.4.2 “O que eu capricho é com os remédios”: utilização de medicamentos e chás como prática de cuidado.**

O tratamento com remédios está entre as formas de cuidado mais citadas pelos participantes desta pesquisa seja por meio de medicamentos e/ou chás. Ao afirmarem que possuem HAS, concomitantemente, revelam que realizam o tratamento medicamentoso, assim elencam essas ações como práticas de cuidados com a HAS.

Tenho pressão alta, mas tomo remédio (P3).

Eu tenho a pressão alta faz uns 20 anos. Faz um bom tempo o meu marido era vivo ainda. Mas bem controlada, faz muitos anos, está controlada com o remedinho de manhã (P12).

Dentre os medicamentos citados encontram-se hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril, furosemida, entre outras. A utilização desses faz parte de um conjunto de ações que compõem o tratamento da HAS. Constata-se que os participantes percebem a importância dos remédios para o tratamento e o controle da pressão arterial, pois os mesmos são compreendidos como forma de manutenção e controle do avanço da doença. O fato de se tratar de uma doença crônica que, quando controlada com o uso de medicamentos, pode permanecer assintomática por um longo período e colabora para essa visão dos participantes. O controle inadequado e a não realização das práticas de cuidado combinadas (tratamento não medicamentoso e medicamentoso) podem representar o descontrole da pressão arterial o que leva ao favorecimento de complicações.

O objetivo primordial do tratamento medicamentoso da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem

não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Para as pessoas com HAS a carga atribuída ao significado da doença é minimizada pelo cumprimento do plano de cuidados necessários. Dessa forma, mesmo gerando certo desconforto, o uso diário das medicações, assim como os demais cuidados pertinentes à HAS, diminuem a representatividade desse agravo, cuja característica mais preocupante é sua incapacidade de cura (SILVA et al., 2013).

Cabe salientar que comumente associam-se remédios e medicamentos como palavras sinônimas, porém elas não apresentam o mesmo significado. Os remédios são equivalentes a “todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar”. E os medicamentos estão associados a “substâncias ou preparações elaboradas em farmácias (medicamentos manipulados) ou indústrias (medicamentos industriais), que devem seguir determinações legais de segurança, eficácia e qualidade” (BRASIL, 2010, p. 14). Assim, utilizam-se os dois termos respeitando a linguagem e a percepção de cada participante, já que os remédios no sentido de tratamento medicamentoso fazem parte de práticas de cuidado atribuídas pelos participantes de forma não normativa integrada a outros cuidados e elementos da vida cotidiana.

Ao realizar o uso de medicamentos, destaca-se o comportamento das pessoas frente à ingestão dos mesmos e a concepção de que sua utilização envolve um modo correto, dessa forma indicam que:

O cuidado é com o remédio que tem que tomar sempre nas horas certas (P3).

Eu acho que pra me cuidar é os remédios certos não é? Pra tomar certos os remédios que o médico me deu... o que eu capricho é que com os remédios... (P6).

Bom, o remédio tomo certinho, não falha e nem nada (P7).

Para os participantes existe um modo correto para realizar a ingestão de medicamentos, sendo assim o seu uso está pautado nos horários, medicamentos e doses certas mantendo a continuidade do tratamento. Aliada a essa percepção, tem-se a associação com as orientações dos profissionais de saúde, sendo citado o profissional médico.

Além disso, observa-se a colaboração e importância dos profissionais de saúde na construção dessa percepção de “remédio certo”, por meio das orientações e acompanhamento desse tratamento. Assim, ao serem questionados sobre esse conhecimento predominaram, nas argumentações, as orientações dos profissionais de saúde.

O pessoal do posto me passou o relatório completo e assim eu tenho feito. (P3).

Ah isso foi o médico que me ensinou. (P6).

Porque foi como me ensinaram não é? (P10).

A relação entre as pessoas com HAS e os profissionais de saúde é um elo importante na obtenção do tratamento que respeite as necessidades de cada pessoa, pois será a partir dessa relação que as condutas e práticas de cuidados serão orientadas. Nesse sentido, vários espaços de encontro podem contribuir para o acompanhamento do tratamento. Por exemplo, durante as consultas médicas e de enfermagem, durante a verificação de pressão arterial tanto nas unidades de saúde quanto nas visitas domiciliares e grupos de saúde, durante a dispensação de medicamentos, entre outras atividades que envolvam os profissionais de saúde e pessoas com HAS.

Para isso, os profissionais devem conhecer as pessoas, suas crenças, suas condições de vida salientando que os encontros de saúde não são momentos unilaterais, mas sim uma construção conjunta que tem como finalidade a promoção de saúde, melhora da pressão arterial e da qualidade de vida. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) refere que devem ser explicadas, detalhadamente, às pessoas a ocorrência de possíveis efeitos adversos, a possibilidade de eventuais modificações na terapêutica instituída e o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido.

É interessante destacar que o MS aponta algumas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir problemas no tratamento da HAS. Assim, afirma a importância do processo de educação em saúde e a criação de vínculos diante das orientações em saúde, essas contemplam a doença, a motivação para a mudança de hábitos, a percepção sobre a presença de complicações e os medicamentos em uso. Sobre as medicações a indicação, as doses, horários, efeitos desejados e colaterais devem ser abordados em conjunto com a pessoa com HAS (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, a relação do profissional de saúde, com a pessoa cuidada, quando se reveste de autoridade reduz a liberdade de escolha delas. Esse agir clínico é limitado para responder aos problemas crônicos de saúde; contrário, portanto, ao reconhecimento da autonomia das pessoas, que propicia um processo de negociação levando em conta as necessidades, as expectativas e a cultura das pessoas (TADDEO et al., 2012).

É importante ressaltar que a utilização de medicamentos não interfere apenas nos aspectos físicos, o seu uso também pode causar múltiplos sentimentos. Assim, ora pode provocar sentimentos positivos pelos seus efeitos controladores e redutores da pressão arterial, ora negativos por gerar preocupações constantes:

Nunca mais me deu problema depois que eu comecei a tomar remédio. Nunca. Me sinto muito bem tomando o remédio [...] (P3).

Se manter mais controlado eu acho, eu acho que controlar com a medicação mas sempre como é que eu vou te dizer? Com aquela preocupação que tu tem, que tu não pode faltar com os remédios... No início até eu era meio rebelde pra tomar a medicação, mas agora eu cheguei à conclusão que não adianta, que eu preciso tomar (P13).

O uso de medicamentos é encarado positivamente por representar a resolutividade do problema de saúde, mesmo esse sendo crônico. Porém, realizar o controle e a adesão ao tratamento nem sempre é uma ação fácil e tampouco automática, pois exige o consentimento favorável das pessoas ao tratamento, disposição, disciplina e atenção contínua, características elencadas como propulsoras para o cuidado a HAS.

A percepção sobre a enfermidade e o tratamento são guiadas por questões subjetivas. A não aceitação da doença, assim como a vontade de abandono do tratamento pode ser um reflexo de outras dificuldades vivenciadas pela pessoa, por exemplo, dificuldades no acesso ao serviço, ou ainda a autopercepção de que não possui uma doença crônica, logo sem necessidade de cuidados (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014). Apesar de afirmarem que é preciso mudar radicalmente o estilo de vida e que tal mudança nem sempre é fácil, isso não é visto pelas pessoas como impeditivo à vida normal, na rotina que já vivenciam (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2013).

Outro fator de interferência no uso de medicações são os ajustes terapêuticos realizados pelas próprias pessoas que fazem o uso da medicação:

Aí eu tomo meio comprimido de manhã e meio de noite. Daí eu digo espera aí! Vou tomar um de manhã, outro de noite e aí a doutora me disse não, não pode! Por que tem outra “veia”, minha vizinha que toma um de manhã, outro de noite. Mas eu digo se essa “veia” toma, eu também posso. Não vou morrer nem nada, vou melhorar. E ela está bem, a pressão dela está boa. E o meu que não. E ela come igual a eu então eu achei que estava faltando mais um pouquinho desse ali. Mas eu acho, eles não quiseram me dar, de certo eles vão acostumando pra quando a gente precisar... acho que foi isso, no meu entender (P7).

Assim, as experiências de saúde geralmente são passadas de uma pessoa para outra, o mesmo ocorre com a utilização de remédios para o tratamento medicamentoso da HAS. Quando as pessoas apresentam doenças similares, a troca de experiências pode ocorrer e nessa visualização do tratamento do outro verificam possibilidades exitosas para o seu próprio cuidado. Dessa forma, através das relações cultivadas renovam as suas relações com as pessoas, com o mundo e podem (re) produzir as mesmas práticas de cuidados.

Por conseguinte, o tratamento medicamentoso da HAS não é único para todos em adoecimento. Ele é prescrito através da avaliação médica individual. Cabe ao profissional de saúde desenvolver a sua prescrição de cuidados em conjunto com as pessoas realizando a avaliação clínica e conhecendo as singularidades das pessoas envolvidas bem como as suas necessidades.

A presença de sinais e sintomas da HAS é um dos fatores que pode colaborar para que os indivíduos atribuam a si mesmos a capacidade de administrar os medicamentos. A decisão de realizar a ingestão dos medicamentos da forma como foi prescrita pode ser influenciada pelo sentimento de bem-estar cotidiano das pessoas (CARVALHO; TELAROLLI JUNIOR; MACHADO, 1998).

Por outro lado, outros participantes relataram mudanças e ajustes na medicação realizados pelos médicos a partir dos sinais e sintomas verificados no cotidiano:

Houve uma época que eu tomava o remédio e ele não funcionava direito, começou um dia a pressão alta e um dia estava bem descontrolada, aí mudei de remédio e comecei a tomar o enalapril que mandaram tomar meio comprimido e normalizou. Aí não tem problema. Sempre está boa a minha pressão (P3).

É o [cita o nome comercial do hidroclorotiazida]. Mas ela me deu um assim para tomar um inteiro daí foi que... que eu desmaiava, baixou demais. Aí eu fui lá de volta e ela me mandou tomar só meio. Mas agora eu tomo um inteiro (P12).

E aí eu fui no cardiologista me deu a losartana. Esses dias, o médico me dava só um comprimido de losartana, que primeiro eu tomava só “hidro”... tomava só “hidro” e de um tempo pra cá... a “hidro” começou a não manter mais. Principalmente no inverno. Ela sempre subia (P13).

O uso de medicações é complexo e não automático, sendo assim, durante o tratamento medicamentoso muitas pessoas necessitaram realizar ajustes na medicação devido à descompensação dos níveis pressóricos. Essas alterações perpassam pela troca de medicações, diminuição ou aumento de doses. O aumento das doses de medicações foi relatado pelos participantes como um sinal de agravamento da HAS, já que a dose descrita anteriormente não mantinha os níveis pressóricos.

Outra característica descrita pelos participantes foi a quantidade de remédios utilizadas e as dificuldades implicadas nesse processo.

Até de vez em quando eu reclamo mas e porque que eu tomo esse monte de remédio? Estou bem. Não, mas a sua pressão deu alta (P7).

Eu tomo Metformina antes do almoço, de manhã antes do café, de noite antes da janta, depois do almoço eu tenho o AAS [ácido acetilsalicílico] aquele para tomar, de manhã eu tomo o remédio da pressão, o Metformina, tomo um pra dor nos pés que eu tenho que o doutor me deu, o doutor me receitou, são três. De noite eu tomo o Metformina, do colesterol, aquele...o Citalopram, aquele o miudinho, o amarelinho... Sei que de noite é uns quatro ou cinco remédios, fora os que eu tomo de manhã que é uns quatro ou cinco também, uns três, quatro eu acho. De meio dia é dois, então...tu já levanta, o meu filho que diz tu já levanta com os remédios na mão, eu venho lá do quarto já venho tomando água, pra tomar... (P11).

P6 nos fala que seu marido (que também tem HAS) não estava bem nos últimos dias o que o levou a procurar ajuda de profissionais de saúde. Os níveis pressóricos estavam baixos, o que levou os profissionais de saúde investigarem o uso da medicação; sendo assim ela contou que o marido realizou superdosagem de remédios isso ocorreu pois além de tomar muitos remédios ele possuía cartelas diferentes de um mesmo medicamento o que lhe fazia pensar que tratavam-se de remédios diferentes (Trecho do Diário de Campo, 05 de maio de 2015).

Observa-se que os participantes também indicam remédios para outros agravos, como nesse caso o diabetes mellitus. As pessoas que possuem mais de uma doença crônica ou em fases avançadas das doenças realizam o uso concomitante de várias remédios e medicações o que pode transformar-se em um fator de dificuldade no cuidado. Isso ocorre, pois além de se tornar uma prática exaustiva ao longo do tempo também pode gerar confusões e agravar a situação de saúde.

Em uma pesquisa sobre adesão ao tratamento medicamentoso de idosos hipertensos de uma USF de uma cidade do interior de Minas Gerais, os participantes referem que o esquecimento de tomar os remédios, o uso de bebidas alcoólicas e a polimedicalização são fatores que interferem e dificultam o tratamento da HAS (DIAS et al., 2015). Ainda, em outro estudo destaca-se como fatores de dificuldades ao tratamento medicamentoso a grande quantidade de medicamentos prescritos e caixas de medicamentos parecidos que tornam as pessoas confusas (BONADIMAN; BONADIMAN; SILVA, 2012).

Os princípios da terapia medicamentosa recomendam que o medicamento deva ser eficaz por via oral, bem tolerado e permita a administração do menor número possível de doses diárias. Deve-se dar preferência àqueles com posologia de dose única diária, devendo ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, pois quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O esclarecimento dessas informações e o acompanhamento ao longo do tratamento são fundamentais, bem como a criação de estratégias que se adaptem a cada um. Nesse sentido, uma das entrevistadas cita a estratégia que criou para evitar erros e confusões diante do uso de variados remédios.

Eu guardo em duas caixas e deixo dentro, em cima do guarda louça. O que eu tomo eu vou guardando dentro da outra caixa pra não fazer confusão. Porque são muitos. E vou tomando (P10).

As estratégias e as práticas de cuidado não são universais e a sua criação exige criatividade e adaptação à realidade correspondente. Observa-se que a estratégia aqui citada partiu da própria participante a partir das possibilidades que a mesma possui. Despertar estratégias de cuidado no outro, descobrir em conjunto com as pessoas e acompanhar o seu desenvolvimento são importantes para o desenvolvimento do cuidado profissional. Além disso, a experimentação dessas estratégias que obtêm êxito com algumas pessoas também pode ser ajustada em outros locais.

Ainda, a dificuldade em relação ao acesso, fornecimento e a burocratização dos serviços foi citada.

Cheguei lá depois de estar todo feito os papéis... a moça disse não vai dar pra senhora levar, falta dois dias pra completar o mês. Diz: não vai dar para levar o remédio aí eu disse moça, mas não posso ficar sem o remédio, eu digo: eu moro pra fora aí conversei com ela... Aí paguei nove reais por uma caixinha com duas cartelinhas de remédio, aquela ali deu só pros quinze dias aí como eu não podia ir mandei buscar outra caixinha. Cheguei lá estava em falta o remédio digo: Deus ô livre mas olha! Eu tava que parecia que não era eu, parecia que eu tava no ar (P6).

Ele [ACS] traz as vezes e um pouco eu compro. Esses dias AAS não tinha eu fui lá na cidade e comprei [...] passou assim tomando medicamento sempre, fazendo tratamento. Mas tinha pressão alta e tomei o remédio. Mas não tomava assim contínuo não é? Por que eu morava lá em cima e era longe pra mim sair e eu tinha as crianças pequenas e ganhei duas, meio em seguida, ganhei as duas juntas daí eu não podia quase, tomava, quando ia na cidade comprava. Isso já faz 34 anos (P10).

Após o meu convite os profissionais da enfermagem verificaram a pressão arterial, a glicose, o peso e distribuíram os medicamentos relativos a todo mês e receitas médicas para aquelas medicações que a unidade não fornece (Diário de Campo, 10 de abril de 2015).

Há pessoas entrevistadas que convivem com a HAS antes da criação do SUS e assinalam que o período anterior era difícil pela grande distância, pelas condições socioeconômicas e pela falta de estabelecimentos de saúde próximos. Apesar do reconhecimento das pessoas sobre a distribuição e fornecimentos dos medicamentos gratuitamente pelo SUS através da USF, ainda a distância, a falta de medicamentos e a burocratização das farmácias para retirada daquelas não distribuídas permanecem como fator de dificuldade na realização das práticas de cuidado.

Em uma pesquisa sobre a adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada a opinião das pessoas sobre o grau de dificuldade encontrado para aquisição dos medicamentos. As pessoas desse estudo foram denominadas por aderentes ao tratamento e não aderentes, no grupo de aderentes, 30 (44,8%) relataram como sendo fácil, 33 (49,2%) como sendo difícil e 4 (6,0%), como sendo muito difícil. Já no grupo dos não aderentes, 50% referiram como sendo fácil e 50,0% como sendo difícil (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Para compreender os fatores de dificuldades encontrados para o tratamento, faz-se necessário considerar o contexto histórico, social e cultural e sua experiência no processo de adoecimento. Diagnosticar a HAS não é suficiente, o essencial é conduzir corretamente o tratamento e refletir sobre a necessidade do controle da doença. Esse é um passo importante para diminuir as consequências do impacto

social, dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade (CAVALARI et al., 2012).

Por outro lado, sabe-se que as plantas apresentam propriedades terapêuticas, sendo assim, são citadas como remédios presente no cotidiano das pessoas os chás. Esse consumo pode ocorrer concomitante ao uso de medicações, ou isoladamente.

Eu sigo com meus remédios e tudo o que me dizem de chá que é bom eu tomo bastante (P10).

De noite vou olhar a novela, tenho que levar uma xícara de chá. É o meu remédio. O meu filho que diz: “A mulher da xícara vem vindo” (P11).

Eu sou muito “chazeira”. “Eu até preferia tomar chá do que medicação... mas tem coisa que não tem...” (P13).

O chá figura como uma bebida importante que acompanha as pessoas em vários momentos ou situações. Os participantes ao falarem sobre as práticas de cuidado, muitas vezes, associaram a utilização de remédios com a utilização de chás e manifestaram o desejo da possibilidade de substituição.

Os chás são formas líquidas obtidas pela extração a quente com água, preparadas para uso imediato a partir de plantas frescas ou secas. Dependendo da parte da planta utilizada e dos seus constituintes ativos, são preparados por infusão ou por decocção (BRASIL, 2012c).

Vale dizer que o uso de chás e os conhecimentos sobre essa prática são transmitidos pela cultura popular por meio das práticas dos familiares e de conselhos através de pessoas conhecidas. Muitas vezes, entre eles não há uma preocupação com a cientificidade de sua utilização para o tratamento de doenças. Os chás são importantes na medida que são eficazes e respondem as necessidades de saúde das pessoas (FALLER; MARCON, 2013).

Tendo em vista os benefícios desses princípios ativos, esse costume é visto como uma importante possibilidade terapêutica que transmite o sentimento de bem-estar e o controle do avanço de alguns sinais e sintomas. Sendo assim, os participantes fazem os seguintes relatos:

Quando eu sinto que não estou bem daí eu vejo que está alta daí eu faço um chá. Diz que o chá de guavirova é bom também, diz que baixa a pressão (P4).

Eu tomo chá de guavirova, chá de folha de carambola, tomo o suco de carambola de manhã para não tomar café, tomo chá de joão-bolão pro diabetes mas o joão-bolão eu não tomo muito porque diz que prejudica as vistas. Agora guavirova é muito bom, e é um chá que não tem gosto, que não é ruim de tomar, fraquinho assim. Diz que também não pode tomar muito forte porque ele ataca o coração, dizem que tudo o que é demais faz mal (P11).

Ah eu tomo chá de guavirova e agora pra diabetes de joão- bolão e misturo e tomo. O de guabiroba é pra pressão e diz que emagrece também mas eu não emagreço nada [risadas] (P12).

A indicação do tipo de chá e as doses são apreendidas a partir das relações sociais e aplicadas diante das necessidades em saúde. Nesse contexto, o chá de guavirova foi citado por todos os participantes. Ainda, afirmaram a importância dos chás como uma forma de remédio, já que ele representa uma forma de controle da pressão arterial. Em um estudo sobre o consumo de guaviroba encapsulada entre pessoas com hipercolesterolemia os resultados apontaram para a diminuição de colesterol total e as lipoproteínas de baixa densidade (VIECILLI et al., 2014).

Ao serem questionados sobre esse costume em relação à utilização de chás os participantes relatam ser um conhecimento popular, transmitido de geração a geração.

Olha ela chegou a mata um pé de guabiroba buscando gaio de guabiroba pra tomar. Se chegar aqui em casa e um e dizer... olha aquela pitangueira é um chá bom, bom, bom, ela vai e cozinha aquela pitangueira (P5).

É o pessoal...tu fala com um, fala com outro e diz: "Oh, tomei tal chá e pra mim baixou, melhorei!" Me sinto bem, então...Já vem de casa, porque a mãe...quando a gente era criança nós só tomávamos chá, não tinha remédio de posto, não tinha nada. Estava doente era chá, estava com febre era um chá de cidreira, se estava com dor de cabeça era laranjeira, bergamoteira. A gente se criou na mania do chá, eu me criei assim (P11).

O conhecimento em relação aos chás foi construído ao longo da vida, conforme as necessidade e possibilidades e assim passado. Reconhecer as práticas populares de cuidado à saúde se torna importante no instante em que preservamos essa sabedoria e interagimos entre o conhecimento científico e o popular, considerando a diversidade cultural no meio em que vivemos.

O uso de plantas medicinais ocorre em situações de doença e na conservação da saúde. Essas experiências são provenientes das situações positivas ou negativas obtidas ao longo da vida, sendo esses resultados indicadores para sua aplicação. Essas ações respaldam-se na vivência e na prática, originado nos

sentidos e valores produzidos na experiência cotidiana de enfrentamento das necessidades de cuidado (MACHADO et al., 2013).

Portanto, entre os remédios referidos pelos participantes como forma de controle da HAS fazem parte o tratamento medicamentoso prescrito e os chás. Em relação ao uso de remédios incorporam-se fatores singulares da vida como a dualidade de sentimentos, os ajustes realizados conforme a sua necessidade e as suas relações com outras pessoas; as dificuldades em relação a polimedicalização, a utilização de estratégias e o uso de chás como remédios e a burocratização e acesso aos medicamentos. A partir disso, infere-se que a prática de cuidado e a ação de saúde dos profissionais iniciam no encontro de subjetividades, determinadas socialmente e compreendidas culturalmente.

#### **4.4.3 “Eu me defendo pelo melhor”: práticas de cuidado com a saúde**

Os relatos a seguir apontam para práticas de cuidados e manifestações culturais em relação à saúde em geral que na visão dos participantes vão melhorar a vida e o controle da pressão arterial. Essas práticas consideram ações e atividades variadas bem como alguns fatores que auxiliam no cuidado como a família, os profissionais de saúde e a religiosidade. Sendo assim, primordialmente é importante ressaltar que para os participantes o cuidado é percebido da seguinte forma:

O cuidado é tudo! [...] As orientações que o pessoal [da USF] me passou eu fiz e estou bem. Me cuido e vivo bem. O cuidado é o principal. Então, eu me defendo pelo melhor (P8).

Cuidado para mim? Eu sempre me cuidei. A minha mãe ensinou isso para nós, não tem nada que andar assim, desleixado, não amar a si próprio, se não os outros não vão amar a gente. A minha mãe ensinou isso para nós. Então eu sempre...tive cuidado com a minha roupa, com os meus calçados, com a minha alimentação, com a boca, com os dentes, com o cabelo, porque assim, eu gosto de me cuidar. [...] O cuidado ergue meu astral (P9).

Um fato chama atenção ao final da leitura do TCLE e da explicação sobre a pesquisa. O participante me diz que essa pesquisa é muito difícil. Eu o questiono o porquê dessa opinião. Ele me responde que trabalhar com a vida das pessoas não é fácil e que o cuidado deles acontece segundo as suas possibilidades de vida (Trecho do Diário de Campo, 18 de maio de 2015).

O cuidado é visto como um elemento importante e fundamental em relação à satisfação e ao bem-estar, já que o mesmo é entendido como manifestação de amor

próprio que proporciona sentido à vida e traz disposição e felicidade. Pode-se inferir que o cuidado referido pelos participantes é multidimensional já que foi (re) significado a partir da socialização, tanto em âmbito familiar como profissional e ainda diante das possibilidades ofertadas a eles. Entende-se que as possibilidades citadas pelo participante se referem a todo o contexto de vida e suas influências econômicas, sociais e culturais.

O cuidado visto sob ótica da universalidade, da diversidade do cuidado cultural (LEININGER, 1991) pressupõe compreender as pessoas de forma integral e abrangente a partir do seu contexto sociocultural. O ser humano, além de um ser de relações, é um ser de cuidado que se relaciona e nessa ação de relação envolve tanto o cuidado de si próprio, cuidado do outro e o cuidado do meio (TORRALBA, 2009). Sendo assim, o cuidado é encarado como uma forma de ser, de se expressar, de relacionar-se consigo mesmo, com o outro ser e com o mundo (WALDOW, 2008).

Nesse sentido, foi possível observar que os participantes concebem as práticas de cuidado de forma abrangente, de tal forma que expressaram das mais variadas formas. Assim, uma das práticas relatadas diz respeito à proteção contra as intempéries climáticas.

O que eu tenho que fazer para me cuidar é tomar resguardo, não pegar tempo brabo, não passar frio, não andar muito no sol quente, a doutora mesmo me falou que não é para mim andar, pegar muito solão. Então, colocar uma cobertura. Eu tenho uns chapéus de palha aí (P1).

Ao chegarmos na casa encontramos o participante e sua companheira sentados ao redor da casa descascando mandiocas. Eles nos recebem calorosamente [...] o participante antes de entrar na moradia ressalta que precisa cuidar melhor da sua saúde e diz: agora eu estava descascando mandioca e estava com os meus pés gelados, mas a preguiça de colocar umas meias. Agora que eu estou relaxando, mas no inverno sempre de tênis e de meia (Diário de Campo, 22 de abril de 2015).

São indicados como práticas importantes de cuidados a cautela e proteção contra a exposição solar e as baixas temperaturas. A maioria dos participantes são agricultores e/ou trabalham com a criação de animais o que pode acentuar a vulnerabilidade dessas pessoas, já que o processo de trabalho ocorre em lugares favoráveis à exposição dos fatores climáticos. Foi indicado como forma de proteção solar o uso do chapéu e para o frio, roupas adequadas e condizentes com a temperatura.

Outra prática citada envolve o cuidado com a higiene corporal e dos dentes:

Toma o banho porque eu não vou te esconder se eu estou lá e estou trabalhando e não deu tempo eu não tomo banho mesmo. E para mim vou te dizer... eu tomo porque é o certo...Quando eu vou sair daí tomo bem se não, não, porque o meu banheiro é dentro do açude. [...] E aqui [casa da irmã] já é diferente eu tenho que tomar banho e escovar os dentes (P7).

O banho é relatado por um dos participantes como uma prática de cuidado importante socialmente, mas não realizada com assiduidade, quando fora do convívio com outras pessoas. Dentre as razões elencadas encontra-se a exaustividade pelo cansaço advindo do trabalho e a falta de um local que facilite a higienização. A frequência, os elementos utilizados, os locais e as condições do banho vão depender das condições socioeconômicas e da cultura em que as pessoas estão inseridas.

Por outro lado, foi indicado como fator de cuidado o que diz respeito à socialização e convívio entre as pessoas que vivem no campo. O diálogo e a interação com outras pessoas são entendidos com uma prática de cuidado e um momento importante para a vida das pessoas com HAS.

O que a gente faz de diferente, às vezes, chega uma visita, toma um chimarrão, conversa, prosea. Tudo já é uma grande coisa [...] (P1).

Mas aí eu me sinto bem quando eu estou caminhando, andando, conversando com as amigas. Em casa também, eu estou acostumada a ficar em casa sozinha. Faço as lidas e tudo (P4).

O meu regulamento, eu acho que vai é conversando, que eu converso de montão. Gosto muito de contar um caso. Então, isso faz bem para minha pressão (P5).

Não só para pressão como pra depressão eu sinto que eu meloro quando eu estou bem, que eu dou bastante risada, quando eu converso bastante, eu me sinto até bem mais leve (P11).

Desse modo, a diversão, a conversa, a interação e a companhia de outras pessoas são atividades descritas como práticas que proporcionam bem-estar, satisfação e tranquilidade a vida dos participantes, já que alguns participantes demonstram o sentimento de solidão acompanhado de depressão. Cabe esclarecer, que P5 ao falar sobre o prazer por contar “causos” faz alusão a uma característica importante do distrito: os “contadores de causos”. Ao usarem essa expressão os participantes referem-se às narrativas de histórias, geralmente populares que são transmitidas de uma pessoa para outra. Essa gama de fatores além de contribuir

com a melhora da qualidade de vida também é referida como prática de controle da pressão arterial.

Ainda é importante ressaltar a citação do chimarrão como bebida de socialização e acolhimento. Os participantes do estudo referiram que ao compartilharem o chimarrão estão também interagindo com outras pessoas, isso representa um momento importante na convivência com aquelas que vivem juntas ou na recepção e acolhimento de outras como visitas, vizinhos, entre outros.

O chimarrão também conhecido popularmente como mate, tem importância econômica, social e cultural no estado do Rio Grande do Sul. As pessoas tomam chimarrão com o intuito de se aproximar mais da natureza e que o hábito de consumir a bebida se liga a questões afetivas que resgatam alguns sentimentos de alegria, relaxamento, paz, tranquilidade, saudade, prazer, sociabilidade e segurança (DURAYSKI, 2013).

Esses elementos revelam a influência das relações interpessoais em todos os aspectos da vida humana, inclusive nas práticas de cuidado. Cabe elencar novamente a situação de migração das pessoas do campo para a cidade, gerando o esvaziamento dos lares e a solidão das pessoas. Diante desse panorama, verifica-se a necessidade de se pensar na qualidade das relações interpessoais e de que forma se pode melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem no campo.

Com a finalidade de permitir que as relações sociais ocorram, os seres humanos se dispõem a doar-se na intenção de ter em troca alguma sinalização de que foram aceitos pelas outras pessoas e, na sequência, retribuem o gesto de aceitação e doação de diversas maneiras. Dessa maneira, a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição humana para viver em sociedade (SILVA et al; 2013).

Assim, outra prática que contribui com o desejo dos participantes de uma vida melhor diz respeito às atividades de entretenimento como caminhadas, passeios, festas e escutar rádio.

Eu acho que para mim a gente sai passear, pra um lado, pra uma lavoura olha, isso aí é tudo de bom pra gente (P2).

Ah ir a uma festa eu gosto. Me sinto bem também. E te digo se eu for em um baile mais bem ainda (P7).

Eu gosto de um rádio. Quando não me sinto bem, brigo com o marido, sinto que a pressão não ta boa, eu deito e ligo o rádio (P10).

Essa prática de cuidado aponta para a valorização e necessidade das pessoas do campo de participar e desenvolver atividades de entretenimento e lazer. Essas atividades trazem benefícios para a autoestima, acarreta sentimentos positivos que podem refletir no modo como as pessoas se posicionam no mundo.

O lazer é uma reivindicação social, é uma ação de cidadania e de participação cultural. Ele é entendido como “[...] atividade não conformista, mas crítica e criativa de sujeitos historicamente situados” (MARCELINO, 1996 apud BEUTER; 2006). Um estudo realizado com jovens de uma escola do campo, em Pelotas, RS, indica que os participantes referem necessidades de acesso à cultura, ao lazer e ao entretenimento. Lamentavelmente existe uma visão de que as demandas do campo se restringem ao universo da agricultura, admitindo, que todas as pessoas que habitam esses espaços vivem apenas pela agricultura e assim ignoram outras necessidades (ANJOS; CALDAS, 2015).

Ainda, em relação as práticas de lazer, os participantes destacam as atividades como o jogo de bocha.

Eu gosto e me faz bem jogar bocha. Também jogo vôlei...No inverno até a bola no goleiro eu ataco (P5).

Jogo de bocha é um jogo de cancha. Uma cancha lisa que a gente joga as bochas (bolas) e atira uma bola assim. Uma partida é em doze, terminou aquela tem um ganhador e tem o perdedor. Quase sempre tu jogas de dupla ou de trio e daí o que faz mais ponto ganha. Jogamos bocha desde guri (P7).

O jogo de bocha foi citado por dois participantes como uma prática importante para seu bem-estar e saúde, sendo o funcionamento do jogo explicado por um dos participantes. É preciso ressaltar que tanto o relato quanto a observação indicam que esse jogo é praticado essencialmente por homens.

O jogo de bocha é oriundo da Itália, veio para o Brasil por meio dos imigrantes. Inicialmente praticado em São Paulo, difundiu-se por outros estados brasileiros, principalmente naqueles onde houve imigração italiana (STEIGER, 1987 apud STIGGER; SILVEIRA, 2004).

Essa caracterização do jogo de bocha, essencialmente masculino, advém de uma questão de gênero que faz com que as atividades físicas praticadas no tempo destinado ao lazer representem um domínio da vida cotidiana organizadas segundo algumas convenções. Entre elas as concepções acerca do ideal de corpo segundo o gênero, onde homens e mulheres apresentam comportamentos distintos no que se

refere à prática de exercícios físicos. Ou seja, a ocupação de espaços seja por homens ou mulheres muitas vezes transcende os aspectos biológicos, pois ocorrem a partir de construções socioculturais que existem papéis adequados para cada um (COUTINHO; ACOSTA, 2009).

Nesse entendimento, as mulheres referiram outras práticas que trazem benefício à vida e à saúde, como as atividades físicas e caminhadas ao ar livre.

Se distrair, sair caminhar, que dá problema na família, a gente não discute, a gente sai caminhar (P2).

Nós fazíamos caminhada para emagrecer e para baixar a pressão. Ter uma atividade no corpo. Mas é assim... saímos para cá... mas pega só subida e o outro lado também [...]. Ontem, eu saí fui lá embaixo em uma vizinha lá. Sozinha. Aproveitar para caminhar (P6).

Ah eu estou sempre com o projeto de me cuidar, de caminhar de voltar a ser quem eu era. Eu sempre estou pensando isso, mas nunca ponho em prática. Quase todos os irmãos morreram de problema do coração, meu marido morreu com 51 anos. Bah! Eu tenho medo! (P12).

O sentido atribuído à caminhada variou dependendo da percepção de cada pessoa. O ato de caminhar foi descrito como uma prática de distração, alívio de problemas familiares, atividade física que proporciona emagrecimento, proteção cardiovascular sendo referida como uma atividade que confere identidade, autonomia e bem-estar. A maneira como ela é desenvolvida pelos participantes depende das condições geográficas do terreno ao redor, de ter ou não companhia e pela disposição de realizar a iniciativa.

A prática da caminhada representa para as pessoas suporte para as necessidades físicas como dores musculares, mentais e sociais como a depressão. Os relatos mostram que as pessoas percebem a prática da caminhada como mecanismo efetivo no controle do diabetes, artrose e especialmente da HAS (TORRES et al., 2013).

Outrora, dentre as concepções que sustentam todas as práticas de cuidados, tem-se a rede social de apoio que se configurou no auxílio encontrado em outras pessoas, especialmente da família foram citados.

Um cuida do outro. Eu ajudo, ela me ajuda [...] (P1).

Eu cuido ele e às vezes ele me cuida, porque às vezes ele me cobra "já tomou o teu remédio? Relaxada!" E ele não, com os remédios dele ele já é mais...até o diabetes dele baixou porque ele é sagradinho. Mas a alimentação eu brigo com ele, porque eu digo para ele "não faz assim de

comer...se tem massa, não come o arroz, como a massa e o feijão que nem eu como, que aí tu não vais com esse teu diabete lá para cima” (P9).

Aí eles me cuidam. [...] Chegam a me incomodar. Eles estão sempre “não come isso, não come aquilo, não come aquilo, não pode comer isso” (afina voz e arremeda) e eu digo vocês querem que eu viva só a água e alface? (P12).

Vale dizer que a família, formada principalmente na figura dos cônjuges e filhos, é referida como uma forma de cuidado recíproco, assim cada um dos membros preza e atenta pelo outro. Isso tudo através de lembranças dos horários de medicações, alertas, companhia, afeto, entre outros fatores que demonstrem cuidado.

Desse modo, o cuidado é expresso através de atitudes de zelo, preocupação, ajuda e atenção ocorrendo de forma diversa. Além disso, abrange a integralidade dos seres envolvidos, destacando-se como algo intrínseco, permeado por atitudes singulares que valorizam a presença do outro (SILVA et al., 2013).

A rede social pessoal é entendida como a soma das relações que um indivíduo percebe como importante, sendo identificada por parentesco ou amizade. Ainda, pelas conexões de trabalho, estudo e participação em grupos comunitários, religiosos e demais afinidades construídas ao longo da vida (SLUKI, 2010).

Na rede social de apoio, outra fonte importante para o desenvolvimento do cuidado são os profissionais de saúde.

Eu gosto quando a gente conversa e eu posso contar meus problemas, quando a gente tem os encontros no grupo também gosto.

O que eu espero dos profissionais de saúde? Mas eu acredito que isso aí, ter uma pessoa para te orientar, às vezes uma pessoa te alertando, daí te entra na cabeça (P11).

Ah outra coisa boa que nos temos aqui é o pessoal do posto. Mas a gente preza muito isso daí e eles são muito atenciosos, o [ACS] é fora de série e as enfermeiras e os doutores também (P12).

O acompanhamento dos profissionais, através de uma postura interativa, atenciosa e orientadora, é considerado importante pelos participantes. A prática dos profissionais de saúde nas ações de cuidado emerge como produtora de uma rede, uma teia de saberes, de fazeres entre os profissionais e as pessoas envolvidas. Destaca-se, aqui, essa perspectiva de acompanhamento, atenção e acolhimento como engendradora de mudanças para as práticas de saúde na direção orientada e pretendida pelas próprias pessoas.

A ruptura com o modo dominante e instituído de intervir sobre o território de saúde carece de dispositivos que interroguem sua lógica e exponha seu funcionamento, desnaturalizando e desestabilizando seus arranjos e significados, possibilitando, assim, a construção de novas práticas em saúde, novos modos de produção de subjetividade. Nesse processo de construção, tanto o trabalhador como as pessoas podem produzir e serem produtores de novas subjetividades, tornando o cotidiano repleto de expressões inéditas e ligadas ao modo de vida (FORTUNA et al., 2011).

Além do apoio familiar e do apoio profissional, a crença em Deus e na religião foi citado.

Nós nos cuidamos e Deus cuida nós (P1).

Tudo os nossos problemas que a gente resolve é com a religião. Eu acredito em Deus, que a possibilidade assim mais forte é Deus (P2).

Eu tenho muita fé em Deus e em tudo. E tu sabe que se tu tiveres com Deus tudo que tu pedir para ele tu consegue [...] Eu faço assim e sou aceito em tudo. Até com a pressão, se está alta eu peço pra Deus que me ajude, me dê força e fica tudo bem. Mas sempre pedindo a Deus e acho que Deus me defende nessas coisas (P8).

Nos momentos difíceis é a fé que reanima a gente... (P12).

Para os participantes a crença em Deus e na religião apresentam-se enquanto possibilidade de realização de desejos, solução de problemas e transmissão de forças, ânimo e proteção. Um dos participantes cita diretamente a força de Deus na redução da pressão arterial. A religiosidade e a fé em Deus estão associadas à figura de cuidado que é capaz de auxiliar nos enfrentamentos das adversidades.

Em um estudo de Freitas (2013) sobre a religiosidade e a saúde mental de imigrantes e a prática de psicólogos e psiquiatras o estudo elenca que existem vários fatores a se considerar partindo da premissa das diferenças culturais tanto dos profissionais quanto das pessoas atendidas. Dentre esses fatores a autora refere que o encontro entre a ciência e religiosidade se faz necessário bem como o reconhecimento das subjetividades (emoções, sentimentos, pensamentos, conhecimentos, valores...) de quem trata, sob o prisma da racionalidade científica, e o da subjetividade de quem sofre, sob o prisma de sua própria identidade pessoal e cultural.

Em um país de população tão religiosa como o Brasil, a religiosidade e a espiritualidade são fatores que devem ser incorporados às práticas de acolhimento e humanização em saúde. Ainda, há um grande hiato entre o que mostra a experiência no mundo da vida das pessoas e a postura formal dos profissionais que os atendem nos serviços de saúde (FREITAS, 2014).

Diante da concepção de cuidado como um processo fundamental na vida das pessoas foram apresentadas algumas práticas como a proteção contra as intempéries climáticas e a higiene ampliando essa visão para aspectos da vida social. Atenta-se, nesse sentido, para a importância de oferecer às pessoas condições de convívio social e de desenvolvimento das atividades que proporcionem momentos de lazer prazer e bem-estar. Nesse sentido, a rede social de apoio formada pela família, pelos profissionais de saúde e pelas instituições religiosas e/ou na figura de Deus foram citadas como fonte apoio ao desenvolvimento das práticas de cuidado.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a experiência desta investigação, percebe-se que, para alcançar o conhecimento sobre as práticas de cuidado de pessoas com HAS, se faz necessário conhecer e compreender as crenças e experiências de cada pessoa participante desta pesquisa. Essa percepção tangencia não apenas a experiência do adoecimento mas também da vida, já que esses dois fatores são indissociáveis. Procurou-se compreender as perspectivas individuais como parte de suas histórias, os eventos que as compõem e o contexto sociocultural em que ocorreram. Destacam-se, nos relatos de cada um, a subjetividade e singularidade de cada história, uma vez que foram capturados em suas memórias os elementos que dão sentido ao significado da HAS e das práticas de cuidado na vida de cada um.

Ao adentrar no universo das pessoas que vivem no campo destaca-se que os instrumentos de coleta de dados, apesar das limitações como o acesso da pesquisadora e o tempo moderado de permanência junto as pessoas, verificou-se que esses instrumentos ofereceram respostas relevantes e coerentes com a proposta do trabalho. A observação participante do tipo moderada permitiu conhecer as particularidades do local que vivem e complementar as informações obtidas na entrevista.

Essa, por sua vez se mostrou como um instrumento importante, pois foi além de uma coleta de informações, uma vez que permitiu à pesquisadora conhecer e compreender as subjetividades envolvidas nas práticas de cuidado e na vida das pessoas. O retorno dos participantes em relação à entrevista demonstrou que esse foi um momento importante para a socialização e reflexão das práticas em suas vidas.

Importante destacar que por meio da observação foi possível conhecer alguns aspectos que fazem parte do contexto de suas vidas, como: o difícil acesso, a parca estrutura dos locais ao entorno de suas moradias, o prazer e a fragilidade nas relações estabelecidas, entre outros fatores. Mesmo diante das dificuldades que as pessoas que vivem no campo enfrentam, essas mostraram o sentimento de amorosidade, identificação e pertencimento a esses locais.

Sobre os sinais e as percepções ao vivenciar o diagnóstico destaca-se que esse ocorreu de diversas formas respeitando as individualidades e singularidades de cada um. Dentre essas formas, estão o surgimento e a percepção de dores

moderadas ou intensas como sinais de alerta e ainda em outros casos a ausência de sintomatologia. Os caminhos que levam ao diagnóstico são primordiais na maneira como vão compreender o adoecimento e realizar as práticas de cuidado.

Logo, a experiência de viver o adoecimento envolveu a compreensão das pessoas que reconhecem a HAS como pressão alta. A construção dessa terminologia foi proveniente da utilização de palavras de significado familiar e que ilustram a fisiologia da HAS. Também, foi verificado que as pessoas contemplam a etiologia da doença aos fatores como a hereditariedade, o envelhecimento, a genética, o nervosismo, a alimentação, o sedentarismo e o esforço físico. Essa percepção, está intimamente ligada aos hábitos e a história de vida anteriores ao diagnóstico.

A compreensão das pessoas em sobre o adoecimento está pautada em torna da ideia de que a HAS é uma doença que acarreta malefícios e deve ser controlada. Por outro lado, algumas pessoas manifestaram tranquilidade ao conviver com a doença já que a mesma é percebida como inexistente em suas vidas.

Dessa mesma forma, algumas perceberam alterações e outras não notaram ou especificaram alguma mudança. Para aquelas que relatam modificações em suas vidas devido a HAS, foram citadas a realização de caminhadas, uso de medicações e restrições alimentares.

Ainda, foram discutidas as dificuldades advindas de conviver com a HAS e a associação desses fatores como aspectos que retratam a vida em geral. A falta de tempo devido a outras atividades, os conflitos familiares e autopercepção em relação a si próprio foram elencados como dificuldades no cuidado com a HAS.

Em relação às práticas de cuidado, a mudança nos hábitos alimentares foi citada como uma prática importante e constante por todos os participantes. O ato de comer vai além do aporte de necessidades energéticas, pois envolve uma construção social, política, econômica e cultural.

Sendo assim, a combinação de arroz, feijão, carne, mandioca, polenta e saladas, verduras e legumes fazem parte das refeições cotidianas dessas pessoas. Entre os cuidados indicados como necessários para o tratamento da HAS encontra-se a redução de gordura e sódio. Ao vivenciar a HAS, sabe-se que houve modificações e incorporações de novos elementos à alimentação, isso culmina na criação de estratégias para o controle da HAS, tais como: a substituição de

alimentos com potencial para o agravamento de saúde, a redução da quantidade de comida ingerida e a eliminação parcial ou total de um hábito alimentar.

Essas estratégias além de proporcionarem sensação de bem-estar e cuidado com a saúde representam atitudes advindas da realidade e por isso coerentes com a inserção social e cultural dessas pessoas. Ao assumir uma atitude crítica, elas conseguem refletir sobre sua realidade, a ponto de identificar as potencialidades e fragilidades de suas condições de vida e saúde, estimulando, dessa forma, a busca por soluções para os seus problemas de saúde.

No que concerne a utilização de remédios, são citados os medicamentos e o consumo de chás. Cabe salientar, que as pessoas ao se referirem a remédios estão fazendo inferência ora ao tratamento medicamentoso, ora a utilização de chás. Isso ocorre porque, para os participantes, os dois possuem poder terapêutico.

Nessa construção sobre o tratamento medicamentoso foi indicado que a sua utilização deve ser contínua e estar pautada em horários, remédios e doses certas. Essa percepção está ancorada ao saber profissional, principalmente do médico. Enfoca-se na importância da relação das pessoas com HAS e os profissionais de saúde, de modo que esteja baseada no respeito às necessidades de cada um, pois a orientação das práticas de cuidados podem surgir desse encontro.

Na perspectiva dos participantes, constata-se que a utilização de medicamentos não interfere apenas nos aspectos físicos, o seu uso também pode causar sentimentos positivos pela sensação de controle da pressão arterial como negativos por ser propulsor de preocupações no cotidiano. Outros aspectos que interferem nessa visão são os ajustes na medicação realizados tanto pela própria pessoa como pelo médico e a polimedicalização.

Compreendendo as percepções de cuidado das pessoas também verifica-se o consumo de chás associado aos medicamentos ou isoladamente. A utilização de chás faz parte de um costume popular que proporciona o sentimento de bem-estar, controle e cura de doenças. Esse costume foi construído a partir de conhecimentos adquiridos ao longo da vida diante das necessidades e possibilidades de cada pessoa.

É importante salientar que os participantes manifestaram as práticas de cuidado com a saúde em geral, essa descrição perpassou pela concepção de cuidado como um elemento de satisfação, bem-estar e amor próprio. Sendo assim, relatam cuidados com as intempéries climáticas e a higiene corporal. Por outro lado,

também comentam a importância da socialização e das atividades de lazer como práticas que proporcionam bem-estar e felicidades em suas vidas. Finalmente, os participantes conferem a família, aos profissionais de saúde e a religiosidade a formação da rede social de apoio como forma de auxílio e suporte em todas as práticas de cuidados desenvolvidas.

Diante disso, deseja-se que este estudo possa subsidiar as ações e condutas de profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros comprometidos integralmente com o contexto sociocultural e a saúde plena das pessoas. Entende-se fundamental, ao profissional que se propõe promover saúde, assumir que as pessoas apresentam percepções variadas e pautadas no processo de leitura que realizam do seu mundo, suas histórias de vida e no contexto sociocultural a que pertencem. Assim, afirma-se a necessidade de que o cuidado seja vinculado com a realidade cultural, com a finalidade de valorizar e reconhecer as diversas culturas existentes.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. A. P.; SILVA, G. A. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013 Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/578>>. Acesso em: 29 dez. 2015.
- AMON, D. **Psicologia Social da Comida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 233 p., 2014. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Jpt0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP3&dq=boia+significados+alimenta%C3%A7%C3%A3o+&ots=M3Cz5h0QYz&sig=QhxGt1ddISdWGSJ4UC\\_xWF2y8G4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Jpt0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP3&dq=boia+significados+alimenta%C3%A7%C3%A3o+&ots=M3Cz5h0QYz&sig=QhxGt1ddISdWGSJ4UC_xWF2y8G4#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 06 jan. 2016.
- ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, jun. 2015. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742015000200012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742015000200012&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 27 jan. 2016.
- ANIOS, F. S. D.; CALDAS, N. V.; POLLNOW, G. E. Menos mulheres, menos jovens, mais incertezas. a transição demográfica no Brasil rural meridional. **Revista Extensão Rural**, Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 94-116, abri./ jun. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/extensaorural/article/view/10453>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
- ANJOS, F. S.; CALDAS, N. V. Ser ou não ser agricultor? Eis a questão. Representações sociais sobre a profissão de agricultor entre jovens de comunidade rural do Sul do Brasil. **Revista de Extensão e Estudos Rurais**, Viçosa, v. 4, n. 1, p. 14-26, jan./jun. 2015 Disponível em: <<http://www.revistarever.ufv.br/index.php/rever/article/view/38/39>>. Acesso: 16 janeiro 2016
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- AZEVEDO, E. Liberem a dieta. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 717-727, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13993/13761#.VpK3QfkrLIU>>. Acesso: 10 jan. 2016.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-57, jul./set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902014000200664&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902014000200664&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERARDINELLI, T. M. M. et al. A hipertensão arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado arterial. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 446-51, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a05.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 550-5, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2015.

BONADIMAN, R. L.; BONADIMAN, S. L.; SILVA, D. A. da. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Rio de Janeiro, **Acta Biomédica Brasiliensia**. v. 3, n. 1, p. 73-84, 2012. Disponível em: <<http://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/38>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 16 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012a; p.7.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**: Brasília, 2012c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas\\_integrativas\\_complementares\\_plantas\\_medicinais\\_cab31.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf)>. Acesso em: 31 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. 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** n. 37. Brasília: 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab3>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: ministério da saúde, 2014c. Disponível: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0306\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. 2011-2022, Brasília, 2011b. p. 160. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2015.

\_\_\_\_\_. O que devemos saber sobre medicamentos? **Cartilha da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**. São Paulo: 104 p, 2010. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/92aa8c00474586ea9089d43fbc4c6735/Cartilha%2BBaixa%2Brevis%C3%A3o%2B24\\_08.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/92aa8c00474586ea9089d43fbc4c6735/Cartilha%2BBaixa%2Brevis%C3%A3o%2B24_08.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Brasília, 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2012b. 9 p. Acesso em: jul. 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5.379 de 15 de dezembro DE 1967. Provê sobre a alfabetização funcional e a educação continuada a adolescentes e adultos. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L5379.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5379.htm)>. Acesso em: 23 nov. 2015.

BUDÓ, M. D. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/84898>>. Acesso em: 14 out. 2015.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1998000300019&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000300019&lng=pt&nrm=iso&userID=-2)>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

CAVALCANTE, M. B. R.; RIBEIRO, M. E. S. R. C. **Mulheres sertanejas**: vidas em narrativas. Em tempos de histórias. Brasília, n. 24, p.8-19, ago./dez., 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/13250/9330>> Acesso: 10 jan. 2016.

COUTINHO, R. X.; ACOSTA, M. A. D. F. Ambientes masculinos da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1111-1118, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a12v14n4.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

DaMATTA, R. **“Sobre comidas e mulheres...”** O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco, p. 49-64, 1997.

DIAS, E. G. et al. Caracterização dos hipertensos e Fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão. **Revista Interdisciplinar**. v. 8, n. 3, p. 39-49, 2015. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/720>>. Acesso em: 31 nov. 2015.

DIAS, J. C. T.; SOUZA, J. R.; SILVA, D. E. Notas em torno dos objetos de devoção popular no Brasil. **Religare**, v. 11, n. 2, p. 343-355, 2014. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/religare/article/view/22435/12416>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

DURASKI, J. **“Tomas um mate?”**: uma análise da cultura de consumo do chimarrão em um contexto urbano. 2013. 119 p. Dissertação (Mestrado em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4081>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FALLER, J. W.; MARCON, S. S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 3, p. 512-519, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0512.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FERREIRA FILHO, C. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 68, n. 7-8, p. 215-224, jul./ago. 2011. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4797](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4797)>. Acesso em: 03 jan. 2016.

FERREIRA, A. C.; LOUREIRO, E.; PIMENTEL, I. Exercício físico no tratamento da hipertensão: a propósito de um caso. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 29, n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000200009&script=sci\\_arttext&tlng=p](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000200009&script=sci_arttext&tlng=p)>. Acesso em: 28 out. 2015.

FORTUNA, C. M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956018>>. Acesso: 16 jan. 2016

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. Processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 105-11, jan./mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 dez. 2015.

FREITAS, M. H. Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Revista Pistis & Praxis Teologia Pastoral**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pistis?dd1=12597&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

FRENK, J. Bridging the Divide: Comprehensive Reform to Improve Health in Mexico. In: WHO. Commission on Social Determinants of Health. Nairobi: p. 3, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/frenk.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf)>. Acesso em: 29 jul. 2014.

GADENZ, S. B.; BENVGNÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a09v18n12.pdf>>. Acesso em: 31 nov. 2015.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

- GERHARDT, T. E.; LOPES, J. M. **O Rural e a saúde: compartilhando teoria e método**. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2015.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a16>>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- HELMAN, C. G. **Cultura Saúde & Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 432 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 Características da população e dos domicílios Resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/estimativas-do-ibge/censo-demografico-ibge-2010.pdf>>. Acesso em: 6 nov.2015.
- \_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Cidades Santa Maria. Página da Internet. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=rio-grande-do-sul|santa-maria|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 12 out. 2015.
- KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkeley: University Californm Press, 1980.135
- KLEINMAN, A. **The illness narratives, suffering, healing and human condition**. USA: Basic Book, 1988.
- KOTCHEN, T. A. Doença Vasculiar Hipertensiva. In: FAUCI, A. S.; BRAUNWALD, E.; KASPER, D. L. et al. **Harrison Medicina Interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil, 2008. p. 1549-1562.
- LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
- LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2015.
- LEININGER, M. **Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing**. Nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory**. 2. ed. Jones an Bartlett Publishers, Canada, 2006.

LEITE, J. B. N. **Projeto de telefonia celular GSM baseada em open source e open hardware para comunidades rurais isoladas e carentes na região amazônica**: estudo de caso em Itabocal. 2014. 120p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2014.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Pallotti, 2001.

LESSA, L. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: LESSA, L. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

MARCELINO apud BEUTER, M. O lazer na vida de acadêmicos de enfermagem no contexto do cuidado de si para o cuidado do outro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2. p. 222-228, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a09v14n2>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

MICHAELIS MODERNO DICIONÁRIO ON-LINE. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

MILANESI, C. S. et al. fatores que influenciam o consumo de churrasco no rio grande do sul: um estudo com estudantes universitários. **Estudos do Isca**, s. 5, n. 12, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/estudosdoisca/article/view/3545/3272>>. Acesso em: 07 jan. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2014. 406p

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003)>. Acesso em: 14 dez. 2015.

MORAIS, E. L.; PARTEZANI, R. A.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-83, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>>. Acesso em: 29/12/2015

MOREIRA, R. J. Pensando o rural da modernidade e dos nossos tempos. **Estud. Soc. e Agric.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 248-271, 2012. Disponível em: <<http://r1.ufrj.br/esa/V2/ojs/index.php/esa/article/view/354/350>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

- MOTA, J. P.; SOUSA, C. D. S. S.; SILVA, A. C. Saneamento básico e seu reflexo nas condições socioambientais da zona rural do baixo Munim (Maranhão). **Caminhos de Geografia Uberlândia**, Uberlândia, v. 16, n. 54, p. 140-160, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/26850/16885>>. Acesso em: 14 nov. 2015.
- OIGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **JBM**, v. 102, n. 5, p. 13-18, set./out. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.
- PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.5, p. 635-642, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2015.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 580-9, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40984/44504>> Acesso: 10 dez. 2015.
- PITILIN, E. B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf)>. Acesso em: 01 jan. 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Secretaria do Município da Saúde de Santa Maria**. Núcleo de Atenção Básica. Santa Maria, RS, 2014.
- RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 423-443, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300004)>. Acesso em: 02 dez. 2015.
- RIQUINHO, D.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4797-4808, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04797.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- ROCHA, E. P. G. **O que é Etnocentrismo**. São Paulo, Brasiliense, 2006, Coleção Primeiros Passos, 20ª reimpr. da 1. ed de 1984.
- SANTELE, O. Antropologia e Alimentação. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 26, p. 231, jan./fev. 2008. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/842/84202602.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-61, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

SIEMENS, C, K, K. **Doença crônica e ações de cuidado do familiar**: subsídios para a enfermagem. 2011. 76p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, 2011.

SILVA JUNIOR, A. F. Ensinar e aprender em territórios rurais: histórico, desafios e perspectivas. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v. 5, n. 13, p. 179-193, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uems.br/novo/index.php/interfaces/article/view/4032/1491>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SILVA, D. P. **Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural ao serviços de saúde das equipes de saúde da família no município de Pintópolis – MG**: uma proposta de intervenção. 2011. 47p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

SILVA, F. M. et al. Hipertensão: condição de não doença – o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 123-31, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_15.pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2016.

SILVA, F. M. et al. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 54-9, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

SILVA, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; MOREIRA, M. M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 389-396, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a15>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SILVA, V. H. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272013000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272013000100008)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SLUZKI, C. E. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Fam. syst. health**. v. 28, n. 1, p. 1-18, 2010. Disponível em: <<http://www.apa.org/pubs/journals/features/fsh-28-1-1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2015.

SOUZA, A. S. J. et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 102-7, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a17.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

STADUTO, J. A. R.; SOUZA, M.; NASCIMENTO, C. A. **Desenvolvimento rural e gênero**: abordagens analíticas, estratégias e políticas públicas. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2015.

STEIGER apud STIGGER; SILVEIRA. A prática da “bocha” na SOERAL: entre o jogo e o esporte. **Movimento**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 37-53, maio/ago., 2004. Disponível em: <[http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1482/A%20pr%C3%A1tica%20da%20bocha%20na%20SOERAL\\_entre%20o%20jogo%20e%20o%20esporte.pdf?sequence=1](http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1482/A%20pr%C3%A1tica%20da%20bocha%20na%20SOERAL_entre%20o%20jogo%20e%20o%20esporte.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

TEIXEIRA, M. A.; LAGES, V. N. Transformações no espaço rural e a Geografia Rural: ideias para discussão. In: SPOSITO, E. S.; NETO, J. L. S. (Org.). **Uma Geografia em movimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 449-472.

TORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. 181 p.

TORRES et al. Efeitos da prática de caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013. Disponível em: <<http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/70/68>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

VIECILLI, P. R. et al. Effects of Campomanesia xanthocarpa on inflammatory processes, oxidative stress, endothelial dysfunction and lipid biomarkers in hypercholesterolemic individuals. **Atherosclerosis**, p. 85-95, 2014. 2014. Disponível em: <[http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(14\)00108-7/abstract?cc=y=>](http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(14)00108-7/abstract?cc=y=>)>. Acesso em: 03 jan. 2016.

VIEIRA, L. R.; VIEIRA, L. R.; VESTENA, S. A questão do saneamento no espaço rural: uma abordagem ambiental em três localidades rurais no município de Nova Palma, RS. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental Santa Maria**, v. 19, n. 1, p. 38-50, jan./abr. 2015. Revista do Centro de Ciências Naturais e Exatas, UFSM. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reget/article/view/15379/pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichán**, v. 8, n. 1, p. 85-96, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a08.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 19-37.

WANDERLEY, M. D. N. B. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas – o “rural” como espaço singular e ator coletivo. **Estudos Sociedade e Agricultura**, p. 87-145, out. 2000. Disponível em: <<http://r1.ufrj.br/esa/V2/ojs/index.php/esa/article/view/178/174>>. Acesso em: 29 out. 2015.

WANDERLEY, M. D. N. B. **A ruralidade no Brasil moderno**. Por un pacto social pelo desenvolvimento rural. En publicacion: ¿Una nueva ruralidad en América Latina?. Norma Giarracca. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/wanderley.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva; 2010. Disponível em: <[www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 26 dez. 2015.



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Etnia:
- 4) Qual sua escolaridade?
- 5) Possui alguma religião?
- 6) Habitação: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) outra
- 7) Como é o tratamento de água e esgoto na sua casa?
- 8) Quantas pessoas moram na sua casa? Quais suas idades: \_\_\_\_\_
- 9) Você possui outra doença? (Comorbidades associadas)
- 10) Fale sobre o seu adoecimento. O que o (a) senhor (a) acredita que causou o seu adoecimento? (Há quanto tempo o (a) senhor (a) descobriu que está doente? Como descobriu?)
- 11) O que isso significa na sua vida?
- 12) O que mudou na sua vida depois do adoecimento?
- 13) Como é viver com a hipertensão ou diabetes (citar adoecimento)?
- 14) Como é o cuidado com a sua saúde? (Descreva detalhadamente como o (a) senhor(a) realiza o cuidado). Sempre foi assim?
- 15) O que o (a) senhor (a) acha que pode ser utilizado ou feito nesse cuidado?
- 16) O senhor (a) pode descrever o seu dia (do momento que acorda até dormir)?
- 17) Nos hábitos de sua família como acontece o seu cuidado? Tem alguém (familiar, amigo, vizinho) que tem uma prática de cuidado diferente com sua doença?
- 18) Quem o (a) senhor (a) procura quando necessita de cuidados? Alguém ajuda no cuidado? Quem?
- 19) Descreva a última vez em necessitou de cuidados. (como foi a situação, quem auxiliou, o que foi feito, onde foi levado).
- 20) Dificuldades e facilidades encontradas no cuidado.

## **APÊNDICE B – GUIA DE OBSERVAÇÃO**

### **I – AMBIENTE INTERNO/EXTERNO DO DOMICÍLIO**

- Conteúdo e localização dos itens no espaço;
- Relação entre o ambiente externo e interno;
- Distância em relação ao observador;
- Como é o ambiente/espaço domiciliar.

### **II – O COMPORTAMENTO DAS PESSOAS**

- Postura corporal;
- Normas de conduta explícita/implícita;
- Contato Visual;
- Mudanças de comportamento no momento da realização do cuidado;

### **III – LINGUAGEM**

- Verbal e não verbal;
- Tom de voz;
- Vocábulo Êmico (próprio do local da pessoa);
- Linguagem utilizada no momento do cuidado;

### **IV – RELACIONAMENTOS**

- Entre os residentes do domicílio/família
- Das pessoas observadas com o observador.
- Como as ações das pessoas entrevistadas se relacionam com o que elas dizem e fazem.

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

**Projeto de Pesquisa:** “PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS QUE VIVEM NO CAMPO.

**Pesquisadora orientanda:** Taís Falcão Gomes.

**Coordenadora da Pesquisa:** Profa. Dra. Maria De Lourdes Denardin Budó.

**Coorientadora:** Profa. Dra. Maria Denise Schimith

**Telefone para contato:** (55) 96024855 (Taís Falcão Gomes)

**Local da coleta de dados:** Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

Eu Maria de Lourdes Denardin Budó, responsável pela pesquisa “PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS QUE VIVEM NO CAMPO”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar o modo como as pessoas com HAS e/ou DM que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado. Acreditamos que ela seja importante pois pretende conhecer as práticas de cuidado e, a partir disso, repensar e propor medidas de melhorias à saúde da população que vive no campo. Para sua realização será utilizada: a Entrevista Semiestruturada e a Observação Participante. Sua contribuição nesse estudo inclui a participação em entrevistas semi-estruturadas e a observação de aspectos do seu cotidiano que envolvam as práticas de cuidado.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como: inquietude ou ansiedade, ao remetê-los para a vivencia das práticas de cuidado, durante a participação no estudo. Os benefícios esperados são a nível individual são indiretos na medida em que haverá oportunidade para reflexão e diálogo nas

entrevistas e; Em nível coletivo para o crescimento do conhecimento da enfermagem em relação à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial e/ ou Diabetes Mellitus que residam no campo, o que poderá refletir em melhorias na assistência e no cuidado prestado a você. Além disso, a divulgação dessa pesquisa poderá aumentar a visibilidade de pessoas que residam no campo, estimulando a manutenção de políticas públicas já existentes e a criação de novas políticas, projetos de extensão e atividades que promovam melhorias de sua qualidade de vida.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Para amenizar os riscos em caso de algum problema ou desconforto relacionado com a pesquisa a entrevista será suspensa. Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As entrevistas serão gravadas com auxílio de um gravador digital e posteriormente transcritas. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

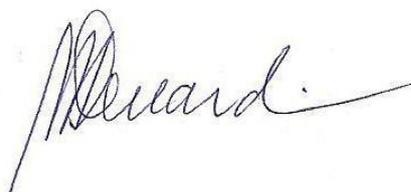
### **Autorização**

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

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do informante



Maria De Lourdes Denardin Budó  
Pesquisadora Orientadora



Tais Falcão Gomes  
Pesquisadora

Para maiores informações:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com.

## **APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

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

Título do projeto: PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS QUE VIVEM NO CAMPO.

Coordenado da Pesquisa: Maria de Lourdes Denardin Budó.

Pesquisadora orientanda: Taís Falcão Gomes

Coorientação: Maria Denise Schimith.

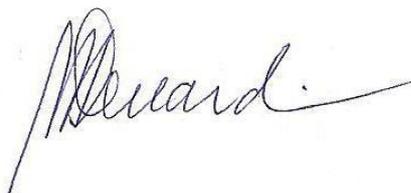
Telefone para contato: (55) 99721522 (Maria de Lourdes Denardin Budó)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de Entrevista Semiestruturada e Observação Participante no domicílio do participante. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305A - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Maria de Lourdes Denardin Budó. Após este período os dados serão destruídos.

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

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Denardin' with a long horizontal stroke extending to the right.

Maria De Lourdes Denardin Budó  
Pesquisadora Orientadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tais Falcão Gomes' in a cursive style.

Tais Falcão Gomes  
Pesquisadora



**ANEXOS**



## ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA



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

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado **”Práticas de cuidado de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus que vivem no campo”** de autoria da acadêmica **Taís Falcão Gomes** com orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó ,do Centro de Ciências da Saúde, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM , poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar o modo como as pessoas com HAS e/ou DM que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado. Salientamos que os sujeitos de estudo serão compostos por pessoas com HAS e DM pertencentes à área de abrangência da ESF [REDACTED] *Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

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

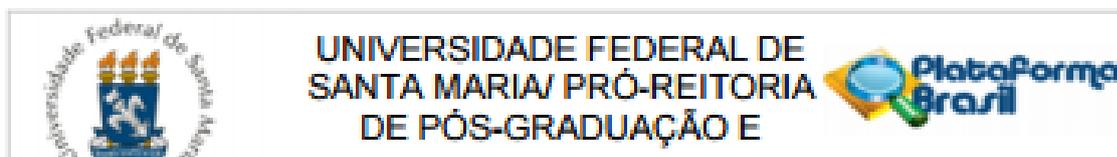
Santa Maria, 11 de dezembro de 2014.

*Flávia Genête*

*R* Sociólogo Rodrigo Silva Jardim  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
 Secretaria de Município de Saúde  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Santa Maria, 11 de dezembro de 2014

## ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS DE CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS QUE VIVEM NO CAMPO

**Pesquisador:** Maria de Lourdes Denardin Budó

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41156015.7.0000.5346

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

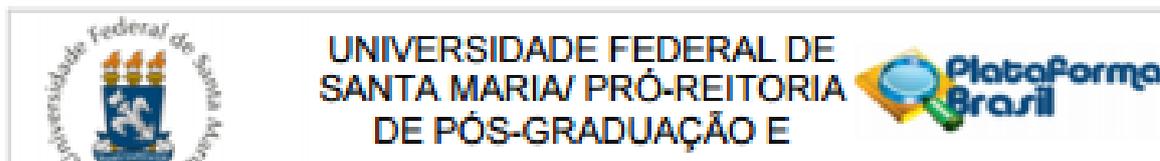
**Número do Parecer:** 1.009.450

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Um dos grandes desafios nas comunidades que vivem no campo diz respeito à aliança das práticas de cuidado profissional a das pessoas que são cuidadas. É essencial na proposição e efetivação da ampliação de cuidado, ações que abarquem as demandas sociais, culturais das políticas que permeiam a vida pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que vivem no campo. Desta maneira, o objeto de estudo dessa pesquisa são as práticas de cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que vivem no campo. O presente estudo tem como questão norteadora: Como as pessoas em adoecimento crônico por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado? A partir desta questão, delineou-se como objetivo desse estudo analisar o modo como as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritivo; os cenários da pesquisa serão os domicílios da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família localizada em um distrito do município de Santa Maria. Os participantes serão compostos por pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência da ESF. Como critérios de inclusão: pessoas com idade superior a 18 anos, que residam na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica e/ ou

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)3228-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.006.458

**Diabetes Mellitus.** Essa opção se deve a maior incidência de acometimento tanto no âmbito do nacional quanto local. Serão excluídas do estudo: pessoas com impossibilidade por qualquer natureza de comunicação e a recente descoberta diagnóstica (até seis meses). Os dados serão coletados por meio de Observação Participante e Entrevista Semiestruturada. Para análise dos dados, será utilizada a Proposta Operativa de Minayo. O resultado do estudo poderá constituir-se em subsídio para os serviços de saúde, bem como, para os profissionais nos diferentes espaços de atuação do Sistema Único de Saúde, para (re) pensar as ações empregadas no cuidado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o modo como as pessoas com HAS e/ou DM que vivem no campo entendem e vivenciam as práticas de cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram analisados de modo suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresentado contempla todas as exigências do Comitê com relação aos aspectos éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de maneira adequada.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

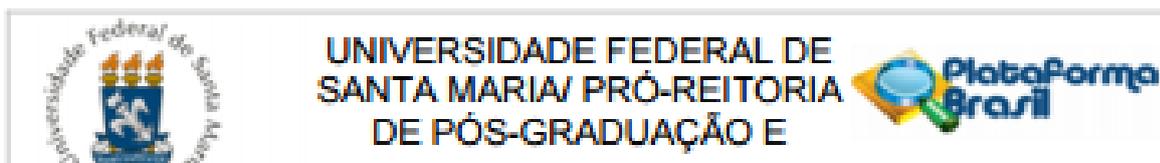
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta todos os elementos necessários para sua execução.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)3226-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.006/158

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Não**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 02 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (51)3226-6352 E-mail: oip.ufsm@gmail.com