

PRÁTICAS DE VIDA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

LIFE HOLDERS HYPERTENSION PRACTICES

PRÁCTICAS DE VIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fernanda Machado da Silva^I
Maria de Lourdes Denardin Budó^{II}
Raquel Pötter Garcia^{III}
Graciela Dutra Sehnem^{IV}
Maria Denise Schimith^V

RESUMO: Objetivou-se compreender as influências que determinaram a escolha das práticas de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial, acompanhados por uma equipe de saúde da família. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva. Foram sujeitos da pesquisa nove indivíduos portadores de hipertensão arterial, em acompanhamento por equipe de saúde da família. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, observação e análise documental para a coleta dos dados, no período de fevereiro a agosto de 2009. Foi realizada análise temática dos dados. As práticas de vida voltadas para a saúde, a doença e o cuidado foram apontadas pelos participantes como ações importantes no cuidado familiar. Destacaram-se principalmente as práticas na alimentação, as terapias populares e ações que envolvem os fatores emocionais. Tais práticas influenciavam e eram influenciadas pelo processo saúde-doença-cuidado e estavam embasadas em informações científicas interpretadas pelo saber popular, construído e partilhado naquele contexto sociocultural específico.

Palavras-chave: Condutas de saúde; hipertensão; educação em saúde; enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT: The objective was to understand the influences that determined the choice of lifestyle practices of individuals with hypertension, accompanied by a team of family health. It's qualitative, descriptive research. Were interviewed nine individuals with hypertension, followed up with a team of family health. Was used a semi-structured interviews, observation and document analysis to collect data from the period of february to august 2009. Emerged mainly the feeding practices, therapies and popular actions that involve emotional factors. Such practices influenced and were influenced by the health-illness care and were grounded in scientific information interpreted by the popular knowledge, built and shared in that specific sociocultural context.

Keywords: Health behavior; hypertension; health education; community health nursing.

RESUMEN: El objetivo fue comprender las influencias que determinaron la elección de las prácticas de vida de las personas con hipertensión arterial, acompañadas por un equipo de salud de la familia. La pesquisa es cualitativa, descriptiva. Se entrevistaron a nueve personas con hipertensión arterial. Se utilizó entrevista semi-estructurada, observación y análisis de documentos para recopilar datos, en el período de febrero a agosto de 2009. Se realizó un análisis temático de los datos. Se destacó principalmente las prácticas de alimentación, terapias y las acciones populares que involucran a los factores emocionales. Tales prácticas influenciaban y fueron influenciadas por el proceso salud-enfermedad-cuidado y se basaban en informaciones científicas interpretadas por el conocimiento popular, construido y compartido, en ese contexto sociocultural específico.

Palabras clave: Conductas de salud; hipertensión; educación en salud; enfermería en salud comunitaria.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa uma enfermidade de relevância epidemiológica, tanto no contexto nacional quanto mundial, por sua

alta prevalência e por representar o principal fator de risco para doenças cardiovasculares¹. Além disso, apresenta-se na maior parte do seu curso assintomática, com

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora Assistente Curso de Enfermagem Universidade Federal do Pampa. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernandasilva@unipampa.edu.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com

^{III}Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: raquelpotter_@hotmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Assistente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa: Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: graci_dutra@yahoo.com.br

^VEnfermeira. Doutoranda em enfermagem, Doutorado Interinstitucional da Universidade Federal de São Paulo/Universidade Federal de Santa Maria. Professor Assistente da Universidade Federal de Santa Maria: Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ma.denise@yahoo.com.br

evolução clínica lenta e associada a uma multiplicidade de fatores, características estas que dificultam seu enfrentamento.

Entre os múltiplos fatores que influenciam no andamento da HAS, destacam-se os fatores modificáveis, pela alta prevalência na população e por representarem o foco principal das políticas de saúde pública¹. Pode-se dizer que esses fatores são influenciados pelas condições de vida da população e se expressam em suas práticas de vida, nas relações que as pessoas estabelecem com os outros e com o contexto sociocultural em que estão inseridas. A escolha e efetivação dessas práticas estão associadas a questões que irão influir na qualidade de vida e/ou agravamento das condições de saúde desses indivíduos. Por esses motivos, a compreensão da natureza da doença não se verifica somente no caso clínico, mas no entendimento da dinâmica de vida das pessoas.

A cronicidade da HAS e o impacto no perfil epidemiológico na população conduzem a um desafio para o sistema público de saúde, representado pela garantia do acompanhamento contínuo e integral a seus portadores. Entre outras propostas, o Ministério da Saúde (MS) indica articular ações de promoção e educação em saúde, com vistas a estimular a adoção de comportamentos saudáveis de vida pelos portadores de HAS².

Para que as ações em saúde estejam realmente fundamentadas na integralidade e com o objetivo centrado na promoção da saúde, implica reconhecer que o processo saúde-doença-cuidado é determinado por múltiplos determinantes, como sociais, psicológicos e comportamentais³. Sob essa ótica, entende-se que a escolha das práticas de vida dessas pessoas estará fundamentada na articulação desses determinantes e, ainda, na forma que vivenciam e entendem o processo saúde-doença-cuidado.

Diante do exposto e tomando como ponto de partida a realidade sociocultural da comunidade pesquisada, o presente estudo objetivou compreender as influências que determinaram a escolha das práticas de vida de indivíduos com hipertensão arterial, acompanhados por uma equipe de saúde da família.

REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS, na perspectiva de seus portadores, é percebida de maneira única e subjetiva, devido à gama de sentimentos e preocupações que representa em suas vidas. Entre eles a cronicidade da HAS, ou seja, sua incapacidade de cura constitui-se o fator de maior impacto na vida dessas pessoas. Por essa característica, impõem-se adaptações no cotidiano de seus portadores, sendo necessárias, muitas vezes, mudanças em suas práticas de vida⁴.

As práticas de vida podem ser definidas como representações, sentidos e valores vinculados ao conjunto de interações socioculturais que unem, entre si, in-

divíduos e grupos que partilham o mesmo contexto e se assemelham em suas potencialidades e dificuldades⁵. Isso representa dizer que essas práticas podem ser consideradas como um constructo/ação, que se expressam em condutas voltadas para a saúde, para a doença e para o cuidado, aplicadas apenas em determinadas realidades, em um dado período temporal.

Assim, ao se refletir sobre as práticas de vida no contexto da cronicidade, deve-se considerá-las como capacidades individuais e coletivas que se apresentam no cotidiano de cada grupo social, influenciadas por múltiplos elementos do processo saúde-doença-cuidado, tais como aspectos institucionais, científicos, familiares e socioculturais.

As práticas de vida se expressam, portanto, por meio de hábitos, norteados pelo saber prático, advindos da experiência cotidiana do grupo social, para a manutenção de sua saúde, em resposta às necessidades de cuidado e/ou de enfrentamento dos problemas de saúde⁵. Ao mesmo tempo, deve-se considerar a influência do conhecimento científico, disseminado na atualidade pelos meios de comunicação, no sentido de que este objetiva influenciar as escolhas desses grupos, em relação às práticas de vida que atuem para o cuidado e manutenção de sua saúde, com base na legitimidade do saber científico⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva. Visualiza-se como adequada ao objetivo da pesquisa, pois representa a abordagem privilegiada para analisar a realidade dos sujeitos, a partir deles mesmos, e compreender as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida⁶.

Participaram da pesquisa nove pessoas moradoras de uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família (USF), em município do Rio Grande do Sul. Como critérios de inclusão utilizaram-se: pessoas portadoras de HAS isolada (que não apresentassem cardiopatias ou outra doença crônica associada), maiores de 18 anos e em acompanhamento com a equipe de saúde da USF. Foram consideradas como pessoas em acompanhamento com a equipe aquelas que frequentassem o Grupo de Hipertensos e Diabéticos realizado pela equipe da USF, e também que mantivessem um acompanhamento clínico na unidade, por meio de consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme indicado pelo protocolo do MS, ou seja, pelo menos uma ao ano². Os sujeitos foram incluídos na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, observação e análise documental⁶. O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de fevereiro a agosto de 2009 e ocorreu em três

cenários do local de estudo. O primeiro foram as reuniões do Grupo de Hipertensos e Diabéticos da USF, nas quais, por meio da observação, foram selecionados os possíveis sujeitos da pesquisa. Outro cenário foi a USF, que disponibilizou documentos para a confirmação dos critérios de inclusão dos sujeitos. E o terceiro cenário foram os domicílios dos sujeitos, onde se realizaram as entrevistas semiestruturadas e a observação do cotidiano desses usuários e suas famílias.

O tratamento dos dados sustentou-se na análise temática, a qual está sistematizada em três etapas⁶: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nas etapas de pré-análise e exploração do material, foi utilizado o *software* Atlas Ti 5.0 (*Qualitative Research and Solutions*), para auxiliar na codificação das entrevistas. No intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, foi adotada a denominação S (forma abreviada de sujeito) seguida da numeração. Em cada denominação foi especificada a idade do sujeito.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade à qual estava vinculado, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁷, de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0306.0.243.000-08, de 19 de janeiro de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas de vida voltadas para a saúde, a doença e o cuidado foram apontadas pelos participantes como ações importantes no cuidado familiar. Além disso, a partir da observação do contexto domiciliar foi possível identificar elementos do cotidiano dos sujeitos, importantes para a compreensão de suas práticas de vida, os quais transcendiam às falas captadas nas entrevistas. Destacaram-se principalmente os temas relativos às práticas na alimentação, às ações que envolvem os fatores emocionais e às terapias populares, com as interfaces do saber popular e saber científico.

Práticas na alimentação

As práticas alimentares foram as mais recorrentes nas falas dos participantes desta pesquisa. Constatou-se que essas práticas foram construídas com base nas histórias desses sujeitos, com influência do saber popular e do que aprenderam no contexto familiar, desde a infância.

Eu sou antiga, o sistema antigo era outro dos alimentos. [...] é uma alimentação forte, de sustância. Porque coisinha não alimenta! Hoje em dia é na base da frutinha, das coisinhas leves. Eu como qualquer tipo de fruta! Mas, não, como alimento. Eu como por lanchezinho, fora de hora. [...] eu sou muito da hora para almoçar, jantar... [...] eu me criei com horário de comer [...] E

eu acostumei a minha vida inteira assim. Então o organismo da gente [...] acostuma. (S6, 78 anos)

Observou-se que as práticas alimentares desses sujeitos, tanto no que se refere ao tipo de alimento quanto à organização das refeições, em relação à frequência e horários, são norteadas por influência do saber popular, que rege o contexto vivenciado por essas famílias.

As práticas alimentares representam um fenômeno sociocultural historicamente derivado, ou seja, moldado pela cultura e resultante da organização da sociedade⁸. Por essa razão, as escolhas alimentares são estabelecidas desde a infância, na qual são também construídos os significados do ato de comer, assim como a forma com que se organizam e se estruturam os hábitos alimentares.

Percebeu-se que o ato de comer não é ditado apenas pela função nutricional, mas também por representar uma ação que proporciona satisfação e prazer. E é por esse entendimento que se justificam as dificuldades para se estabelecerem mudanças nos hábitos alimentares, situação essa frequentemente vivenciada pelos portadores de HAS.

Observou-se que as práticas alimentares populares são associadas àquelas aprendidas com o saber científico. Alguns participantes referiram essa integração de saberes, ao se reportarem à escolha de sua alimentação.

Eu não posso comer muito arroz, a Dr^a me disse. [Então] a comida é mais legumes, verduras. [...] Antes de começar a almoçar, eu como um pratinho com salada. Depois, que eu vou comer comida. Que daí a gente não se empanurra de outras coisas. [...] Aprendi nas reuniões [grupo]. (S9, 68 anos).

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

Em diferentes grupos socioculturais, há tanto a influência do saber popular sobre a alimentação dos indivíduos, quanto a associação deste com o *saber nutricional* dos profissionais da saúde, divulgado nos serviços de saúde e na mídia. Assim, as práticas alimentares desses sujeitos eram embasadas na reinterpretação do saber científico, sob o olhar das configurações culturais do saber popular⁹.

Outra situação evidenciada entre os sujeitos da pesquisa é a influência da dinâmica familiar na alimentação. As pessoas, por viverem em uma estrutura familiar, norteam a organização de suas práticas de vida por uma série de fatores que não dependem somente de um membro dessa família. Algumas famílias

fazem arranjos e se estruturam a partir das necessidades de seus membros.

Se eu fosse sozinha, eu não iria jantar! [...] Porque, daí, eu não iria fazer janta só para mim. Mas meu marido janta, meu filho janta. [...] Eu venho ali, faço e acabo comendo! [...] Dentro do hábito da família! (S7, 48 anos)

Quando eu salgo um pouquinho a comida, ele [marido] até reclama. Porque ele me cuida muito, ele tem muito medo que me dê uma coisa. Da pressão alta. [...] É, mais um estímulo para mim! (S7, 48 anos)

Entende-se que as práticas dos sujeitos são fortemente influenciadas pela organização cotidiana da dinâmica familiar. Para haverem arranjos nas condutas de vida dos portadores de HAS, principalmente os que envolvam adequações do seu cotidiano, eles devem atingir o âmbito familiar, para assim poderem ser efetivados de forma contínua e comprometida. Sendo as práticas alimentares constructos sociais, as refeições são momentos de sociabilidade e de encontro das pessoas, na vida diária. Relacionam-se às instituições sociais a que pertencem, nesse caso a instituição familiar, a partir do desenvolvimento histórico⁹, podendo ser (re)adaptadas de acordo com a necessidade dos membros dessas instituições.

O ato de comer não se reduz à seleção de quantidades calóricas e de nutrientes necessários para manter o corpo em seu funcionamento adequado. Além disso, envolve escolhas e adequações alimentares para diferentes ocasiões e para aqueles a quem se destina, assim como a forma como são avaliados os efeitos dos alimentos sobre o corpo⁹. Com isso, “os motivos de saúde e as prescrições médicas presidem um conjunto de práticas de cuidados na manipulação e no uso dos alimentos”^{9,34}.

Visualizou-se que ocorreu uma adaptação dos hábitos alimentares dessa família, a tal ponto que foi assumida por todos os membros. Isso representa uma forma de cuidado familiar, pois a participação ativa dos membros da família, frente a esses arranjos, atua como um suporte e estímulo para o portador enfrentar sua condição crônica. O espaço familiar representa o meio no qual as pessoas se apoiam para os cuidados básicos com as doenças. Constitui-se, dessa forma, em uma poderosa e eficiente rede de suporte que atua amortecendo os impactos da vida cotidiana, frente à cronicidade¹⁰. Quanto melhor o relacionamento entre os seus membros, ou seja, com uma rede social familiar consistente, mais facilidade terão no manejo da situação¹¹.

Em situações de fragilidade, há necessidade da presença, carinho e cuidado da família que exige o compartilhar de compromissos, aqui representado pelas adaptações das práticas alimentares, assumidas pela família¹². Essas adaptações feitas no cotidiano popular são fortemente influenciadas pelo saber científico, nesse caso exemplificado pela redução da ingesta de sal presente na fala da maioria dos participantes.

Ações referentes aos fatores emocionais

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

Porque às vezes a gente carrega muito peso que não deve carregar. A gente tem que carregar, colher aquele fruto que é bom! Porque, quem guarda a semente boa e o fruto bom, ele dá prosperidade! E se tu vais guardar uma semente podre, não evolui, não vai para frente! [...] Então, eu nunca pego o lado errado. Eu embarco no carro certo! [...] Porque a gente tem de ver o que é certo para gente e o que é errado! (S8, 65 anos).

Como que tu vais segurar a ansiedade? Que vem da pessoa. Tem a hora que a pessoa é fraca! A gente tem medo! É aquela fraqueza. Mas se tu pensares assim: Ah, Deus está me cuidando, então pode vir! [...] Daí me passa aquela coisa! Então não dá para encucar! (S9, 68 anos).

Frente aos discursos, constata-se diferentes estratégias com o mesmo objetivo, ou seja, manter o equilíbrio emocional como forma de cuidado à saúde. Ao selecionar os sentimentos e pensamentos que devem ser cultivados, esses indivíduos estariam assumindo uma prática de cuidado à sua saúde. Entendem-se intrínsecos a essa discussão os valores de certo e errado assumidos pelos sujeitos, os quais podem ser determinados socioculturalmente, por influência do saber popular. Percebe-se que as estratégias são modalidades de ajustamento que as pessoas fazem diante da cronicidade¹³.

Apoiar-se na crença de que um ser superior esteja olhando pela sua saúde representou outra estratégia utilizada por alguns sujeitos, como enfrentamento ao desequilíbrio emocional. Entende-se que isso representa uma prática de cuidado, pois atua como forma de resgatar sentimentos e pensamentos benéficos à saúde. Nesse sentido, “essa crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa”^{14:108}. Assim, pode-se afirmar que há uma estreita relação entre a fé e a saúde mental, pois as pessoas se adaptam com mais sucesso às situações de desequilíbrio emocional e estresse. Voltar-se para Deus é uma forma de buscar equilíbrio, na situação em que a doença se faz presente. Acreditar que existe algo maior que tudo (incluindo a doen-

ça e o tratamento) faz com que a esperança de superar a doença, com a ajuda divina, aumente¹⁵.

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

Eu leio todos os dias! Se tiver um tempo, pego a Bíblia e vou ler. Além de ser bom para o espírito, é bom para mente! Abrir a mente, ativar a memória! (S9, 68 anos)

Eu gosto muito de joguinho. [...] Passa o tempo e eu me entretenho um pouco, também. Que às vezes, a pessoa parada fica só pensando asneiras na vida. [...] Então, eu sempre procuro estar com a mente fazendo alguma coisa! (S3, 50 anos)

A leitura foi apontada como atividade intelectual, com o objetivo de exercitar e ativar a memória, visualizada como estratégia de conservar a saúde mental. Associar a prática da leitura com seu conteúdo, nesse caso a Bíblia, torna-se uma forma de potencializar o cuidado à saúde, ou seja, torna-se duplamente eficaz *Além de ser bom para o espírito, é bom para mente!*. Isso evidencia a articulação entre a manutenção da saúde e a fé dos sujeitos como uma prática de cuidado ao espírito.

O ócio foi interpretado pelos participantes como uma ameaça à saúde mental, uma vez que oportuniza pensamentos sobre fatos não benéficos para suas vidas. Nesse sentido, ocupar a mente com atividades lúdicas, como jogos, além de promover distração e divertimento, assegura que eles se mantenham distantes de sentimentos e pensamentos prejudiciais à saúde. Além disso, por proporcionarem relaxamento, atuam como uma terapia para aqueles que as executam⁵, confirmando o entendimento da ocupação como prática de cuidado à saúde.

Terapias populares

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

Eu tomo, eu gosto de chá! Tomo por tomar, para esquentar, porque é frio! Quando eu tomo por remédio, às vezes eu tomo chá de boldo, depois que eu almoço. [...] E chá de guabiroba, para o colesterol, diurético [...] Mas não são todos os dias que eu tomo. Um dia faço um, outro dia tomo outro. [...] o boldo, é muito bom para o fígado. Às vezes a gente come demais e fica com má digestão. Aí tu só esmaga [a folha] assim, e bota água na hora, fica amarguinha, tu tomas e já faz a digestão (S7, 48 anos).

Quando me dá dor, eu passo uma fumentação [cobrir com fumaça de ervas] que tem ali, com tudo quanto é erva, um eito de coisa [uma série de coisas]! [...] é meu marido que faz. E isso aí é muito bom! [...] Agora eu [tenho dor] tomo remédio, afumento e passa (S3, 50 anos).

Entre as práticas de cuidado populares destaca-se o uso de plantas medicinais, tanto em situações de doença, quanto na conservação da saúde. Os povos baseavam-se em experiências empíricas, adquiridas ao longo da vida, cujos resultados, positivos ou negativos, respaldavam a confiabilidade e aplicabilidade dessas condutas, no contexto sociocultural a que pertenciam. As informações que subsidiam as terapias populares eram, normalmente, repassadas de forma assistemática, entre os membros da família, ligadas à tradição e a costumes socioculturais. Tais condutas amparam-se em um saber prático, originado nos sentidos e valores produzidos na experiência cotidiana de enfrentamento das necessidades de cuidado.

As terapias populares foram apontadas de maneira independente e também associadas a outras, como, por exemplo, o uso de medicamentos. Essa utilização conjugada de terapias popular e profissional, fundamentada na complementaridade de saberes (popular e científico), acontece com o intuito de uma potencializar o efeito da outra. Nesse aspecto, entende-se que o itinerário de cuidados à saúde é trilhado pela população com base nas estratégias de enfrentamento dos grupos, orientadas por várias influências: institucionais, familiares e referentes ao grupo sociocultural¹⁶. Dessa forma, associam elementos do saber científico da biomedicina com o saber popular.

Cabe mencionar a influência do conhecimento científico em relação às terapias populares no que tange à validação das informações utilizadas para nortear tais ações de cuidado. Como exemplo, tem-se o uso de plantas medicinais, que emergiu das práticas e do saber popular, sendo gradativamente legitimado pelo saber científico, validando essa forma de terapia. O uso popular das plantas, em relação às funções e indicações dessas substâncias, é comumente ratificado pela comunidade acadêmica, por meio de pesquisas na área da saúde¹⁷.

CONCLUSÃO

Na convivência com os sujeitos da pesquisa e por meio das entrevistas realizadas, evidenciou-se que as práticas de vida adotadas por eles influenciavam e eram influenciadas pelo processo saúde-doença-cuidado. Essas práticas podem ser compreendidas como as maneiras de fazer, pensar e sentir das pessoas, frente ao processo saúde-doença-cuidado, estabelecidas em um determinado contexto sociocultural.

Observou-se que as práticas de vida presentes no cotidiano desses sujeitos eram, na maioria das vezes,

embasadas em informações científicas interpretadas pelo saber popular, o qual é construído e partilhado naquele contexto sociocultural específico. Isso significa dizer que as práticas de vida são construídas por várias fontes de conhecimentos que vão sendo incorporados às experiências e sensações dos sujeitos e, mesmo pertencendo a um determinado grupo sociocultural, irão nortear a vida de cada integrante de maneira singular.

A presente pesquisa revela elementos importantes que devem ser considerados pelas equipes de saúde, principalmente na atenção básica, para que o planejamento das ações em saúde - promotoras, preventivas e assistenciais - sejam integrais e resolutivas. Nesse sentido, sinaliza-se para a necessidade de analisar o impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, no que se refere às escolhas das práticas de vida assumidas pela população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica n° 15. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (Br). Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [Citado em 22 out 2008] disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/diab.pdf>
3. Buss PM, Pelegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* [periódico online]. 2007; 17(1):77-93 [Citado em 12 jul 2009] disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
4. Silva FM. Hipertensão: eu aprendi a viver com ela – relatos do saber construído como emancipação dos sujeitos [dissertação de mestrado]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2010.
5. Acioli S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. *Rev enferm UERJ*. 2006; 14:21-6.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2008.
7. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
8. Canesqui AM, Garcia RWD. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 9-22.
9. Canesqui AM. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 23-48.
10. Vieira VA. Narrativas sobre a hipertensão arterial e de diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
11. Bonfim AC, Bastos AC, Carvalho AMA. A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2007; 17(1):84-94.
12. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges, ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery*. 2008; 12:90-6.
13. Canesqui AM. Estudos antropológicos sobre adoecidos. In: Canesqui AM, organizador. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, Fapesp; 2007. p. 19-51.
14. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 2001; 8(3):107-12.
15. Gutiérrez MGR, Arthur TC, Fonseca SME, Matheus MCC. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. *Online Braz J Nurs*. [periódico online]. 2007; 6(0) [Citado em 17 jun 2010] disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/462/107>
16. Acioli S, Luz MT. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2003; 11:153-8.
17. Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. *Esc Anna Nery*. 2011; 15:132-9.

