

LARISSA ANTUNES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E
DO TRATAMENTO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PESSOAS
QUE VIVEM COM HIPERTENSÃO E SEUS FAMILIARES

Tese submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do grau de
Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Brígido Vizeu
Camargo

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréa
Barbará S. Bousfield

FLORIANÓPOLIS
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Antunes, Larissa

Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares / Larissa Antunes ; orientador, Brígido Vizeu Camargo, coorientadora, Andréa Barbará Silva Bousfield, 2017.

260 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

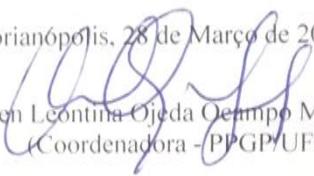
1. Psicologia. 2. representações sociais. 3. hipertensão arterial. 4. tratamento. I. Vizeu Camargo, Brígido. II. Barbará Silva Bousfield, Andréa. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Larissa Antunes

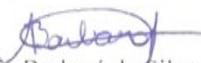
*Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para
profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus
familiares*

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

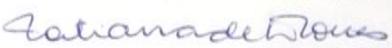
Florianópolis, 28 de Março de 2017.


Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)

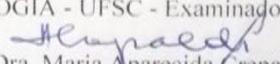

Dr. Brígido Vizeu Camargo
(PPGP - UFSC - Orientador)

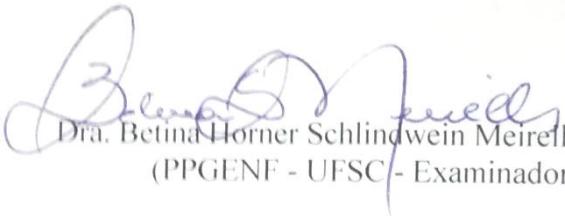

Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield
(PPGP - UFSC - Coorientadora)


Dra. Ana Maria Justo
(UFES - Examinadora)


Dra. Tatiana de Lucena Torres
(UFRN - Examinadora)


Dra. Andrea Isabel Giacomozzi
(Depto. PSICOLOGIA - UFSC - Examinadora)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Examinadora)



Dra. Betina Horner Schlingwein Meirelles
(PPGENF - UFSC - Examinadora)

Dra. Giovana Delvan Stuhler
(UNIVALI – Suplente)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP – UFSC – Suplente)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais por sempre me incentivarem e me apoiarem nesta jornada. Obrigada por tudo!

À minha irmã, pela companhia nas madrugadas de trabalho e pelo apoio sempre que precisei. Obrigada!

Ao meu orientador, Professor Dr. Brigido Vizeu Camargo, pelas suas valiosas contribuições, por todos os ensinamentos nestes anos e pela confiança depositada em mim. Obrigada!

À minha co-orientadora Professora Dr^a. Andréa Barbará Bousfield, pela sua disponibilidade sempre que foi necessário e pela contribuição na realização desta tese! Obrigada!

Aos membros da Banca Examinadora, por aceitarem participar da banca e por contribuírem com a tese com suas importantes considerações.

À todos os colegas do LACCOS, pela ajuda dada sempre que foi necessário ao longo destes anos e pelos bons momentos de descontração. Agradeço especialmente à Bruna, Beatriz e Priscila, pelas trocas produtivas durante as tardes de trabalho; à Daniela e à Juliana, pela disponibilidade e suporte; à Amanda, pelo ombro amigo nestes anos e pela parceria de sempre; ao Pedro Vinícius, pela troca de ideias e angústias nos momentos finais da tese.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo suporte institucional.

À CAPES e à FAPESC, pela concessão da bolsa durante estes quatro anos, o que possibilitou a realização do doutorado.

À Secretaria de Saúde de Florianópolis, que autorizou a realização desta pesquisa.

Aos Centros de Saúde de Florianópolis, que me acolheram e permitiram a realização desta pesquisa.

À todos os participantes da pesquisa, que tornaram possível a realização deste trabalho.

À todos os meus amigo(a)s, que direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização desse projeto fosse possível, com muita paciência, apoio e carinho!

Muito Obrigada a todos!

ANTUNES, Larissa. (2017). Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares. Tese de Doutorado em Psicologia. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão, familiares e profissionais de saúde, bem como verificar a relação entre estas representações e os grupos. Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e comparativo, com corte transversal. A pesquisa foi composta de 60 participantes, sendo 20 profissionais de saúde, 20 pessoas que vivem com hipertensão e 20 familiares. Dentre os participantes, 15 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 87 anos. Utilizou-se como instrumento de pesquisa a rede associativa associada aos termos “hipertensão” e “tratamento” e entrevistas individuais semi-estruturadas. Ao final da entrevista foram realizadas questões referentes ao papel dos grupos no tratamento da hipertensão arterial, à caracterização dos participantes, bem como questões específicas aos participantes que vivem com hipertensão. Para a análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva, com auxílio do pacote estatístico SPSS 20.0; análise lexicográfica, por meio do programa informático Evocation 2000; análise de similitude e classificação hierárquica descendente, com auxílio do programa IRaMuTeQ e análise de conteúdo temático-categorial com o auxílio do programa Atlas.ti 7. Os resultados mostram que a representação da hipertensão arterial é organizada predominantemente em torno de duas perspectivas: as características desta condição crônica (sintomas, causas e consequências) e os cuidados associados à hipertensão arterial. Com relação aos grupos, o grupo das pessoas que vivem com hipertensão enfatiza as causas, consequências e cuidados com esta condição, com o predomínio do uso da medicação. Para os profissionais de saúde, esta se organiza em torno dos fatores de risco associados com o desenvolvimento da hipertensão arterial e para os familiares, se organiza em torno dos sintomas associados à hipertensão arterial. Os cuidados da pessoa que vive com hipertensão são enfatizados pelos grupos dos profissionais de saúde e familiares. A

representação social do tratamento é centralizada nas práticas de controle da pressão, com destaque para o uso da medicação e as mudanças de hábitos. Com relação aos grupos, o grupo das pessoas que vivem com hipertensão enfatiza o uso da medicação como prática de controle principal, enquanto que os grupos dos profissionais de saúde e familiares enfatizam as mudanças de hábitos. No que diz respeito ao papel dos grupos diante do tratamento, o papel da pessoa que vive com hipertensão é associado com as mudanças comportamentais (uso da medicação e mudança de hábitos), o papel dos profissionais de saúde aparece associado com a prática profissional deste grupo, com destaque para a orientação repassada por estes e os familiares tiveram seu papel atribuído ao apoio e cuidado com o membro familiar com hipertensão. Os resultados deste estudo permitiram verificar que a representação da hipertensão arterial aparece relacionada com a representação do tratamento, sendo que ambas se articulam a partir das práticas de controle dos níveis pressóricos, aspecto este que pode ser verificado nos três grupos estudados. Há uma sobreposição do tratamento diante da hipertensão arterial, verificando-se que as práticas relacionadas ao controle da pressão predominam. As representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão e familiares, apesar de diferentes, têm alguns elementos em comum com as representações dos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito às práticas de controle. Por fim, as representações e avaliações sobre o papel de cada grupo indicam que há um consenso sobre a importância da integração destes três atores no tratamento da hipertensão arterial.

Palavras chave: Hipertensão; representações sociais; profissionais de saúde; família; tratamento.

ANTUNES, Larissa. (2017). Social representations of arterial hypertension and treatment for health professionals, people living with hypertension and their relatives. Doctoral Thesis in Psychology. Postgraduate Program in the Department of Psychology. The Federal University of Santa Catarina. Florianópolis (SC).

ABSTRACT

This research had the purpose of describing the social representations of arterial hypertension and treatment for people living with hypertension, for relatives and health professionals, as well as verifying the relationship between these representations and the groups. This is a descriptive and cross-sectional study. The research sample was composed of 60 participants: 20 health professionals, 20 people living with hypertension and 20 relatives. Participants were 15 men and 45 women, aged from 18 to 87 years old. An associative network was used with the terms “hypertension” and “treatment” associated with individual semi-structured interviews. At the end of the interview, questions were asked about the role of the groups on the treatment of arterial hypertension, as well as questions related to the participant’s demographics and specific questions related to participants living with hypertension. The data analysis involved descriptive statistics, accomplished using the Statistics Package SPSS 20.0; the lexicographic analysis was done by the computer program Evocation 2000; a similarity analysis and descending hierarchical classification was accomplished with the aid of the IRaMuTeQ program; and the content analysis was accomplished using the Atlas.ti program. The results showed that the representation of hypertension is organized predominantly into two perspectives: the characteristics of this chronic condition (symptoms, causes and consequences) and the care associated with hypertension. In relation to the groups, people living with hypertension gave emphasis to the causes, consequences and care management of hypertension, with the greatest importance on the use of medication. For health professionals the social representation of hypertension is organized by the risk factors associated with the development of hypertension and for the relatives, it is organized by the symptoms related to hypertension. The care management of hypertension is emphasized by the health professionals and relatives. The social representation of treatment is associated with treatment

control, related to the use of medications and lifestyle changes. In relation to the groups, the people living with hypertension emphasize principally the use of medications to control pressure, while health professionals and relatives give emphasis to lifestyle changes. In relation to the role of the groups on hypertension treatment, the role of people living with hypertension is associated with behavioral changes (the use of medication and lifestyle changes). The role of health professionals seems to be associated with professional practices, such as orientation, while the role of the relatives was associated with support and care of the hypertensive family member. These findings indicated that the representation of arterial hypertension is related to the representation of the treatment, both of which are organized based on the practices of blood pressure control, an aspect that can be verified in the three groups studied. There is an overlap on the treatment of the disease, verifying that the practices related to pressure control predominate. The social representations of arterial hypertension and treatment for people living with hypertension and their relatives have some common elements with the social representations of health professionals, principally related to the practices of control. Finally, the representations and evaluations about the roles of each group indicate that there is a consensus about the importance of the integration of these three groups in the treatment of arterial hypertension.

Keywords: Hypertension; social representations; health professionals; family; treatment.

ANTUNES, Larissa. (2017). Representaciones sociales de la hipertensión arterial y del tratamiento para profesionales de la salud, personas que viven con hipertensión y familiares. Tesis de Doctorado en Psicología. Programa de posgrado en Psicología. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMEN

Esta investigación tuvo el objetivo de comprender las representaciones sociales de la hipertensión arterial y del tratamiento para personas con hipertensión, familiares y profesionales de la salud y la relación entre las representaciones y los grupos. El diseño es descriptivo comparativo, de corte transversal. La muestra estuvo integrada por 60 participantes: 20 profesionales de la salud, 20 personas con hipertensión y 20 familiares. Participaron 15 hombres y 45 mujeres, con edades entre 18 y 87 años. Los instrumentos utilizados fueron la red asociativa con las palabras estímulo “hipertensión” y “tratamiento” y la entrevista semiestructurada individual. Al final de la entrevista se hicieron preguntas sobre el papel de los grupos en el tratamiento de la hipertensión arterial, preguntas de caracterización de los participantes y preguntas específicas a las personas con hipertensión. Para análisis se utilizó estadística descriptiva con el uso del paquete estadístico SPSS 20.0; análisis lexicográfico, con el uso del programa Evocation 2000; análisis de similitud y clasificación jerárquica descendiente con el uso del software IRaMuTeQ; análisis de contenido temático-categorial con el uso del programa Atlas.ti. Los resultados indican que la representación de la hipertensión se organiza por dos perspectivas: sus características (síntomas, causas y consecuencias) y los cuidados para controlar la hipertensión. El grupo de las personas que viven con hipertensión destacan las causas, consecuencias y cuidados con la hipertensión, con predominio de la medicación. Los profesionales de la salud destacaron los factores de riesgo que provocan la hipertensión. Para los familiares, se destacan los síntomas atribuidos a la hipertensión. Los grupos de los profesionales de la salud y familiares enfatizan las prácticas de cuidado de la persona con hipertensión. La representación social del tratamiento es centralizada en las prácticas de control de la hipertensión, como el uso de la medicación y el cambio de hábitos de vida. Las personas que viven con hipertensión se refieren al uso de la medicación como principal práctica de control, mientras que los profesionales de la salud y familiares se refieren al

cambio de hábitos de vida. Con relación al papel de los grupos en el tratamiento, el papel de la persona que vive con hipertensión se refiere al cambio del comportamiento (uso de la medicación y hábitos de vida saludable). El papel de los profesionales de la salud se relaciona con la práctica profesional del grupo, destacándose la orientación hecha por los profesionales. El papel de los familiares se refiere al soporte y cuidado con el miembro que vive con hipertensión. Los resultados de este estudio apuntaron que la representación de la hipertensión arterial se relaciona con la representación social del tratamiento y ambas se articulan a partir de las prácticas de control de la hipertensión, aspecto presente en todos los grupos. El tratamiento se sobrepone a la enfermedad, con el predominio de las prácticas de control. Las representaciones sociales de la hipertensión arterial y del tratamiento de personas que viven con hipertensión y familiares tienen elementos en común con las representaciones sociales de los profesionales de la salud, principalmente relacionados a las prácticas de control. Finalmente, las representaciones y evaluaciones de los grupos indican que la integración de los grupos es importante para el manejo del tratamiento de la hipertensión arterial.

Palabras clave: Hipertensión; representaciones sociales; profesionales de la salud; familia; tratamiento.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Classificação dos níveis de pressão arterial (PA) para indivíduos com 18 anos ou mais	40
Tabela 2. Distribuição dos participantes por sexo e grupo.....	79
Tabela 3. Distribuição dos participantes por intervalo de idade e grupo	80
Tabela 4. Distribuição da escolaridade dos participantes por grupo ...	81
Tabela 5. Distribuição da renda familiar dos participantes por grupo .	81
Tabela 6. Principal fonte de informação sobre HA em cada grupo	82
Tabela 7. Índice de Polaridade das palavras relacionadas ao termo indutor “hipertensão”	85
Tabela 8. Índice de Neutralidade das palavras relacionadas ao termo indutor “hipertensão”	85
Tabela 9. Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “hipertensão” (n=60), segundo critérios de OME	86
Tabela 10. Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “hipertensão” (n=60), segundo critérios de OMI	88
Tabela 11. Análise das categorias derivadas das palavras evocadas na rede associativa relacionada ao termo “hipertensão” dividida por grupos	89
Tabela 12. Índice de Polaridade das palavras relacionadas ao termo indutor “tratamento”	92
Tabela 13. Índice de Neutralidade das palavras relacionadas ao termo indutor “tratamento”	92
Tabela 14. Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “tratamento” (n=60), segundo critérios de OME.....	93

Tabela 15. Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “tratamento” (n=60), segundo critérios de OMI	94
Tabela 16. Análise das categorias derivadas das palavras evocadas na rede associativa relacionada ao termo “tratamento” dividida por grupos	96
Tabela 17. Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise (UR) relacionadas à questão “Papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento”	136
Tabela 18. Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise (UR) relacionadas à questão “Papel do profissional de saúde no tratamento”	149
Tabela 19. Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise (UR) relacionadas à questão “Papel da família no tratamento”	162
Tabela 20. Categorias e sub-categorias das palavras evocadas na rede associativa associada ao termo indutor hipertensão	257
Tabela 21. Categorias e sub-categorias das palavras evocadas na rede associativa associada ao termo indutor tratamento	259

Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição dos participantes de acordo com a variável idade	79
Figura 2. Distribuição da frequência da variável: tempo de diagnóstico da HA dos participantes que vivem com hipertensão.....	83
Figura 3. Representação gráfica das ligações semânticas das palavras da rede associativa com o termo indutor “hipertensão”	90
Figura 4. Representação gráfica das ligações semânticas das palavras da rede associativa com o termo indutor “tratamento”	97
Figura 5. Divisão do corpus “hipertensão” em 5 classes pela CHD ...	99
Figura 6. Nuvem de palavras representantes do corpus “hipertensão”	100
Figura 7. Dendrograma da CHD relativa ao corpus “hipertensão” ...	101
Figura 8. Representação gráfica com o número de co-ocorrências das palavras mais importantes nos segmentos de texto do corpus “hipertensão”	115
Figura 9. Divisão do corpus “tratamento” em 5 classes pela CHD ...	119
Figura 10. Nuvem de palavras pertencentes ao corpus “tratamento” .	119
Figura 11. Dendrograma da CHD relativa ao corpus “tratamento” ..	120
Figura 12. Representação gráfica com o número de co-ocorrências das palavras pertencentes ao corpus “tratamento”	132
Figura 13. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Mudança de hábitos	137
Figura 14. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Outras formas de cuidado	141

Figura 15. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Assumir papel no tratamento	144
Figura 16. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Criar vínculo com o paciente	150
Figura 17. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Realizar procedimentos necessários	154
Figura 18. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Mudança de hábitos	163
Figura 19. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Cuidado	167
Figura 20. Esquema representando a ligação entre as categorias, sub-categorias e UR analisadas	176
Figura 21. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão	184
Figura 22. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo dos profissionais de saúde	187
Figura 23. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo dos familiares	190
Figura 24. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão	195
Figura 25. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo dos profissionais de saúde	198
Figura 26. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo dos familiares	200
Figura 27. Relação entre as RS da HA e do tratamento e o papel dos grupos no tratamento da HA	211

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AMPA – Auto medida da pressão arterial
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CS – Centros de Saúde
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
HA – Hipertensão Arterial
IRAMUTEQ - Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MAPA – Medida ambulatorial da pressão arterial
mmHg – Milímetros de mercúrio
MRPA – Monitoração residencial da pressão arterial
OME – Ordem média de evocação
OMI – Ordem média de importância
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PAS – Pressão arterial sistólica
PAD – Pressão arterial diastólica
PAHO – Pan American Health Organization
RAS - Redes de atenção à saúde
RS – Representações sociais
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SPSS – Statistical Package for Social Sciences/Pacote Estatístico para Ciências Sociais
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. Introdução	21
2. Objetivos	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. Fundamentação Teórica	29
3.1. Doenças crônicas	29
3.2. Hipertensão Arterial Sistêmica	36
3.2.1. Fisiopatologia da hipertensão arterial	37
3.2.2. Etiologia da hipertensão arterial	38
3.2.3. Diagnóstico	39
3.2.4. Tratamento da hipertensão arterial	41
3.3. Doença e Representações	43
3.4. Referencial Teórico	46
3.4.1. Teoria das Representações Sociais	46
3.4.2. Abordagens das Representações Sociais	50
3.4.3. Ancoragem	52
3.4.4. Objetificação	53
3.4.5. Representações Sociais e Comunicação	54
3.4.6. Representações Sociais e relações entre os grupos	56
3.5. Representações sociais e doenças crônicas	57
3.6. Profissionais de saúde e hipertensão arterial	62
3.7. Familiares e hipertensão arterial	66
3.8. Relação entre pessoas que vivem com hipertensão, familiares e profissionais de saúde	70
4. Método	71
4.1. Caracterização da Pesquisa	71
4.2. Contexto da pesquisa	71
4.3. Participantes	72
4.4. Instrumentos e Técnicas	73
4.5. Procedimento de coleta de dados	75
4.6. Análise dos dados	76
4.7. Aspectos éticos	78
5. Resultados	79
5.1. Caracterização dos participantes	79
5.2. Questões específicas do grupo das pessoas que vivem com hipertensão	83
5.3. Rede Associativa	84

5.3.1.	Representação social da hipertensão arterial	84
5.3.2.	Representação social do tratamento	91
5.4.	Análise das entrevistas	98
5.4.1.	Corpus hipertensão	99
5.4.2.	Corpus tratamento	118
5.4.3.	Análise do papel dos grupos no tratamento da HA	135
6.	Discussão	177
6.1.	Representações sociais da hipertensão arterial	177
6.1.1.	Representação social da HA para pessoas que vivem com hipertensão	181
6.1.2.	Representação social da HA para profissionais de saúde	184
6.1.3.	Representação social da HA para familiares	188
6.2.	Representações sociais do tratamento	190
6.2.1.	Representação social do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão	193
6.2.2.	Representação social do tratamento para profissionais de saúde	196
6.2.3.	Representação social do tratamento para familiares ...	198
6.3.	Relação entre as representações sociais da HA e do tratamento e relação entre os grupos	200
6.3.1.	Relação entre as representações sociais da HA e do tratamento	200
6.3.2.	Relação entre os grupos e o papel dos grupos no tratamento da HA	202
7.	Considerações Finais	212
8.	Referências	217
9.	Apêndices	244
9.1.	Apêndice A	244
9.2.	Apêndice B	250
9.3.	Apêndice C	251
9.4.	Apêndice D	255
9.5.	Apêndice E	257
9.6.	Apêndice F	259

1. Introdução

“Eu sou 12 por 8”. Este é o *slogan* utilizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em campanha lançada em 2010, para conscientizar a população sobre os riscos causados pela hipertensão arterial sistêmica. Conhecida popularmente como pressão alta, trata-se de uma doença crônica “silenciosa”, pois em geral não apresenta sintomas. Esta condição assintomática implica na descoberta da doença ao acaso, em consultas médicas casuais, o que pode contribuir para a demora do diagnóstico e para o surgimento de complicações em decorrência da hipertensão arterial não tratada (Malachias et al, 2016; Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou simplesmente hipertensão arterial (HA), é caracterizada pela ocorrência de pressão igual ou superior a 14 por 9, ou seja, quando os valores da pressão arterial são iguais ou superiores a 140/90mmHg para indivíduos com 18 anos ou mais. O diagnóstico deverá ser sempre feito por medições repetidas em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório. É importante que se tenha um cuidado criterioso para diagnosticar a hipertensão arterial, já que ela é uma condição crônica que acompanhará o indivíduo para o resto da vida (Brasil, 2013a; Malachias et al, 2016).

O número de pessoas com HA no mundo passou de 600 milhões em 1980 para cerca de um bilhão em 2008. Um em três adultos no mundo tem esta doença e a proporção é de um em cada dois adultos com idade superior a 50 anos (World Health Organization [WHO], 2011). No Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo mais de 60% dos idosos, o que contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (Scala, Magalhães, & Machado, 2015). As complicações decorrentes da HA são responsáveis por mais de nove milhões de mortes por ano no mundo, sendo que 51% destas mortes são decorrentes de derrames e 45% devido às doenças do coração (Malachias et al, 2016; WHO, 2013).

A HA associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, olhos e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo também um dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC) (Goldman & Ausiello, 2009; Oliveira & Bertoldi, 2013; Porto, 2005). A morte por AVC e por doença isquêmica do coração aumenta de maneira linear conforme o aumento da pressão arterial, sendo que a HA pode ser

responsável por 50% das ocorrências de AVC e está associada com os riscos de morte por cardiopatias e infarto agudo do miocárdio (Goldman & Ausiello, 2009; Porto, 2005; WHO, 2013).

Quando não tratada, a HA envolve a perda significativa da qualidade de vida à medida que a doença se agrava. O tratamento desta doença constitui-se no uso de medicação anti-hipertensiva e na mudança dos hábitos de vida, como: cuidados com a alimentação, práticas regulares de atividades físicas e controle da ingestão de bebidas alcoólicas. Estas mudanças, associadas ao uso de medicação, reduzem os níveis pressóricos e diminuem os riscos de complicações cardiovasculares em decorrência da doença (Brasil, 2013a; Machado & Barbosa, 2008; Malachias et al, 2016).

A adoção de hábitos saudáveis contribui para a prevenção de agravos da HA e proporciona maior qualidade de vida para os indivíduos (Pires & Mussi, 2008). A motivação para adotar estes novos hábitos e realizar o tratamento pode ser influenciada pelo conhecimento adquirido sobre a doença e pelas crenças dos pacientes sobre esta (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega, & Mion Jr, 2009). Através das crenças, o indivíduo organiza uma visão coerente do objeto que se constitui em um saber prático, orientando as ações dos indivíduos (Jodelet, 2001). Daí a importância do estudo desta forma de conhecimento com base na teoria das representações sociais (Moscovici, 1961/2012).

Uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos e coletivamente produzida, e é um produto da interação e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social (Vala, 2006). As representações sociais são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender a realidade e de se comunicar com os outros (Moscovici, 1961/2012). Mesmo sendo conhecimentos do senso comum, as representações são tidas como um objeto de estudo tão legítimo quanto o científico, pela sua importância na vida social. Assim, a teoria das representações sociais ajuda a compreender como termos do conhecimento científico passam a fazer parte do conhecimento do senso comum, transferido e compartilhado pelas comunicações interpessoais (Jodelet, 2001).

A comunicação interpessoal e midiática aparece como condição de possibilidade e de determinação das representações sociais, sendo que a comunicação interpessoal desempenha um papel fundamental nas trocas e interações. A comunicação é um vetor de transmissão de informações e contribui para a formação e transmissão das representações (Jodelet, 2001). Desta forma, a comunicação tem o papel

de transformar estas representações por meio de influências recíprocas entre os indivíduos. Em decorrência disso, estes indivíduos adquirem um repertório de explicações e interpretações que são aplicadas na vida diária (Camargo, Justo, Alves, & Schlösser, 2013). Conforme Moscovici (1961/2012) e Jodelet (2001), a dispersão das informações na comunicação a respeito do objeto representado não é acessível da mesma maneira aos grupos, em função dos interesses dos sujeitos sobre certos aspectos do objeto.

Como um objeto de representações, a doença pode apresentar significados específicos para cada cultura. Independente do fenômeno biológico, a doença vai além do plano orgânico e pode ser vista como um fenômeno social, pois só pode ser pensada dentro de um sistema simbólico que a define e lhe confere sentido (Victora, Knauth, & Haffen, 2000). Dessa forma, estudar as representações sociais da doença permite observar como a doença é percebida de maneira diversa pelos indivíduos, em função de seu sistema de valores e de sua relação com o grupo (Herzlich, 1996).

A explicação para a causa de determinadas doenças varia de acordo com as circunstâncias de vida na qual se encontram os participantes, alternando entre explicações decorrentes do plano social e explicações decorrentes do plano biológico. A representação que o indivíduo elabora sobre determinada doença está pautada nas suas experiências diante desta, suas crenças e no contexto ao qual este indivíduo pertence. Assim, entender as representações dos indivíduos que vivem com HA pode ajudar a compreender melhor as práticas e manejo que eles desenvolvem diante da enfermidade (Campos-Navarro, Torrez, & Arganis-Juárez, 2002).

As pessoas que vivem com HA a percebem ora como uma doença que traz prejuízos, ora como uma doença que não afeta com tanta gravidade a vida cotidiana. Esta doença muitas vezes é considerada como decorrente de fatores individuais, como hábitos de vida e/ou a fatores externos, como situações que desencadeiam estresse (Silva, Budó, Silveira, Badke, & Beuter, 2013). Os pacientes que vivem com esta condição geralmente valorizam o atendimento médico e o uso da medicação em detrimento de outras práticas, como a mudança de hábitos e estilos de vida. Este dado justifica-se pelo paciente considerar que o medicamento é a forma de tratamento mais eficaz e por confiar no saber médico (Péres, Magna, & Viana, 2003).

O entendimento da doença varia entre os profissionais de saúde e seus pacientes. As teorias médicas compõem representações que orientam as condutas que os profissionais de saúde assumem na relação

com o paciente. Essas condutas geralmente envolvem a prescrição de remédios anti-hipertensivos e orientações sobre o tratamento. Contudo, muitas vezes o entendimento e as crenças que o paciente tem sobre sua doença são deixados de lado por estes profissionais (Spink, 1994). As instruções dos profissionais de saúde podem ser vistas pelos pacientes como autoritárias e não como um diálogo para guiar suas decisões, fazendo com que estes se sintam intimidados. Conseqüentemente, os pacientes preferem não fazer questionamentos aos profissionais, mesmo quando há alguma dúvida quanto à doença e/ou ao tratamento (Kronish, Leventhal, & Horowitz, 2012; Nations, Firmo, Lima-Costa, & Uchôa, 2011).

Muitas vezes os profissionais de saúde percebem os indivíduos que vivem com HA como resistentes ao tratamento e às mudanças dos estilos de vida, por não seguirem as orientações prescritas (Almeida, Paz, & Silva, 2011; Silva & Moura, 2011). Entretanto, essa atitude do indivíduo diante do tratamento está permeada pelas representações elaboradas por este sobre sua doença, que influenciam na maneira de agir diante da enfermidade. Destaca-se assim a importância do profissional de saúde levar em consideração o conhecimento e as crenças do paciente sobre a doença e sobre seu tratamento (Saleem, Hassali, Shafie, Bashir, & Atif, 2011; Waidman, Radovanovic, Estevam, & Marcon, 2012).

Os profissionais de saúde têm um importante papel na manutenção do tratamento. As relações entre profissionais e pacientes estabelecidas com base no vínculo e na confiança resultam em maiores benefícios para o paciente seguir o tratamento. O apoio e as informações repassadas pelos profissionais de saúde são fatores propulsores para a realização de mudanças de hábitos e para o controle da HA pelos pacientes (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, Dias, & Araújo, 2011). Como essa condição crônica é uma síndrome clínica multifatorial, o acompanhamento dos casos de HA pelas equipes da atenção básica é fundamental, já que o controle da pressão arterial (PA) reduz os riscos de complicações decorrentes da hipertensão arterial (Brasil, 2013a).

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem fazem a verificação da PA em serviços de saúde, tendo papel primordial no acompanhamento das pessoas com HA e nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HA. Quando necessário, poderão solicitar o apoio de outros profissionais de saúde, realizando encaminhamentos de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. O acompanhamento deve priorizar o envolvimento dos usuários com HA e deve incluir também seus familiares na

definição das metas de acompanhamento e tratamento a serem atingidas (Brasil, 2013b).

A participação da família é muito importante no cuidado da HA, pois ela exerce funções de apoio e cuidado ao membro familiar doente. A família deve estar envolvida no tratamento para que o indivíduo possa ter maior motivação e apoio para seguir o tratamento prescrito (Waidman et al., 2012). O papel dos familiares ganha destaque nos momentos de crise, no acompanhamento nas consultas médicas e também nas trocas de informações com o membro familiar e com o profissional de saúde quando surgem dúvidas sobre a doença (Faquinello, Marcon, & Waidmann, 2011; Waidman et al., 2012).

O apoio fornecido pelos familiares é importante não só no período de diagnóstico como também no decorrer dos anos de tratamento e vivência da HA. Muitas vezes os familiares não têm o conhecimento e a informação suficiente para fornecer ajuda adequada com relação ao tratamento e ao enfrentamento da doença. Neste caso, é importante que os profissionais de saúde insiram a família no cuidado, orientando-os sobre a HA e o tratamento, possibilitando que eles possam dar o auxílio adequado ao membro familiar que vive com hipertensão (Faquinello et al., 2011).

As pessoas que vivem com doenças crônicas consideram que o apoio familiar é indispensável para a motivação do tratamento e dos cuidados necessários para a prevenção de agravos decorrentes das doenças. O apoio familiar constitui-se como um fator positivo na mudança de hábitos alimentares. Essas mudanças são melhores seguidas quando os membros familiares também as realizam ou as apoiam, tendo maiores efeitos positivos para a pessoa que vive com a doença seguir o tratamento prescrito (Faquinello et al., 2011; Santos et al., 2011).

Diante da dificuldade das pessoas que vivem com hipertensão seguirem o tratamento de forma adequada e do fato da HA ter alta prevalência na população, reside nesses aspectos a importância social e científica desta tese. Por meio do estudo das representações sociais da HA é possível investigar as crenças elaboradas e compartilhadas sobre esta condição crônica, o que pode fornecer subsídios para entender quais os aspectos significantes no tratamento da hipertensão arterial.

O conhecimento sobre HA agrega aspectos científicos e populares. Segundo Strahl (2003), esses conhecimentos são incorporados pelos meios de comunicação, através das mensagens sobre saúde fornecidas por especialistas, influenciando os conhecimentos e entendimentos sobre a doença na população. Contudo, a maioria das pessoas que vivem com hipertensão acredita que o surgimento de

sintomas marca o início da doença. Isso indica que apesar dos conhecimentos científicos influenciarem o entendimento sobre a enfermidade, as crenças populares ainda permeiam as concepções sobre a hipertensão arterial, fato esse que destaca a importância do estudo das representações sociais da HA.

A maneira de explicar a doença e agir diante desta se constitui a partir de uma relação entre conhecimentos especializados e populares, havendo uma variação na forma em que os médicos e os pacientes constroem seus conhecimentos sobre as doenças e sobre o cuidado em saúde (Campos-Navarro et al, 2002). Desta forma, parte-se do pressuposto de que profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e familiares elaboram diferentes representações sobre a hipertensão arterial e seu tratamento. A partir destas considerações, propõe-se a pergunta de pesquisa: *Qual a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares?*

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as representações sociais da hipertensão arterial para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares;
- Comparar as representações sociais da hipertensão arterial para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares;
- Descrever as representações sociais do tratamento da hipertensão arterial para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares;
- Comparar as representações sociais do tratamento da hipertensão arterial para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares;
- Relacionar as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares;
- Comparar o papel dos grupos estudados diante do tratamento da hipertensão arterial.

3. Fundamentação Teórica

3.1. Doenças Crônicas

As doenças crônicas são caracterizadas por possuírem curso clínico em geral lento, prolongado e permanente. Elas se iniciam e evoluem lentamente e se desenvolvem no decorrer da vida. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, com um período de duração superior a três meses. As doenças crônicas tendem a se apresentar de forma definitiva e com curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (Brasil, 2008; 2013b; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2005).

Elas estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade devido às complicações decorrentes de determinadas doenças crônicas (ex: diabetes), sendo responsáveis por grande número de internações. Ademais, elas variam em termos de seu curso e aparecimento e envolvem perda significativa da qualidade de vida à medida que a doença se agrava, além de contribuir para o sofrimento dos indivíduos e de suas famílias (Brasil, 2006; 2008; 2013b; OMS, 2005).

Com base nas características que as doenças apresentam, Rolland (1984) sugeriu uma tipologia das doenças, que se refere ao seu aparecimento, curso, resultado e grau de incapacitação. Com relação ao aparecimento da doença, esta pode se dar de forma aguda, como no caso de um AVC, e de forma gradual. No que diz respeito ao curso da doença, esta pode se apresentar de forma: a) progressiva, que evolui ao passar do tempo, como a doença de Alzheimer; b) constante, que se mantém estável por um longo período de tempo, como hipertensão arterial controlada; c) com recaídas, como câncer em remissão. O resultado da doença diz respeito à expectativa sobre esta encurtar ou não o curso de vida e são classificadas em fatais (como câncer metastático) e não fatais (hiper/hipotireoidismo, artrite, etc). O grau de incapacitação refere-se ao fato da doença gerar ou não incapacidade no indivíduo, sendo a doença de Parkinson um exemplo de doença incapacitante (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1994).

As doenças progressivas, fatais e incapacitantes têm maiores implicações e impacto para os indivíduos e seus familiares do que as doenças constantes, não fatais e não incapacitantes (McDaniel et al,

1994). Enquanto algumas doenças crônicas contribuem para a ocorrência de mortes prematuras, outras contribuem para maior incapacidade devido a complicações decorrentes da doença. Em muitos casos, as doenças crônicas podem ser assintomáticas por um longo período de tempo, o que pode influenciar na demora de diagnóstico da doença (OMS, 2005).

Com relação à etiologia das doenças crônicas, elas dividem-se em doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. Essa perspectiva é amplamente utilizada pela epidemiologia. A diferença central entre as doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis concentra-se no agente etiológico da doença. Nas doenças crônicas transmissíveis, a doença é causada por micro-organismos patogênicos, como bactérias, vírus, parasitas ou fungos, e se caracteriza pela transmissibilidade de uma pessoa para outra. Já as doenças crônicas não transmissíveis são definidas assim pela ausência de micro-organismos como causa da doença e conseqüentemente, pela ausência de transmissibilidade. Estas também se caracterizam pela multiplicidade de fatores de risco, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e abordagem ampla para a prevenção e controle (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010; Jenicek & Cléroux, 1987; Mendes, 2012).

Como um avanço à classificação pautada na etiologia da doença, foi desenvolvido o conceito de condição de saúde. Esta tipologia vai além da doença e refere-se à forma como os profissionais, usuários e sistemas de atenção à saúde se organizam para enfrentamento da condição de saúde. Esta forma de enfrentamento pode ser episódica, tendo foco na doença, ou contínua e proativa, com foco nas pessoas e familiares por meio de cuidados permanentes, realizados pelos profissionais e pelos próprios usuários dos serviços de saúde. Este conceito diferencia ainda a condição de saúde em condições agudas e condições crônicas (Mendes, 2012).

As condições agudas caracterizam-se por apresentar um curso inferior a três meses. Geralmente são manifestações de doenças transmissíveis ou infecciosas de curso curto, manifestando-se por eventos agudos. Já as condições crônicas têm um curso mais longo, superior a três meses, e geralmente apresentam-se de forma definitiva e permanente, podendo se manifestar por eventos agudos eventualmente, e podem incluir também as doenças transmissíveis. Dessa forma, o termo condições crônicas abarca tanto as doenças não transmissíveis (doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma) quanto as doenças transmissíveis (HIV/aids e tuberculose), bem como distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas contínuas. Ademais, o termo condição de saúde

incorpora estados como gravidez e o acompanhamento dos ciclos de vida, abrangendo também condições que não são doenças, mas que exigem resposta adequada dos sistemas de atenção à saúde (OMS, 2002; Mendes, 2012).

As estratégias de enfrentamento são semelhantes para todas as condições crônicas e não se baseiam na etiologia de um problema de saúde em particular, mas nas exigências que ele impõe ao sistema de saúde. Independente da causa, as condições crônicas exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por um período de tempo. Além disso, a demanda destas condições sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares, sendo que estes devem estar vinculados uns aos outros para que se possa ter um manejo mais efetivo diante das condições crônicas (OMS, 2002).

No Brasil, há um aumento relativo das doenças crônicas não transmissíveis. Em 1930, as doenças infecciosas correspondiam a 45% das mortes totais, enquanto que as doenças crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, correspondiam a 12%. Em 2003, as doenças infecciosas correspondiam a 5% das mortes e as doenças cardiovasculares correspondiam por 30% das mortes ocorridas. A partir disso, verificou-se que a contribuição das condições crônicas e infecciosas para a mortalidade total modificou-se ao longo do último século, situação esta denominada de transição epidemiológica, que vem ocorrendo desde 1960 (Brasil, 2008; Mendes, 2012; Singer, Campos, & Oliveira, 1978).

Esta situação se caracteriza pela progressiva queda no número de mortes por doenças infecciosas transmissíveis e elevação progressiva de óbitos por doenças não transmissíveis. Esta mudança ocorre devido ao aumento da expectativa de vida, ao maior controle das doenças infecciosas, ao maior conhecimento sobre as doenças e ao descobrimento de medicações eficazes, como antibióticos (Coleta, 2010). Além disso, um conjunto de mudanças mais gerais também tem influência, tais como a urbanização, as modificações demográficas, econômicas, sociais e culturais, bem como o aumento da exposição a fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada (Brasil, 2005; Lessa, 2004; Singer et al, 1978).

Os fatores de risco referem-se a aspectos de hábitos pessoais ou de exposição ambiental, que se associam ao aumento da probabilidade de ocorrência de alguma doença (Bonita et al, 2010). Estes fatores de risco podem ser não modificáveis, como idade, sexo e hereditariedade, e modificáveis, como obesidade, inatividade física, tabagismo, uso prejudicial de álcool e alimentação inadequada. Alguns fatores de risco

podem ser modificados e controlados, assim, medidas que os atenuem podem contribuir para a diminuição de ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (Bonita et al, 2010; Schmidt et al, 2011). Com isso, poderia haver a prevenção de aproximadamente três quartos das ocorrências de doenças do coração, diabetes tipo 2, derrame e de 40% para câncer (WHO, 2013).

O desenvolvimento das condições crônicas também é influenciado pelos determinantes em saúde, que se constituem em fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais, responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença no indivíduo. Dessa forma, os fatores mais gerais de natureza social e econômica, como condições de trabalho, habitação, desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços de saúde, educação, dentre outros, podem incidir sobre a situação de saúde de grupos (Bonita et al, 2010; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Victora et al., 2011).

O Ministério da Saúde, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia, a partir do ano 2000, iniciou ações para a estruturação e operacionalização de um Sistema Nacional de Vigilância específico para as doenças não transmissíveis, com o intuito de implementar ações de intervenção e prevenção em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A partir de uma iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde com os países das Américas, foi aprovada em 2002 a rede Carmen (Conjunto de Ações para Redução e Manejo das Enfermidades Não Transmissíveis). Esta se constitui como uma das principais estratégias de prevenção das doenças crônicas, mediante o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas e intervenções da vigilância epidemiológica e dos serviços de saúde para a redução dos fatores de risco associados às DCNT (Brasil, 2005; 2007).

As DCNT revelam-se, clinicamente, após a convivência assintomática do indivíduo com a doença ainda não diagnosticada e o longo período de exposição aos fatores de risco, mesmo quando estes são perceptíveis, o que pode acarretar em um diagnóstico tardio, quando já há a presença de complicações decorrentes da doença (Lessa, 2004). Elas tornaram-se responsáveis por um grande número de mortes no Brasil e no mundo, sendo um dos maiores problemas de saúde pública. As DCNT com maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Juntas elas são responsáveis por 63% de todas as mortes por ano no mundo, o que equivale a 36 milhões de mortes por ano decorrentes destas doenças, e a projeção é de que este número aumente globalmente em 15% entre 2010

e 2020. Além disso, mais de nove milhões de todas as mortes atribuídas às DCNT ocorrem antes dos 60 anos de idade (WHO, 2011).

Já as doenças cardiovasculares e derrames foram responsáveis por 12,9 milhões de mortes em 2010, o equivalente a uma entre quatro mortes no mundo todo (Lim et al, 2012; WHO, 2011). Na região das Américas, 76% das mortes são atribuídas às DCNT, sendo que as doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior número de mortes, seguidas por câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (Pan American Health Organization (PAHO), 2013). No Brasil, estas mesmas condições crônicas também têm maior prevalência e impacto na população. Entretanto, a hipertensão arterial e diabetes mellitus têm grande destaque, pois elas representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, bem como de amputações em decorrência de complicações da diabetes (Brasil, 2012a; Schmidt et al, 2011).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são condições crônicas de alta prevalência, cujos fatores de risco e complicações representam hoje a maior carga de doenças em todo o mundo e no Brasil. Em função disso, houve no Brasil uma reestruturação da atenção às pessoas que vivem com estas condições crônicas por meio do Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus, em 2001. Este plano teve como objetivo reduzir os fatores de risco, a morbidade e mortalidade em consequência dessas doenças e suas complicações, através da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com essas patologias (Brasil, 2001; 2005).

Com este plano é possível alcançar um atendimento diferenciado aos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, com acompanhamento especializado e qualificado. Além disso, os familiares devem ser inseridos como co-participantes do plano assistencial do indivíduo. Este plano destaca a importância da atenção básica na abordagem destes agravos. Destaca-se neste cuidado a Estratégia Saúde da Família, que é composta por uma equipe multiprofissional, sendo que cada equipe de saúde da família tem co-responsabilidade neste cuidado com a saúde. Dentre suas atribuições estão a realização de ações de atenção à saúde, conforme a necessidade da população local, além de garantir a atenção à saúde por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, o cuidado oferecido para os indivíduos com estas condições deve monitorar o tratamento e estabelecer vínculo entre a equipe de saúde, usuários e familiares, incorporando a realidade social dos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2001; 2005; 2012b).

Em 2011, houve a criação do Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT. Este plano procura desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, baseadas em evidências, para a prevenção, controle e cuidado das DCNT e seus fatores de risco no período de 2011 a 2022. Ele visa a abordagem integral da saúde, priorizando três eixos de ação: 1. vigilância, informação, avaliação e monitoramento das DCNT; 2. promoção da saúde; 3. cuidado integral (Brasil, 2013b).

Como parte do plano de ações estratégicas, o Ministério da Saúde tem implementado importantes políticas de enfrentamento das DCNT. Dentre as principais ações no combate às doenças crônicas estão os programas “Academias da Saúde” e “Saúde não tem preço”, criados em 2011 (Brasil, 2013b). O programa “Academias da saúde” busca construir espaços públicos de promoção da saúde, oferecendo infraestrutura e equipamentos. Este programa procura promover modos de vida saudáveis, além de estar articulado com as políticas direcionadas para o enfrentamento das condições crônicas. Já o programa “Saúde não tem preço” possibilita o acesso gratuito da população aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes. Este acesso gratuito aos medicamentos é resultado de um acordo entre o Ministério da saúde e entidades da indústria e comércio, beneficiando 7,5 milhões de brasileiros com diabetes e 33 milhões com hipertensão arterial (Brasil, 2014).

Para complementar o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, foi proposto, em 2012, a Rede de atenção à saúde (RAS). A RAS foi instituída em 2013 e prioriza ações nos seguintes eixos temáticos: doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer (de mama e colo de útero). Sua criação objetiva fortalecer e garantir o cuidado contínuo e integral às pessoas com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, através da intersetorialidade, contribuindo para prevenir complicações a partir da intervenção sobre as DCNT (Brasil, 2013b).

Para conscientizar a população sobre os riscos decorrentes da hipertensão arterial, a Organização Mundial da Saúde realizou em 2013 a campanha “Controle sua pressão arterial”. Em função dos altos índices de ocorrência da HA na população mundial, a campanha teve como objetivo dar atenção à prevenção e controle da hipertensão arterial, com o intuito de diminuir o número de pessoas afetadas pela doença e consequentemente, diminuir os riscos de aumento do desenvolvimento de doenças cardiovasculares no futuro (WHO, 2013).

Em 2012, um estudo realizado em Santa Catarina, com moradores de diversas regiões do estado demonstrou uma alta prevalência de valores pressóricos acima do valor estabelecido como normal. Os resultados apontaram que dos 23.532 participantes, 25% deles (5.890 participantes) apresentaram valores de PA acima do normal. Entre as pessoas que vivem com hipertensão que tinham diagnóstico médico, foi observado percentual elevado da PA, correspondendo a aproximadamente 79,3% dos participantes. Este aumento foi mais intenso no público masculino que no feminino, para todas as faixas etárias (Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC) & Serviço Social da Indústria (SESI), 2012).

Uma pesquisa de base populacional, realizada com 1.720 adultos de Florianópolis, revelou que a prevalência de pré-hipertensão arterial e hipertensão arterial neste município foi de 36,1% e 40,1% respectivamente. A pré-hipertensão não se constitui como uma categoria de doença, porém há um maior risco de desenvolver hipertensão arterial e aumento do risco cardiovascular. Foi encontrada associação entre faixa etária a partir dos 40 anos e hipertensão arterial. Além disso, a pré-hipertensão arterial e a hipertensão arterial estiveram associadas diretamente com o sexo masculino, com a inatividade física e com a obesidade (Silva, Pretoski, & Peres, 2012).

Nos anos de 2009-2010 foi realizado em Florianópolis um estudo transversal, de base populacional e domiciliar, com 1.705 participantes. Este estudo revelou que a prevalência de idosos com PA elevada foi de 84,6%. A prevalência de PA elevada foi maior em idosos com idade entre 70-79 anos, com menor escolaridade, com sobrepeso ou obesidade, que nunca fumaram e que não relataram consumo excessivo de bebida alcoólica. Destes idosos que apresentaram hipertensão arterial, um em cada cinco deles não estava em tratamento. Com relação ao conhecimento sobre a hipertensão arterial, este foi 21% maior entre as mulheres e 25% maior em idosos com mais de 80 anos, em comparação com idosos de 60 a 69 anos (Zattar, Boing, Giehl, & d'Orsi, 2013).

A HA se constitui no principal fator de risco para a ocorrência de doenças do aparelho circulatório e AVC. Dessa forma, as ações previstas para a atenção às condições crônicas, no que diz respeito ao tratamento das pessoas que vivem com hipertensão, estão pautadas na realização de ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo), prevenção de complicações, cadastramento de usuários, busca ativa de casos, tratamento, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência (Brasil, 2005; 2013a).

3.2. Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou hipertensão arterial (HA) pode ser definida como um aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária, sendo que estes níveis estabelecidos estão relacionados com os riscos de morbidade e mortalidade cardiovascular (Goldman & Ausiello, 2009). O termo hipertensão arterial é usado a partir de um número estabelecido arbitrariamente, a partir de estudos epidemiológicos, em função do aumento do risco cardiovascular associado a este valor (Jardim, Sousa, Monego, & Barroso, 2005).

No início da década de 1940, a HA era considerada essencial em idosos para vencer a resistência dos vasos envelhecidos e rígidos e manter o fluxo de sangue adequado nos órgãos. Assim, acreditava-se que não se devia reduzir a pressão arterial, apesar da eficácia dos anti-hipertensivos. A partir do final da década de 1940 e início de 1950, o tratamento da hipertensão arterial desenvolveu-se amplamente devido à conscientização do risco da doença, do desenvolvimento de anti-hipertensivos com menores efeitos colaterais e da eficácia comprovada destes medicamentos na redução dos níveis pressóricos, o que diminuiu a mortalidade cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial (Giorgi & Lopes, 2009).

A HA frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, retina e vasos sanguíneos) pela constante exposição aos níveis elevados de pressão arterial. No coração, a HA representa um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. No rim, pode levar à insuficiência renal, sendo uma das principais causas de doença renal crônica. No cérebro, pode aumentar o risco de AVC. Na retina, um conjunto de alterações nos vasos retinianos pode ocorrer em decorrência da HA (Filho, 2004; Goldman & Ausiello, 2009).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento e complicações da HA encontram-se: idade; nível socioeconômico; sexo; etnia; excesso de peso; ingestão de sal e alimentos gordurosos; ingestão de álcool; tabagismo; sedentarismo e diabetes, sendo que a grande maioria das pessoas com hipertensão é portadora de alterações metabólicas, como resistência à insulina, obesidade e dislipidemia (Goldman & Ausiello, 2009; Porto, 2005; WHO, 2013). Por ser uma condição clínica multifatorial, o conceito atual de HA engloba múltiplos mecanismos fisiopatológicos, sendo que fatores ambientais e genéticos também interagem para o início e a manutenção da hipertensão arterial. A

contribuição genética está estimada em 30 a 60% em toda a população, contudo, os fatores ambientais também influenciam no surgimento e manutenção da HA (Oliveira & Bertoldi, 2013).

3.2.1. Fisiopatologia da hipertensão arterial

A pressão arterial pode ser definida como a pressão que o sangue exerce na parede do vaso sanguíneo e tem como finalidade permitir as trocas metabólicas. Ela é o produto resultante do débito cardíaco, que corresponde ao volume de sangue bombeado pelo coração (frequência cardíaca x volume sanguíneo), e da resistência periférica, que é o grau de resistência dos vasos ao fluxo sanguíneo, correspondendo a: $\text{Pressão} = \text{Débito cardíaco} \times \text{Resistência Periférica}$ (Associação Médica Americana, 2003; Goldman & Ausiello, 2009; Irigoyen et al, 2009; Oliveira & Bertoldi, 2013).

Aumentos no débito cardíaco e na resistência periférica podem resultar em um aumento da pressão arterial, o que constitui a hipertensão arterial. O débito cardíaco pode ser alterado por diversos fatores, porém os dois principais são a frequência cardíaca e o volume intravascular. Já o aumento da resistência periférica pode ocorrer por alterações nas funções e estruturas vasculares, que podem ocasionar vasoconstrição, ocasionando o aumento da resistência. Essas alterações podem ocorrer por influências genéticas, hormonais, ambientais, atividades do sistema nervoso simpático, dentre outras causas. Contudo, o aumento da resistência periférica torna-se o principal fator na manutenção da HA (Associação Médica Americana, 2003; Irigoyen et al, 2009; Victor, 2009).

A pressão sistólica e diastólica tende a aumentar com o passar da idade, entretanto, por volta dos 50 anos, ocorre uma diminuição progressiva da pressão diastólica, enquanto a sistólica continua a aumentar. Geralmente antes dos 50 anos de idade ocorre tipicamente hipertensão sistólica e diastólica juntas, possivelmente por vasoconstrição das arteríolas (aumento da resistência). Após essa idade, é mais comum a ocorrência da hipertensão sistólica isolada, devido principalmente à distensibilidade das grandes artérias condutoras, devido à perda de elasticidade (Victor, 2009).

3.2.2. Etiologia da hipertensão arterial

De acordo com sua etiologia, a hipertensão arterial pode ser classificada como (Goldman & Ausiello, 2009; Malachias et al, 2016; Porto, 2005):

Hipertensão Arterial Primária ou Essencial: É responsável pela maior ocorrência dos casos de hipertensão arterial. Não há uma causa identificável, prevalecendo o conceito de que se trata de uma síndrome multicausal e multifatorial.

Hipertensão Arterial Secundária: É possível identificar uma causa específica para o aumento da pressão. Os pacientes com HA de início recente e que tem menos de 30 anos ou mais de 55 anos apresentam maior probabilidade de terem uma causa secundária. As causas secundárias mais comuns são: doenças renais, doenças endócrinas e/ou neurológicas; uso de fármacos, uso de álcool e drogas, ou causas variadas. Nestes casos, pode haver sintomas específicos que fornecem pistas para a causa subjacente da HA.

Hipertensão Sistólica Isolada: Importante fator de risco cardiovascular e aumenta nas faixas etárias mais avançadas. Comportamento anormal da pressão arterial sistólica com pressão arterial diastólica normal.

Hipertensão do Avental Branco: O paciente apresenta medidas de pressão arterial elevadas no consultório e normal fora dele. O efeito do avental branco poderá ser verificado pela medida fora do consultório, por meio da AMPA (Auto medida da pressão arterial), MRPA (Monitoração residencial da Pressão arterial) ou MAPA (Medida Ambulatorial da Pressão Arterial).

Hipertensão Mascarada: Pacientes que apresentam níveis de pressão normais no consultório e alteradas fora dele. É preciso identificar a ocorrência desta, pois esses pacientes têm o mesmo risco de sofrer lesões em órgãos-alvo que os pacientes que vivem com hipertensão arterial diagnosticados.

Crises Hipertensivas: São elevações nos níveis pressóricos de forma aguda, com risco de desenvolvimento de alguma complicação clínica associada a este aumento. Estas crises se dividem em emergências e urgências hipertensivas. As emergências são aquelas em que o indivíduo apresenta risco de morte ou de lesão definitiva em órgão-alvo, necessitando de intervenção médica imediata e intensiva. Já as urgências são consideradas aquelas em que o indivíduo apresenta elevação pressórica aguda, mas sem risco de morte, com intervenção menos intensiva.

A HA, embora seja geralmente assintomática, pode ter alguns sintomas atribuídos à elevação aguda da pressão arterial, os quais são: cefaleias, visão turva, fadiga, tontura e dor torácica (Victor, 2009; Porto, 2005). Na maioria das vezes, a descoberta da HA ocorre em consultas médicas casuais, através da aferição da PA, com detecção de nível elevado e sustentado da PA. A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória, com uso do esfigmomanômetro devidamente calibrado ou com aparelhos semiautomáticos digitais de braço, validados e calibrados (Goldman & Ausiello, 2009; Porto, 2005; Malachias et al, 2016).

3.2.3. Diagnóstico

A medida de PA é definida pelos valores da pressão sistólica e da pressão diastólica. De modo simplificado, o ciclo cardíaco normal se divide em períodos de sístole e diástole. A diástole é o enchimento das câmaras cardíacas com volume sanguíneo, enquanto que a sístole é a expulsão do sangue destas câmaras, sendo que cada sístole é precedida por uma diástole. Sístole refere-se à contração e diástole ao relaxamento. Ao se contrair, o ventrículo esquerdo aumenta a pressão no seu interior e faz o sangue fluir para a aorta, por meio da abertura da válvula aórtica. A entrada de sangue na aorta e demais artérias faz com que suas paredes se distendam e a pressão no seu interior se eleva. Quando o ventrículo esquerdo deixa de ejetar o sangue, a válvula aórtica se fecha e ocorre o ponto máximo da pressão intra-arterial, a pressão sistólica. Em um adulto, a pressão sistólica atinge cerca de 120 milímetros de mercúrio (mmHg) (Mohrman & Heller, 2007).

Na diástole, a pressão ventricular começa a cair rapidamente pelo relaxamento da musculatura miocárdica, o que faz com que a válvula aórtica se feche. A continuação da diástole ventricular permite que se inicie um novo período de ciclo cardíaco (enchimento ventricular). Antes de se iniciar o novo ciclo cardíaco, a pressão registrada na aorta é a pressão diastólica e em um adulto seu valor é de aproximadamente 80mmHg (Mohrman & Heller, 2007).

Desde o começo do século XX, quando surgiram os métodos de aferição da pressão arterial, encontrou-se associação entre os níveis elevados de PA com um aumento da mortalidade devido a este quadro. Os níveis de PA considerados elevados diferem para as faixas etárias, bem como o diagnóstico da HA (Goldman & Ausiello, 2009; Malachias et al, 2016; Porto, 2005).

Diagnóstico em Crianças:

A medida da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos uma vez ao ano, como parte do atendimento pediátrico. A hipertensão arterial nessa população é definida como pressão superior ao percentil 95 de acordo com idade, sexo e percentil de altura, em pelo menos três ocasiões distintas (Malachias, 2016).

Diagnóstico em Adultos (18 anos ou mais)

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), a hipertensão arterial em pessoas com 18 anos ou mais é definida pelos valores da pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg (tabela 1), ou seja, pressão maior ou igual a 14 por 9, em medidas no consultório. Esse diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas em pelo menos duas ou mais ocasiões.

Tabela 1.

Classificação dos níveis de pressão arterial (PA) para indivíduos com 18 anos ou mais.

Classificação	Pressão arterial sistólica (PAS) (mmHg)	Pressão arterial diastólica (PAD) (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2016 (Malachias et al, 2016).

O diagnóstico da hipertensão arterial em idosos requer maior atenção devido à grande variabilidade da PA nesta faixa etária. Dessa forma, é indicado que se faça várias medidas em ocasiões distintas e em diferentes posições: em pé, sentada e deitada. A ocorrência de hipertensão arterial é mais comum nessa faixa etária do que em adultos e crianças (Malachias et al, 2016).

3.2.4. Tratamento da hipertensão arterial

O tratamento da hipertensão arterial pode ser definido em função de que os benefícios de uma intervenção superam os custos e os riscos de não intervir. Dessa forma, o fato do paciente realizar um tratamento trará maiores benefícios do que não realizá-lo (Oliveira & Bertoldi, 2013). O tratamento da HA constitui-se no uso de medicação anti-hipertensiva e na mudança dos hábitos de vida, como cuidados com a alimentação através da redução da ingestão de sódio, práticas regulares de atividades físicas e controle da ingestão de bebidas alcoólicas que, associados com o uso de medicação, reduz os riscos de complicações da doença (Machado & Barbosa, 2008).

O objetivo principal do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, associada às elevações prolongadas na pressão arterial. Contudo, a decisão terapêutica deve ser individualizada, baseada nas características pessoais, nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas, no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, lesões nos órgãos-alvo e/ou presença de doença cardiovascular, e não apenas o nível da pressão arterial (Giorgi & Lopes, 2009; Kollmann jr & Ribeiro, 2009; Malachias et al, 2016; Victor, 2009).

O tratamento medicamentoso constitui-se na indicação de anti-hipertensivo com o intuito de reduzir o nível pressórico, proteger os órgãos-alvo e prevenir complicações decorrentes da HA. O critério de escolha do medicamento deve estar de acordo com as características individuais de cada paciente, à farmacodinâmica de cada droga e às doenças associadas à hipertensão arterial. A terapia farmacológica pode ser realizada através da monoterapia (com apenas uma medicação) ou o uso conjunto de medicamentos, evitando-se aqueles que possam ser inadequados a fatores de risco coexistentes. Além disso, os níveis pressóricos a serem atingidos com o tratamento variam segundo os estágios da hipertensão arterial e complicações relacionadas à doença (Nobre, Moura Jr, & Coelho, 2005; Victor, 2009).

O tratamento não medicamentoso também é indicado como complemento ao tratamento medicamentoso. As medidas que correspondem ao tratamento não medicamentoso são mudanças no estilo de vida, que correspondem à restrição da ingestão de bebidas alcoólicas, redução de peso, aumento da atividade física, restrição da ingestão de gorduras e sal, dieta rica em frutas e vegetais, abandono do tabagismo e controle do estresse. Essas alterações de estilo de vida podem retardar a instalação da hipertensão arterial em indivíduos pré-hipertensivos, como

também podem aumentar a eficácia medicamentosa e influenciar no controle do nível pressórico em pacientes com hipertensão arterial instalada. Além disso, a adoção de hábitos saudáveis pode contribuir para a prevenção de agravos, proporcionando maior qualidade de vida para os indivíduos (Goldman & Ausiello, 2009; Malachias et al, 2016; Pires & Mussi, 2008; Porto, 2005).

O estudo DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) comparou o efeito de três padrões dietéticos sobre a PA e demonstrou que uma dieta rica em frutas, verduras, carnes magras, grãos, laticínios desnatados e escassa em gorduras saturadas e açúcar pode afetar a pressão arterial em adultos de forma favorável, reduzindo os níveis pressóricos tanto quanto a monoterapia medicamentosa em pessoas que vivem com hipertensão no estágio I. O estudo DASH-SODIUM demonstrou que a dieta DASH associada com a redução da ingestão diária de sódio pode contribuir para uma redução maior nos níveis de pressão arterial (Amodeo, Borelli, Sousa, & Passarelli Jr, 2009; Olmos & Benseñor, 2001).

Para verificar os efeitos da ingestão de sal na PA, realizou-se um estudo, na década de 1980, denominado INTERSALT. Este estudo foi realizado em 32 países diferentes, incluindo populações de culturas e estilos de vida variados, avaliando a dosagem de sódio na urina dos participantes, conjuntamente com a aplicação de um questionário sobre os hábitos de vida. Dados sobre peso, altura e PA também foram coletados. Os resultados mostraram que a ingestão diária média de sal nas populações mais industrializadas era de 9g, enquanto que nas populações mais remotas, essa ingestão ficou em torno de 1g a 3g. Além disso, verificou-se que nas populações em que a ingestão de sal era menor, havia menos casos de HA (Olmos & Benseñor, 2001). A redução do consumo de sal associado com uma dieta alimentar adequada traz benefícios evidentes para as pessoas com hipertensão. A OMS recomenda que adultos devam consumir menos que 2000 miligramas de sódio, o que equivale a 5g de sal por dia (WHO, 2013).

Devido à doença ser assintomática, há dificuldade em convencer o paciente a realizar mudanças no estilo de vida e usar medicação de forma constante. Além disso, há outros fatores que dificultam as mudanças comportamentais e o uso contínuo da medicação, como: a ocorrência de efeitos indesejáveis da medicação, interferências na qualidade de vida após início do tratamento, falta de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial, aspectos culturais e crenças do paciente sobre a

doença, que se relacionam com as representações que os indivíduos elaboram sobre a HA (Perdigão, 2008).

3.3. Doença e Representações

As questões que envolvem a saúde e a doença são preocupações universais, apesar dos conceitos de saúde e doença não o serem. O processo de saúde e doença está presente em todas as sociedades, porém cada indivíduo e grupo procura compreendê-lo e explicá-lo de acordo com seus valores e crenças (Langdon & Wiik, 2010). A partir destas crenças, as pessoas agem em consonância com orientações específicas para cada grupo cultural, agindo de acordo com comportamentos considerados mais adequados para prevenir as doenças (Helman, 2003). Assim, as experiências de saúde e doença e os modos de agir diante delas estão pautados nos conhecimentos e crenças que as pessoas e os grupos elaboram e compartilham sobre este objeto social.

Na psicologia social, a crença é uma afirmativa feita por alguma pessoa, com referência à sua experiência própria. Seu conteúdo é simbólico e ela pode se manifestar objetivamente, por meio da linguagem oral ou escrita. As crenças podem ser entendidas ainda como representações mentais relacionadas com os processos cognitivos, afetivos e motivacionais de um indivíduo, e podem ter origem interna ou externa. As de origem interna resultam da cognição e imaginação, já as de origem externa resultam da percepção. As crenças orientam a maneira de pensar, sentir e agir. Elas têm uma lógica e coerência própria e são formas de interpretar e entender o mundo, orientando as condutas sociais nas interações e nas práticas (Krüger, 2011).

Diante de uma doença, tendemos a explicar e a categorizar toda a experiência que se tem com ela, com o intuito de formarmos um conhecimento sobre a doença. Esta organização do conhecimento é feita a partir de nossa cultura, assim, as crenças sobre a doença são baseadas em conhecimentos adquiridos no contexto sociocultural (mídia, família, amigos), de autoridades na área, como profissionais de saúde ou de campanhas de cuidados com a saúde, e da experiência pessoal com a doença. Portanto, todos têm uma experiência coletiva de doença que é moldada culturalmente e que influencia o modo como entendemos a doença e a maneira de tratá-la (Jodelet, 2013; Kleinman, 1988; Nivedita, 2015). A partir deste fundo cultural é que as representações sobre a doença são construídas, sendo que as crenças formam um campo

constituente das representações, a partir do qual os objetos são representados (Apostolidis, Duveen, & Kalampalikis, 2002).

A partir das crenças e visão de mundo de determinados indivíduos e grupos, elaboram-se diferentes teorias etiológicas a respeito das causas das doenças (Langdon & Wiik, 2010), em que dois modelos etiológicos se destacam: modelo exógeno e modelo endógeno. O primeiro considera que a doença ocorre a partir do exterior, devido à ação de algum elemento estranho (real ou simbólico). Assim, a doença pode ter sua origem em um poder sobrenatural ou por meio da relação do ser humano com seu meio físico, que age como uma causa extrínseca ao organismo. Assim, é possível isolar as verdadeiras causas, como por exemplo, a alimentação inadequada (gorduras, açúcar, sal, etc), tabagismo, consumo de álcool e elementos da vida urbana (estresse, poluição, sedentarismo, fadiga, etc). No segundo modelo, a causa da doença é deslocada para o indivíduo, e não é mais considerada como algo estranho, pois ela parte de seu próprio interior. Nesse modelo, desequilíbrios metabólicos e noção de predisposição a doenças e hereditariedade podem ser considerados tendo uma etiologia endógena (Laplantine, 2010).

Helman (2003) destaca que o modelo exógeno pode dividir-se em causas naturais, sociais ou sobrenaturais. As causas naturais associam-se a condições climáticas e ambientais. Já as causas sociais relacionam-se com conflitos interpessoais, enquanto que as causas sobrenaturais estão associadas à entidades sobrenaturais, como divindades. As causas naturais seriam mais comuns nas sociedades ocidentais e industrializadas. Em contrapartida, as causas sociais e sobrenaturais seriam mais frequentes nas culturas não industrializadas.

A atribuição de um modelo ou outro está sempre associado com as crenças, normas e valores do indivíduo. Imputações causais das doenças geralmente são acompanhadas por representações morais que oscilam entre a culpabilidade e ser inocente. Assim, a designação da etiologia da doença pode oscilar entre os dois modelos. Uma terceira possibilidade também existe: a doença tem origem no exterior do indivíduo, contudo, ele poderia tê-la evitado. Na maioria das doenças, é muito difícil separar o que vem exclusivamente do exterior e do interior, podendo haver uma inter-relação entre estes dois modelos. Não obstante, estas são compreensões não científicas que os indivíduos formam acerca das causas de sua doença, o que possibilita o intercâmbio entre um modelo e outro (Laplantine, 2010).

Relacionado às teorias etiológicas, há ainda modelos epistemológicos para explicar a doença: o modelo biomédico,

psicológico e relacional. O modelo biomédico enfatiza os sintomas e a etiologia da doença, combatendo as causas e fazendo desaparecer os sintomas. O modelo psicológico ressalta o caráter intrapsíquico relacionado à doença. O modelo relacional destaca a doença como sendo produto da relação com o meio, enfatizando a relação da doença com o social. Este último modelo não se limita nem só ao plano orgânico nem somente ao plano intrapsíquico, mas sim em uma relação existente entre o físico, psicológico e o meio social (Laplantine, 2001).

A experiência de adoecer é mediada pela cultura e é caracterizada por um processo de reconhecimento dos sinais e sintomas, identificação das suas causas e seus significados, intermediados pelo contexto e pelas relações sociais dos indivíduos (Ferreira, 2008). Cada cultura reconhece diferentes sinais e sintomas que indicam a presença de uma doença e suas possíveis causas. A partir disso, desenvolvem-se ações que objetivam a recuperação ao estado anterior, através da procura pelo tratamento que considerar adequado (Langdon & Wiik, 2010; Kleiman, Eisenberg, & Good, 2012). As representações de saúde e doença interagem para criar concepções específicas das resoluções dos problemas de saúde. O fato de procurar um médico e/ou uma benzedeira vai depender das necessidades identificadas pelos sujeitos, de acordo com a representação que os indivíduos têm acerca da resolução do problema de saúde (Oliveira, 2014).

Herzlich (1996) destaca que a saúde e a doença são sempre pensadas em associação com a noção individual e social, sendo que a relação entre o indivíduo e a sociedade também pode ser expresso nos estados de saúde e doença. Enquanto a saúde pode ser pensada como algo que pertence ao indivíduo, como uma propriedade deste, a doença é pensada como um objeto externo. A doença é vista como um desequilíbrio do homem com seu meio e da interação conflituosa do indivíduo com a sociedade, expressa pela inatividade do sujeito doente. Se a saúde é sinônimo de indivíduo ativo e integrado ao seu grupo e à sociedade, a doença é sinônimo de inatividade e afastamento do meio social.

Além desta relação com o meio social, o processo de saúde e doença é permeado por elementos psicológicos, biológicos e culturais que se encontram e se articulam, sendo que estes fenômenos são compreendidos como um campo de saber e de práticas sociais que envolvem a formulação de conceitos e explicações. Nesse sentido, a doença é percebida de maneira única pelos sujeitos, devido ao que ela representa em sua vida e em suas relações (Oliveira, 2005). Dessa forma, as representações sociais sobre a doença possuem uma lógica e

uma coerência próprias, sendo um modo de pensar autônomo que influencia nas práticas de saúde dos indivíduos (Trindade, 1996).

Diante de uma doença, os indivíduos constroem suas próprias representações ou modelos explicativos a partir de suas percepções sobre a enfermidade. Estas percepções relacionam-se com o modo que o indivíduo irá interpretar os seus sintomas e seu estado de saúde. É a partir desta interpretação que o indivíduo atribui um significado ao objeto percebido (Sousa, 2006). Assim, a representação é um processo que permite o intercâmbio entre a percepção do objeto social e o seu conceito, ou seja, o significado que o indivíduo atribui a ele (Moscovici, 1961/2012). Isto faz com que a representação possa ser entendida como uma visão de mundo, que possibilita o indivíduo ou grupo compreender a realidade a partir de seu sistema de referências e dar um sentido às suas práticas (Abric, 1998).

A doença não é apenas uma condição individual, ela também está associada às relações que se tem com os profissionais de saúde, com a família, com o trabalho, amigos, etc. O processo de saúde e doença não se baseia apenas em aspectos biológicos, mas incluem também aspectos simbólicos (culturais, sociais e individuais), sendo vivenciada de diferentes formas pelos sujeitos (Kleiman, Eisenberg, & Good, 2006; Langdon & Wiik, 2010; Victora, Knauth, & Haffen, 2000). A teoria das representações sociais aborda as dimensões psicológicas, sociais e culturais, e suas mudanças no mundo contemporâneo (Jodelet, 2013), o que possibilita apreender os significados e dimensões que compõem a experiência da doença, esta entendida como um fenômeno multidimensional.

3.4. Referencial Teórico

3.4.1. Teoria das Representações Sociais

Com o término da II Guerra Mundial, em 1945, muitos psicólogos sociais que haviam emigrado para os EUA migraram novamente para a Europa, a fim de colaborarem na reconstrução das universidades e difundir a psicologia social americana pelo continente europeu. Mas esta situação fez com que surgisse uma crítica à tradição psicológica dominante da psicologia social americana, desenvolvendo-se em contrapartida a denominada psicologia social europeia (Farr, 1995). Esta é considerada como uma forma sociológica de psicologia

social e tem como foco a relação entre o individual e o coletivo, buscando uma superação desta dicotomia (Bernardes, 2001).

A teoria das representações sociais é utilizada como marco teórico desta tese. Esta teoria surgiu na Europa, com a publicação de *La Psychanalyse: Son image et son public*, de Serge Moscovici, em 1961. Neste estudo, Moscovici buscou compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, era entendida e difundida pelos grupos populares e meios de comunicação de massa (Farr, 1986). O trabalho de Moscovici surgiu com base na perspectiva europeia em psicologia social, que emergiu nas décadas de 1960 e 1970. Esta teoria situa-se numa posição mista entre conceitos sociológicos e psicológicos, estabelecendo ligação entre indivíduo e sociedade (Duveen, 2012; Jesuíno, 2006).

O conceito de representação social proposto por Moscovici criticava as dicotomias tradicionais de sujeito e objeto, individual e social. Este autor concentrou-se no estudo do conhecimento social como objeto de pesquisa essencial para a psicologia social, o qual engloba processos psicológicos suscetíveis de serem estudados, como percepção, processamento de informação, bem como processos que atuam em conjunto com aspectos sociais, como normas, valores e crenças, elementos esses adquiridos por meio das relações sociais (Palmonari & Cerrato, 2014). Para Moscovici (1981), as representações sociais “são um conjunto de conceitos, afirmações e explicações com origem no cotidiano, no decurso de comunicações inter individuais, e são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças nas sociedades tradicionais” (p. 1-2).

Para criar a teoria das representações sociais, Moscovici baseou-se no conceito de representações coletivas de Durkheim. De acordo com Durkheim, tanto a vida coletiva como a vida mental de um indivíduo é feita de representações. As representações coletivas, propostas por este autor, são homogêneas, vividas por todos os membros de um grupo da mesma forma (Moscovici, 2001). Já as representações sociais são fenômenos dinâmicos e heterogêneos, originados nas relações interpessoais e com o meio ambiente, identificando grupos específicos e não a sociedade como um todo. A utilização do termo representação social ao invés de representação coletiva teve a finalidade de enfatizar esta distinção e indicar um fenômeno, enquanto que o termo original (representações coletivas) indicava um conceito (Moscovici, 1961/2012).

Representar implica na atividade do indivíduo recriar um objeto externo a ele em seu universo cognitivo. A atividade representativa é um

processo cognitivo que une o sujeito e o objeto, sem separação entre o universo externo e interno do indivíduo. Portanto, não há representação sem um sujeito ou sem um objeto (Moscovici, 1961/2012). De acordo com Vala (2006), uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos e coletivamente produzida, sendo um produto da interação e da comunicação no interior de um grupo social, e resultado da atividade cognitiva e simbólica destes. Para Jodelet (2001) a representação social é “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p.10).

As representações sociais nos guiam no modo de definir e nomear os diferentes aspectos da realidade e no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e se posicionar frente a eles. Enquanto sistemas de interpretação da realidade, elas orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Como fenômenos cognitivos, elas envolvem a interiorização de práticas, normas e modelos de conduta socialmente transmitidos. Dessa forma, as representações sociais são um produto e um processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e uma elaboração psicológica dessa realidade (Jodelet, 2001). Elas funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio e determina seus comportamentos e suas práticas. Além disso, as representações são um guia para a ação, tendo papel fundamental na dinâmica das relações sociais e das práticas, por orientar as ações e relações sociais e por determinar um conjunto de antecipações e expectativas diante dos indivíduos, relações e dos acontecimentos cotidianos (Abric, 1998).

As representações sociais diferenciam-se do conhecimento científico. Este último corresponde aos universos reificados e as representações sociais correspondem aos universos consensuais. No universo consensual, os eventos e os objetos são explicados de maneira que estes sejam acessíveis a cada pessoa e relevantes aos seus interesses. Já no universo reificado, que diz respeito à ciência, a sociedade é vista como um sistema de classes e papéis diferentes, em que os membros são desiguais e os objetos e eventos construídos permanecem imunes aos anseios dos indivíduos (Moscovici, 1981; 1961/2012).

A passagem de uma teoria científica para uma representação social diz respeito à necessidade de adaptar a ciência à sociedade, por meio de uma organização de saberes. Assim, o conhecimento científico com relação a um objeto social passa a fazer parte do contexto das pessoas e torna-se um conhecimento socialmente compartilhado

(Moscovici, 1961/2012). Este conhecimento socialmente elaborado e partilhado, também referido como senso comum, é transmitido pelas relações sociais, pela mídia e pelas comunicações interpessoais, e é construído através destas trocas, sendo que a assimilação destas informações orienta as práticas sociais (Jodelet, 2013).

As práticas sociais abrangem dois aspectos: a realização de uma ação e a frequência dessa realização. A relação entre práticas e representações sociais apresenta diferentes enfoques: as representações sociais possibilitando as práticas, as práticas determinando as representações e representações e práticas como interdependentes (Abric, 1994). Essas três diferentes formas de se compreender as relações entre representações sociais e práticas sociais demonstram o grau de dificuldade que se tem ao tentar definir estas relações (Almeida, Santos, & Trindade, 2000). Rouquette (1998) discorda da interdependência das representações sociais e práticas sociais afirmando que as representações são condições das práticas, e estas são agentes de transformação das representações. Optou-se por utilizar-se deste enfoque na tese. É importante considerar que as práticas referem-se a um processo de interação entre sujeito, objeto e grupo social, sendo que estes não podem ser considerados de forma isolada. Assim, é na ocorrência dessas interações que as práticas se consolidam e adquirem significados (Almeida, Santos, & Trindade, 2000).

Pela sua importância na vida social, nas relações e nas práticas sociais, a representação apresenta, de acordo com Abric (1998), quatro funções básicas: a) função de saber, permitindo que os indivíduos adquiram conhecimentos e os integrem em um quadro compreensível para eles, em coerência com seus valores; b) função identitária, em que as representações definem a identidade e permitem proteção do grupo, bem como a comparação social; c) função de orientação, em que as representações desempenham o papel de guia dos comportamentos e das práticas; d) função justificadora, que permite aos indivíduos justificar e explicar seus comportamentos, opiniões e posições tomadas sobre determinado objeto social.

As representações sociais podem ainda referir-se a três esferas de pertencimento: subjetividade, inter-subjetividade e trans-subjetividade. Essas esferas se cruzam no processo de elaboração das representações sociais e permitem verificar o papel das diferentes dimensões. A noção de subjetividade remete ao sujeito e a forma que este se apropria e constrói as representações sobre determinado objeto, e tem a função de expressar os significados dados pelos indivíduos a determinados objetos sociais. Já a esfera da inter-subjetividade permite especificar as

representações elaboradas através das relações sociais, o que resulta na transmissão de informações a respeito de um objeto. Por fim, a trans-subjetividade remete a elementos que perpassam os processos subjetivos e intersubjetivos e relaciona-se com o contexto no qual circulam as representações, compreendendo elementos como normas e valores sociais (Jodelet, 2013).

3.4.2. Abordagens das Representações Sociais

Com relação ao estudo das representações sociais, há três abordagens complementares que se destacam: a abordagem dimensional, dinâmica e estrutural. Elas se diferenciam por abordarem aspectos diferentes da representação. Moscovici (1961/2012) verificou em seu estudo fundador da teoria das representações sociais que a representação se organiza de forma diferenciada, de acordo com os diversos grupos, o que constitui diferentes universos de opinião. Cada universo possui três dimensões: a atitude, a informação e o campo. Estas três dimensões fornecem uma visão do conteúdo e sentido das representações.

A dimensão informação refere-se à quantidade e qualidade de conhecimento sobre o objeto da representação e à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito do objeto representado. A dimensão atitude corresponde à preparação para ação, com uma orientação valorativa, favorável ou desfavorável, que o grupo tem frente ao objeto da representação. A dimensão campo da representação é referente à ideia e imagem dos elementos envolvidos com o objeto. O campo representacional refere-se aos conteúdos da representação e envolve significações, saberes e informações a respeito do objeto. Nem todas as dimensões se manifestam da mesma forma, sendo que a atitude tende a ser a mais frequente por provavelmente o indivíduo tomar uma posição a respeito de um objeto para depois representá-lo (Moscovici, 1961/2012).

A partir da obra de Moscovici, diversos estudos foram desenvolvidos com o intuito de expandir este novo campo de pesquisa e aprofundar a teoria. Jodelet (2005) utilizou a abordagem dinâmica em seu estudo sobre as representações sociais da loucura. Esta abordagem, também chamada de processual, enfoca o modo como as representações são elaboradas e investiga sua gênese e os processos envolvidos na formação das representações, como a objetificação e a ancoragem. Esta abordagem também busca compreender como as representações sociais interferem na vida diária dos indivíduos (Almeida, 2009; Arruda, 2002).

A abordagem estrutural refere-se à organização dos elementos da representação social. Para Abric (2003), o conjunto de crenças, atitudes e informações que compõe as representações sociais de um objeto social se organizam em torno de um duplo sistema: o núcleo central e o sistema periférico. O núcleo central determina a consistência, permanência e o significado da representação, sendo resistente à mudança e estável. Os elementos periféricos constituem os elementos mais acessíveis da representação. Esses elementos se organizam em torno do núcleo central. O núcleo central define a homogeneidade e singularidade das representações, enquanto que o sistema periférico permite a heterogeneidade de conteúdos (Abric, 1998; 2003).

A partir destas três abordagens principais, novos estudos foram desenvolvidos, com destaque à escola de Genebra, liderada por Doise. Esta abordagem, denominada societal, enfatiza a inserção social dos indivíduos e busca a articulação de explicações de ordem individual e de ordem societal, conectando o individual ao coletivo. Busca investigar o princípio organizador das representações, seguindo uma perspectiva mais sociológica (Almeida, 2009).

Esta tese tem como objetivo caracterizar as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para diferentes grupos. Neste projeto, são utilizadas as abordagens dinâmica e estrutural das representações sociais, contudo, há o predomínio da abordagem dinâmica neste trabalho.

Conforme Moscovici (1988), há três meios em que a representação pode se tornar social, dependendo das relações entre os membros dos grupos. As representações compartilhadas por todos os membros de grupo (cidade, nação) são chamadas hegemônicas e tendem a ser uniformes e coercitivas, refletindo homogeneidade e estabilidade. As representações chamadas emancipadas são o produto da circulação de conhecimento e de ideias de grupos em contato próximo e resultam do compartilhamento de interpretações e de símbolos, tendo uma função complementar. Por fim, as representações polêmicas são geradas a partir de conflitos sociais, em um contexto de oposição e são determinadas por relações antagônicas entre os membros dos grupos.

De acordo com Abric (1998), toda representação é uma forma de visão global de um objeto e permite uma reestruturação da realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto e das experiências anteriores do sujeito. O objeto da representação está inscrito num contexto ativo, em que toda a realidade é reapropriada pelo indivíduo ou grupo e é integrada ao seu sistema de valores, contexto social e ideológico, sendo reconstruída no seu sistema cognitivo

(Moscovici, 2003). Dessa forma, o ato da representação transfere o que é desconhecido e incomum em algo familiar. Para que essa transferência seja possível, dois processos são fundamentais: a ancoragem e a objetificação. Estes dois processos servem para nos familiarizar com o desconhecido e referem-se à elaboração de uma representação social, mostrando a interdependência entre a atividade psicológica e o contexto social (Jodelet, 2005; Moscovici, 1981; 1961/2012).

3.4.3. Ancoragem

A ancoragem é o processo através do qual o não familiar torna-se familiar (Moscovici, 1981; 1961/2012). Sua finalidade é facilitar a apreensão do objeto novo, reconduzindo-o a um ambiente conhecido (Galli, 2006). Este processo refere-se à integração cognitiva do objeto representado dentro do sistema de pensamento preexistente e às transformações da representação, derivadas deste sistema. As representações sociais fornecem uma rede de significados que permitem a atribuição de sentidos a acontecimentos, pessoas, grupos ou fatos sociais. Três funções básicas da representação são articuladas na ancoragem: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais (Jodelet, 2005; Vala, 2006).

A ancoragem relaciona-se com a instrumentalização social do objeto representado, levando à formação de novas representações e à transformação das representações já existentes (Vala, 2006). Uma representação social é um código de interpretação da realidade que ancora o desconhecido. Portanto, ancorar significa classificar e nomear tudo que está sem classificação e sem nomeação. Nesse sentido, a representação é basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos (Moscovici, 1981; 1961/2012).

Classificar algo significa enquadrar alguém em um conjunto de regras e comportamentos que determinam o que é e o que não é permitido com relação a todos os indivíduos que pertencem à mesma classe. Contudo, é impossível classificar sem se atribuir nomes (Moscovici, 1981). A classificação e a nomeação são processos que acontecem simultaneamente. Nomear, dar nome a alguém ou a algo significa retirá-lo do anonimato e colocá-lo na matriz de identidade de nossa cultura. Após a nomeação, o objeto ou pessoa pode ser descrito e adquire determinadas características, podendo ser diferenciado de outros objetos e pessoas através destas características (Moscovici, 1981). A

nomeação e a classificação são dois aspectos primordiais da ancoragem das representações, cujo objetivo principal é facilitar a interpretação de características e a compreensão das ações das pessoas (Moscovici, 1961/2012).

3.4.4. Objetificação

O processo de objetificação permite que um conceito ou noção abstrata torne-se concreto através de imagens ou ideias. Neste processo, o abstrato torna-se concreto através de sua expressão em imagens e metáforas. Assim, analisar o processo de objetificação consiste em identificar os elementos que dão sentido a um objeto (Vala, 2006). Esse processo une a ideia de familiaridade com a de realidade. Assim, a objetificação permite que conceitos e imagens sejam associados e reproduzidos no mundo exterior, para que determinadas ideias possam ser objetivadas na realidade cotidiana, tornando-se visíveis para o indivíduo (Moscovici, 2012).

Este processo envolve três momentos: construção seletiva, esquematização e naturalização. O processo de construção seletiva caracteriza-se pela seleção e descontextualização de informações, crenças e ideias sobre o objeto da representação, o que possibilita que apenas uma parte da informação sobre o objeto seja utilizada, formando um todo coerente para o grupo (Vala, 2006). Este processo opera como um filtro, que aceita certos elementos e rejeita outros (Galli, 2006). O processo de esquematização corresponde à organização dos elementos da representação e refere-se a um padrão de relações estruturadas, que corresponde a um princípio organizador da informação e permite a materialização do conceito ou palavra (Vala, 2006). A partir da esquematização, os conceitos e as relações se constituem como categorias e adquirem materialidade, ou seja, tornam o símbolo ou ideia real, caracterizando o processo de naturalização (Moscovici, 1961/2012).

Analisar o processo de objetificação consiste em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, a seleção de conceitos e a relação entre esses, que possibilita a materialização de conceitos abstratos (Vala, 2006). A estrutura imagética da representação se torna guia de leitura e referência para compreender a realidade e o pensamento social. Desta forma, estes dois processos, a ancoragem e a objetificação, que estão envolvidos com a elaboração e funcionamento de uma representação, permitem que os indivíduos se familiarizem com

o desconhecido e elaborem representações a respeito de objetos sociais (Jodelet, 2001; 2005).

Por meio dos processos de objetificação e ancoragem, ocorre também a transformação de informações recebidas em algo familiar. Quando os indivíduos recebem uma mensagem complexa e abstrata, eles procuram transformá-la em um esquema simples e concreto, o que corresponde ao processo de objetificação. A transformação da informação recebida é incorporada às crenças e conhecimentos pré-existentes, através do processo de ancoragem. Assim, para compreender novas informações, o indivíduo focaliza aspectos intrigantes e não familiares da mensagem, transformando-as em algo concreto e articulando-as com crenças e saberes anteriores (Clémence & Green, 2006).

3.4.5. Representações Sociais e Comunicação

A comunicação pode ser definida operacionalmente como a transmissão de uma mensagem de um lugar a outro. Há dois grandes modelos de análise da comunicação: o modelo tecnicista e o modelo psicossociológico. O primeiro modelo aborda a transmissão da informação de um ponto ao outro, numa relação entre emissor e destinatário. O emissor, desejando transmitir uma informação, deve traduzi-la em uma linguagem compreensível ao destinatário e compatível com o meio de comunicação utilizado. O receptor irá receber a mensagem e, através de uma atividade de decodificação, irá compreender a mensagem (Abric, 1996).

Este modelo tecnicista foi alvo de críticas, pois ignora totalmente o fato da comunicação ser efetuada entre indivíduos. Em contrapartida, o modelo psicossociológico considera a comunicação como uma troca de informações entre indivíduos em determinada situação social, através da interação entre eles. Assim, toda comunicação é uma interação, sendo um processo dinâmico, com influência recíproca entre dois atores sociais. Assim, a qualidade da comunicação interindividual é determinada pelo tipo de relação existente entre as duas pessoas em interação (Abric, 1996).

Abric (1996) ressalta que todo processo de interação na comunicação relaciona-se com quatro funções. Estas funções correspondem a: a) controle da compreensão da mensagem; b) adaptação da mensagem às características dos atores, às dificuldades encontradas e situações que necessitem de uma modificação do conteúdo; c) flexibilidade dos papéis e das funções dos diferentes atores

envolvidos na comunicação, facilitando a compreensão do ponto de vista do outro; d) função socioafetiva, permitindo um feed-back que aumente a segurança interna dos atores e a satisfação.

É por meio da comunicação que o pensamento social é transmitido, elaborado e transformado. A comunicação sempre ocorre com uma finalidade e envolve aspectos psicológicos, cognitivos, culturais e sociais, sendo diretamente influenciada por estes. Sendo a representação social um produto das interações e das comunicações, ela funcionará como um filtro interpretativo através do qual os indivíduos irão decodificar e interpretar as situações vividas e a comunicação interpessoal (Abric, 1996). É por meio da comunicação interpessoal, pelas trocas e conversas com membros dos grupos que as opiniões são criadas, compartilhadas e interpretadas de modo compatível com a visão do próprio grupo (Wachelke, 2013). Assim, a comunicação tem grande importância na gênese das representações sociais, já que a relação entre as pessoas é o que as mobiliza e dá sentido a elas (Moscovici, 1961/2012).

Por meio da comunicação interpessoal, intergrupar e da comunicação social é que as representações sociais são elaboradas, compartilhadas e transformadas (Ordaz & Vala, 1997). A comunicação se estabelece como um meio de ação que orienta o conteúdo que é transmitido ao outro, sendo que o ato de comunicar estabelece uma relação entre o emissor e o receptor, tendo como principal função esta interação. Neste processo, a comunicação não se reduz à transmissão de mensagens originais sem mudanças, pois as normas e valores dominantes dos grupos permitem filtrar o que é necessário das informações e o conteúdo adquire outra forma (Moscovici, 1961/2012). Ao receber uma mensagem, o indivíduo realiza uma interpretação e dá uma significação a ela. O significado que o indivíduo atribui à mensagem recebida está relacionado com aspectos cognitivos, afetivos e sociais (Abric, 1996).

Diante das mensagens e informações recebidas, as que se relacionam com o sistema de crenças, normas e visão de mundo dos indivíduos tendem a serem mais retidas do que as que não correspondem (Abric, 1996). Assim, a comunicação é um processo complexo que produz diferentes significações e sentidos para cada indivíduo e que está articulado com a vida cotidiana (Bousfield, 2007). Dessa forma, o conhecimento das representações dos atores envolvidos no processo de comunicação é um elemento importante para o estabelecimento de uma comunicação social mais efetiva (Abric, 1996; Moscovici, 1961/2012).

Esta comunicação efetiva é essencial na relação entre profissionais de saúde, paciente e familiar. É por meio dela que o profissional pode ajudar o paciente e seus familiares a compreender o problema de saúde e auxiliá-los no enfrentamento. Muitas vezes o conteúdo transmitido pelo profissional de saúde não é apreendido pelo paciente e familiar em função da linguagem técnica empregada. Assim, quanto maior a habilidade do profissional de saúde em relacionar o saber do paciente com o seu, melhor será o desempenho deste profissional no processo de repassar informações e conteúdos aos pacientes e familiares (Silva, 2002).

3.4.6. Representações sociais e relação entre os grupos

Um grupo é caracterizado por indivíduos que fazem parte da mesma categoria e possuem algum grau de consenso sobre seu grupo e seus membros. Os grupos sociais, desta forma, possibilitam aos seus membros uma identificação em termos de categorias sociais, o que permite a formação de uma identidade social relacionada a estas categorias (Tajfel & Turner, 2004). O sentimento de pertença a uma categoria social e não a outra faz com que se produzam diferentes representações de um mesmo objeto, por formar uma identidade social correspondente com este sentimento de pertença (Souza & Camargo, 2002).

As representações sociais permitem aos grupos entenderem o mundo que os rodeia e organizarem o modo de vida e as práticas sociais (Castro, 2014). Além disso, os grupos elaboram sistemas de pensamentos sobre si e sobre os outros grupos, integrando as percepções intergrupais, o que permite antecipar e explicar o comportamento do próprio grupo (endogrupo) e dos outros grupos (exogrupo) (Vala, 1997). A avaliação do próprio grupo pelo indivíduo é determinada pela comparação social com os outros grupos, em termos de atributos e características (Tajfel & Turner, 2004). Esta diferenciação determina as relações intergrupais e reforça a identidade social de forma positiva (Álvaro & Garrido, 2006).

A teoria da identidade social permite explicar as necessidades e motivações individuais e grupais, com o intuito de manter uma identidade social positiva com relação aos outros grupos, o que contribui para compreender a dinâmica interpessoal e intergrupar (Breakwell, 1993). De acordo com Tajfel (1982), a identidade grupal se relaciona com a filiação da pessoa a um grupo social, incluindo a significação

emocional e valorativa que resulta deste processo. A identidade social resulta do pertencimento a certos grupos sociais e da comparação que a pessoa estabelece entre os grupos. A partir do momento que a pessoa se percebe como membro de um grupo social, a categorização social é o processo básico pelo qual se constrói a identidade social (Álvaro & Garrido, 2006). Quanto maior o sentimento de pertença a um grupo, maior a tendência de diferenciar de uma maneira favorável o seu próprio grupo dos outros grupos (Torres & Camino, 2011).

As representações sociais contribuem para a formação da identidade grupal, na medida em que ao compartilhar uma representação social, os membros do grupo possuem uma visão de mundo comum entre eles (Doise, 2013; Moscovici & Hewstone, 1983). Elas integram as relações e práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos e grupos, permitindo compreender a realidade através do seu próprio sistema de referências, e explicar e justificar suas condutas em dada situação ou em relação a outros grupos. As representações apresentam ainda uma função antecipatória, que permite predeterminar os comportamentos e relações intergrupais (Abric, 2003). Desta forma, compreender as representações sociais dos grupos estudados possibilita conhecer os diferentes saberes que se elaboram sobre a hipertensão arterial e como estes saberes se interpõem na relação que se estabelece entre eles.

3.5. Representações sociais e doenças crônicas

Em seu estudo sobre representações sociais da saúde e da doença, Herzlich (1996) verificou que a saúde foi representada como ausência de doença, como atividade social, equilíbrio, boas relações com os outros e bem estar psicológico. Em contrapartida, a doença foi representada como: a) destrutiva, em que a essência da doença é a inatividade, com diversas implicações, como perda do papel social e familiar, dependência, problemas financeiros e exclusão social do doente; b) libertadora, sendo que a ruptura do ritmo cotidiano e das obrigações sociais em função da doença é vista de forma positiva, como uma libertação, com papel ativo do indivíduo; c) doença como ocupação, neste caso, a representação se pauta na luta contra a doença e no envolvimento com seu tratamento, em que o indivíduo aceita a doença e se adapta com o novo modo de vida. Apesar da doença ser representada de forma negativa pela maioria das pessoas, a manutenção da função social e a valorização da saúde são tidas como aspectos importantes para o enfrentamento da doença.

Simões e Souza Filho (2013) realizaram uma pesquisa com dez pacientes internados em decorrência de agravos de diferentes doenças crônicas, com o intuito de verificar os significados de viver com uma doença crônica e o conceito de saúde e doença para estes participantes. Os autores verificaram que os resultados foram semelhantes, independente do tipo da doença. Com relação a viver com uma doença crônica, os resultados mostraram que os participantes representam a doença como parte central de suas vidas, sendo que a vida gira em torno da doença, sendo esta um processo que se instaura e avança dia a dia. A saúde foi representada pelos participantes como algo importante e insubstituível e a doença foi representada como perda da saúde, havendo oscilação entre momentos de saúde e momentos de maior exacerbação da doença.

Stuhler e Camargo (2012), com o objetivo de investigar as representações sociais do diabetes mellitus tipo 2 e do tratamento, realizaram um estudo com 40 participantes, homens e mulheres. Esta condição crônica foi representada como uma doença difícil, que exige cuidados e como uma doença do “não”, devido à restrição alimentar. A diabetes foi associada ainda aos seus sintomas característicos e ao descobrimento da doença por acaso. O tratamento foi representado como difícil, porém vantajoso, sendo importante para evitar complicações decorrentes da diabetes. Ademais, o médico foi descrito como tendo a função de prescrever medicamentos, possibilitando o tratamento da doença. O tratamento medicamentoso ganhou maior destaque e teve maior prioridade do que mudanças de hábitos, como mudanças alimentares.

Em um estudo realizado sobre as crenças em saúde e sua influência nos cuidados em pessoas que vivem com doenças crônicas, realizado por Machado e Koelln (2009), a saúde e a doença aparecem como opostas. Para os participantes, a saúde foi considerada como um valor, associada ao ser saudável, e foi considerada como algo importante para suas vidas. A doença crônica foi representada como incurável, trazendo como característica o fato de ser para o resto da vida e a aceitação da enfermidade para poder conviver com ela. Os cuidados mais importantes que se deve ter são com a medicação e com a alimentação, considerados como essenciais pelos participantes para manter a saúde.

Campos-Navarro et al (2002), observaram que as condições crônicas como diabetes, artrite e hipertensão arterial são explicadas como sendo causadas pela hereditariedade, bem como por eventos que aconteceram durante a vida e que desencadearam a doença. A

explicação para a causa destas doenças varia de acordo com as circunstâncias de vida na qual se encontram os participantes, alternando entre explicações decorrentes do plano social e explicações decorrentes do plano orgânico.

As pessoas que vivem com HA divergem do modelo médico em suas crenças sobre a doença e podem acreditar que esta é intermitente. Suas causas são associadas a fatores psicológicos como estresse, fatores sociais, como conflitos interpessoais, fatores ambientais e fatores individuais, como certos hábitos de vida (Kronish et al, 2012; Silva et al, 2013). O fato de considerar os hábitos de vida como desencadeadores da hipertensão arterial traz uma responsabilização e culpabilização dos participantes pela sua condição, devido às suas escolhas não saudáveis.

Em estudo realizado por Silva et al (2013) sobre as concepções e significados da hipertensão arterial, esta doença não foi associada à perda de saúde. Os participantes não se consideravam doentes pelo fato da HA não apresentar sintomas físicos e não restringir nenhuma atividade, apesar do uso contínuo e diário de medicações.

Um estudo realizado por Ribeiro et al (2011) com mulheres portadoras de hipertensão arterial demonstrou que esta doença é vista como incômoda e associada com as mudanças de hábitos e com a perda da qualidade de vida se não for controlada. Além disso, as participantes relataram tristeza com relação ao uso de múltiplos medicamentos e com o uso regular da medicação. Contudo, as participantes referiram aceitação da enfermidade, pela possibilidade de controle da doença e por conseguir manter uma rotina normal de atividades diárias.

Strahl (2003) destaca que o conhecimento sobre HA agrega aspectos biomédicos como hereditariedade e obesidade, e as dificuldades e problemas vivenciados pelas pessoas no decorrer da vida. Estas informações foram incorporadas pelos meios de comunicação, através das mensagens sobre saúde fornecidas por especialistas em HA, influenciando os conhecimentos e entendimentos sobre a doença na população. Contudo, a maioria das pessoas acredita que o surgimento de sintomas marca o início da doença. Apesar dos conhecimentos científicos influenciarem o entendimento sobre a HA, as crenças populares ainda permeiam as concepções sobre esta condição crônica.

Leão e Silva et al (2013) verificaram que as representações sociais da HA para idosos se organiza em torno dos sintomas e dos principais riscos, caso a doença não seja tratada. Os autores destacam que a percepção da HA como uma doença sintomática melhora os índices de tratamento, pois sendo assintomática, muitos pacientes não acham necessário realizar o tratamento medicamentoso. Após o

participante apresentar algum sintoma, este teria um comportamento de precaução e cuidado e começaria a tomar a medicação. Ademais, os idosos associaram a HA a sintomas psicológicos como nervosismo decorrente de conflitos interpessoais. Este fato pode fazer com que ela seja representada como passageira e a medicação passa a ser negligenciada pelos participantes. Alguns idosos relataram a dificuldade de tomar a medicação em função do número de medicamentos e da complexidade do regime terapêutico, o que contribui para o esquecimento.

A representação social da HA é associada com o aparecimento de sintomas físicos e com a constante preocupação de controle da PA, que se dá através do uso diário da medicação. Além disso, o uso da medicação como tratamento é com frequência mais presente do que a mudança de hábitos alimentares inadequados e a realização de exercícios físicos. Muitas vezes a hipertensão arterial é associada ao uso contínuo da medicação, sendo que esta é vista, frequentemente, como a principal forma de controle e de tratamento para esta doença (Silva, 2014; Silva & Bousfield, 2016). Nations et al (2011) destacam que o fato de tomar medicação pelo resto da vida é visto como uma obrigação, e faz com que a pessoa sinta-se sempre doente, apesar da medicação diminuir sensações de desconforto causadas pelo aumento da PA.

Costa e Silva et al (2008), em um estudo realizado com mulheres com HA verificaram que esta enfermidade é vista como perigosa e que requer o uso sistemático da medicação. Porém as participantes relatam o uso da medicação como insatisfatório pelo rigor de horários, pelo uso contínuo e pelo esquecimento de tomá-la em função do excesso de tarefas no dia a dia. Segundo Costa e Silva, Moura, Souza e Camargo (2011), a hipertensão arterial também é representada pelas mulheres como um mal passageiro e está relacionada com a elevação da PA. No que diz respeito ao tratamento, as mulheres enfatizaram o medicamento como uma forma eficaz de intervenção e como uma garantia de evitar complicações da doença, sendo que as mudanças no estilo de vida não ganharam destaque.

A partir dos resultados destes estudos, constata-se que o modelo da medicalização exerce maior controle sobre a qualidade de vida e sobre a rotina das pessoas que vivem com HA. Este fato evidencia a valorização existente do uso da medicação em detrimento de outras práticas como os exercícios, a perda de peso e a mudança de hábitos alimentares. O medicamento é representado como uma solução aos possíveis males consequentes das complicações da HA e é a forma de tratamento mais difundida e frequente, indicando também uma fé no

saber médico. Dessa forma, deposita-se na medicação e no profissional de saúde o poder de controlar os níveis pressóricos, considerando que apenas tomar os medicamentos é suficiente para a realização do tratamento da HA (Costa e Silva et al, 2008; Costa e Silva et al, 2011; Demaio et al, 2013; Leão e Silva et al, 2013; Nations et al, 2011; Nunes, Nogueira, & Pedrosa, 2012; Péres, Magna, & Viana, 2003; Silva et al, 2013; Silva, 2014; Silva & Bousfield, 2016).

Em estudo realizado por Guedes et al (2011), as pessoas com hipertensão arterial destacaram como principais barreiras ao tratamento a condição financeira, o excesso de medicação, a prática de atividade física e o tratamento contínuo e ininterrupto. Os autores destacam que as barreiras ao tratamento relacionam-se com três dimensões: pessoais, emocionais e estruturais. As correspondentes à dimensão pessoal foram as mudanças nos hábitos de vida e o uso contínuo de medicamentos. As barreiras associadas à dimensão emocional foram o convívio com a doença e suas limitações e as estruturais foram o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos. Os autores destacam ainda que a idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico são variáveis que podem interferir no tratamento.

Com relação às barreiras e aos facilitadores do tratamento da HA, Flynn et al (2013) destacam que a mudança de hábitos como parar de fumar, diminuir a quantidade de sal na alimentação e a tomada diária de medicação podem ser barreiras que dificultam a realização do tratamento de forma adequada. Ademais, o conhecimento limitado sobre a HA e suas complicações também aparece como uma barreira para seguir o tratamento. Como facilitadores do tratamento, ganham destaque a participação da família no controle da doença e o vínculo estabelecido com os profissionais de saúde.

Apesar de algumas pessoas com hipertensão apresentarem bons conhecimentos sobre a HA, isso não é suficiente para que se mantenha o controle sobre a PA, o que indica que há uma incongruência entre a informação e conhecimento sobre a doença e a prática diante desta. Assim, apesar das pessoas com hipertensão saberem o que deve ser feito para controlar os níveis de PA, elas não agem em conformidade com o saber sobre a doença, preferindo agir de acordo com suas opiniões, experiências e saberes socialmente partilhados em seu meio (Leão e Silva et al, 2013).

A doença é vista pelas pessoas que vivem com HA ora como perigosa, gerando insegurança, dúvidas e medos com relação às suas complicações, ora como uma doença que não traz limitações ou preocupações. Verificou-se através destes estudos que a HA muitas

vezes é associada à aspectos psicológicos, como estresse e conflitos interpessoais, o que pode influenciar na decisão de tomar a medicação e seguir as prescrições médicas. Com relação ao enfrentamento da doença, seguir o tratamento adequado e o apoio familiar foram citados como as formas encontradas de lidar com as dificuldades e situações adversas geradas pela doença.

A maneira de explicar a doença e agir diante desta se constitui a partir de uma relação entre conhecimentos especializados e populares. Dessa forma, há uma variação na forma em que os médicos e os pacientes constroem seus conhecimentos sobre as doenças e sobre o cuidado em saúde (Campos-Navarro et al, 2002). Considerando que os conhecimentos e entendimentos sobre a doença influenciam no tratamento desta, é importante verificar também como os profissionais de saúde representam a hipertensão arterial, pois suas representações guiarão suas práticas profissionais.

3.6. Profissionais de saúde e hipertensão arterial

A hipertensão arterial se constitui em um desafio para os profissionais de saúde, pois estes precisam estar guiando os pacientes para o controle e a prevenção de agravos da doença. Em geral, os especialistas têm um papel específico a desempenhar frente o tratamento de determinada doença, enquanto que os pacientes têm expectativas sobre como o profissional desempenhará seu papel, como também sobre os métodos terapêuticos que serão empregados por ele (Langdon & Wiik, 2010).

Os profissionais de saúde têm papel primordial no acompanhamento das pessoas com HA e nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da doença. Dentre estes profissionais destacam-se os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, responsáveis pelo acompanhamento dos usuários com HA e pelo monitoramento e verificação da PA em serviços de saúde. Quando necessário, poderão solicitar o apoio de outros profissionais de saúde, realizando encaminhamentos de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis (Brasil, 2013b). No cuidado específico às pessoas que vivem com HA, o profissional que se sobressai é o enfermeiro. Este profissional fica responsável por acompanhar a pessoa com HA sistematicamente no serviço de saúde. Assim, o enfermeiro pode contribuir para minimizar as barreiras ao tratamento anti-hipertensivo por meio de acolhimento, orientações e dando a assistência necessária ao indivíduo que vive com esta doença (Guedes et al, 2011).

A assistência dada pelos profissionais de saúde é um fator que contribui para melhores resultados no tratamento. Ela constitui-se em ações por parte destes profissionais que permitam identificar barreiras associadas ao tratamento e às mudanças de hábitos de vida. Esta assistência dos profissionais de saúde almeja encorajar o envolvimento dos usuários no tratamento, elaborar o plano de ações e metas em conjunto com o usuário e assegurar o suporte necessário para este realizar as mudanças necessárias. A assistência, quando é realizada de forma adequada, permite melhor controle glicêmico em pessoas que vivem com diabetes e melhor controle da PA em pessoas que vivem com hipertensão (Mendes, 2012). Além disso, a qualidade da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde tem impacto positivo no tratamento de diversas condições crônicas, como câncer, diabetes e HA (OMS, 2002).

O relacionamento entre profissional de saúde e paciente é uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico e científico e o coloca à disposição da outra, que o aceitará ou não. Esta relação envolve aspectos cognitivos, técnicos e científicos, que influenciam nesta relação. Muitas vezes, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em perceber que a relação com o paciente é essencial para o êxito terapêutico, e que uma relação imbricada na confiança recíproca tem efeitos positivos na adesão do paciente ao tratamento e no seu engajamento com os cuidados diante da doença (Segre & Ferraz, 1997).

O compartilhamento de informações detalhadas sobre medicações, necessidades alimentares, dentre outras, entre os profissionais, pessoas usuária e seus familiares contribui de maneira positiva para que as pessoas que vivem com HA participem efetivamente do processo do tratamento (Mendes, 2012). O paciente que recebe explicações acessíveis e claras compreende melhor a importância do tratamento e sente mais vontade de cooperar (Kronish et al, 2012; Mirzaei et al, 2013; Waidman et al, 2012). Assim, a comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes tem um papel importante no cuidado com a saúde de pacientes que vivem com HA, podendo contribuir para a manutenção do tratamento.

Apesar dos pacientes receberem informações dos profissionais de saúde sobre sua doença, muitas vezes demonstram desconhecimento sobre sua condição, indicando que as orientações passadas não foram efetivamente absorvidas e compreendidas. Dessa forma, é importante estabelecer uma comunicação e interação adequada entre pacientes e profissionais da saúde, com ênfase no diálogo e na interação (Peres et al,

2003). Para que isto aconteça, é importante que haja um fechamento do ciclo da informação, que corresponde a perguntar ao usuário do serviço se ele entendeu as informações repassadas, o que contribui para a melhor compreensão das informações por parte dos usuários (Mendes, 2012).

Os profissionais de saúde geralmente reconhecem a importância de fornecer uma orientação adequada ao paciente, com relação ao plano terapêutico e às mudanças necessárias. Esta orientação constitui-se como importante ferramenta para a atuação do profissional de saúde, sendo que estes assumem a tarefa de transmitir informações e conhecimentos especializados para os pacientes, e muitas vezes, acreditam que isto basta para que o paciente compreenda sua condição e siga o tratamento. Contudo, isto não é suficiente sem levar em consideração o entendimento e as crenças do paciente sobre sua doença (Kronish et al, 2012; Reiners & Nogueira, 2009; Silva & Moura, 2011; Waidman et al, 2012).

Silva e Moura (2011) verificaram em seu estudo que os profissionais de saúde demonstraram ter conhecimento sobre a fisiopatologia da HA e das medidas de controle da doença. Contudo, mesmo tendo o conhecimento especializado, os profissionais buscam o conhecimento do senso comum para explicar a relação da doença com os fatores de risco associados, para que estas informações sejam mais acessíveis aos pacientes. Os profissionais de saúde relatam ainda dificuldade das mulheres que vivem com HA em entenderem as orientações prescritas, considerando-as como sendo rebeldes, pelo fato delas não seguirem o tratamento.

Em uma pesquisa realizada por Almeida et al (2011) os profissionais de saúde representaram as pessoas que vivem com HA como resistentes ao tratamento e às mudanças dos estilos de vida. Com relação à doença, os profissionais a representaram como limitadora, mas com possibilidade de controle por meio de recursos que estão à disposição dos usuários de serviços de saúde. Além disso, 76,2% dos profissionais de saúde entrevistados relataram a terapia medicamentosa como ação central das ações do cuidado à pessoa com HA.

Com relação ao cuidado e controle da hipertensão arterial, os profissionais de saúde relatam que as ações de cuidado e controle da doença passam pelas mudanças de hábitos de vida e pela responsabilização do cuidado, assumida tanto pelas pessoas que vivem com hipertensão arterial como pelos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde relatam ainda que grupos específicos voltados para pessoas que vivem com HA promovem ações educativas e

sensibilizam os usuários para o cuidado diante da doença (Almeida et al., 2011).

Entender a visão do indivíduo sobre sua doença permite que os profissionais de saúde possam promover de forma mais efetiva a adesão ao tratamento nos pacientes. Os profissionais têm um importante papel na manutenção e no cuidado com a saúde de pacientes com HA, podendo contribuir para a realização do tratamento através da relação estabelecida com estes pacientes. Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos às possíveis lacunas entre o conhecimento leigo e especializado sobre a doença, principalmente quando irão repassar prescrições e informações sobre o tratamento para os pacientes (Chen, Tsai, & Lee, 2009).

É no momento da consulta que o diagnóstico é estabelecido e o tratamento é prescrito. Uma condição essencial na interação entre profissional de saúde e paciente é a decisão e a prescrição do tratamento. Nesse momento, o profissional transmite seu conhecimento técnico de forma objetiva, enquanto que os pacientes estão mais atentos à possibilidade de cura e aos riscos que correm. Assim, muitas vezes os pacientes não entendem as orientações dos profissionais e os profissionais não estão atentos às crenças e expectativas dos pacientes, podendo ocorrer problemas na transferência da informação entre profissional de saúde e paciente (Morin, 2005).

A HA é representada de diferentes formas entre os profissionais de saúde e as pessoas que vivem com esta condição crônica. Enquanto que os profissionais relatam a dificuldade do paciente seguir o tratamento devido à falta de comprometimento e de entendimento das informações repassadas, as pessoas que vivem com HA relatam que esta dificuldade é devida ao excesso de medicamentos e ao regime terapêutico estabelecido. Além disso, a falta de conhecimento sobre a origem da doença e o fato desta ser assintomática pode contribuir para o abandono do tratamento.

Os profissionais de saúde geralmente têm uma interpretação funcional da hipertensão arterial, enquanto que as pessoas que vivem com a doença utilizam-se muitas vezes de uma interpretação simbólica para explicar esta enfermidade (Fava, Zago, Nogueira, & Dázio, 2013). Apesar dos profissionais de saúde apoiarem-se em um conhecimento técnico e especializado, o senso comum também permeia as representações destes sobre a HA, do mesmo modo que elementos do conhecimento científico de certa forma também permeiam as representações sociais elaboradas pelas pessoas que vivem com HA.

A HA, assim como outras doenças crônicas, não pode ser tratada sem uma relação entre médico e paciente pautada na confiança e no entendimento, sendo necessário que haja, entre profissionais e paciente, uma corresponsabilização do cuidado diante da doença (Almeida et al, 2011; Buendía, 2012; Kronish et al 2012; Nations et al, 2011; Ribeiro et al, 2011). A confiança nos profissionais de saúde, a satisfação com relação à informação recebida e a percepção de um apoio social, tanto dos profissionais, quanto dos familiares, tem grande impacto na motivação para seguir o tratamento prescrito, sendo que o ambiente familiar é visto como um núcleo fundamental para o incentivo ao cuidado diante da enfermidade (Almeida et al, 2011; Morin, 2005).

3.7. Familiares e Hipertensão arterial

A partir de uma concepção sistêmica, a família pode ser definida como um sistema complexo, composto por vários subsistemas, como: pais, filhos, cônjuges, irmãos, etc. Estes subsistemas são interdependentes e se influenciam mutuamente (Dessen, 1997). A família pode ser definida ainda como um sistema que está em contínuo processo de mudança e que possui seu próprio ciclo vital (Cervený & Berthoud, 2002). De acordo com Minuchin (1982), analisar os subsistemas familiares pode dar acesso à estrutura e à dinâmica familiar. A estrutura familiar diz respeito às características objetivas que configuram o grupo familiar, como: idade, sexo, religião, moradia, nível econômico, escolaridade, profissão, etc. Já a dinâmica familiar refere-se à como os membros familiares mantém e estabelecem vínculos, como se relacionam e como lidam com problemas (Cervený & Berthoud, 2002).

Ao abordar um problema de saúde é preciso verificar qual o papel da família para o membro familiar doente. Além disso, é importante verificar as experiências prévias da família com outras doenças, para identificar quais os recursos utilizados pelo sistema familiar para lidar com o problema (Mendes, 2012). Os membros da família não se adaptam da mesma forma na presença de uma doença crônica em seu meio. Esta adaptação depende do estágio de desenvolvimento de cada membro e do seu papel na família, havendo uma contínua interação entre o desenvolvimento da doença, do indivíduo afetado e da família. Assim, diante de uma doença crônica, o objetivo da família é lidar com as demandas do indivíduo doente sem que os membros deste meio sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o desenvolvimento do sistema familiar (Carter & McGoldrick, 1995).

A doença tem uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente e na família, sendo que o diagnóstico de uma doença crônica é uma crise significativa para ambos, pois não estão preparados para as mudanças, o que exige períodos de adaptação e modos de enfrentamento (Simonetti, 2004). A incerteza sobre o curso da doença pode ser mais desgastante para os familiares responsáveis pelo cuidado do que para o próprio indivíduo doente e muitas vezes, os membros da família experimentam sentimentos de raiva, de culpa, ressentimento, etc., mas não os aceitam vivenciar, pela condição médica do indivíduo doente (McDaniel et al, 1994).

Diante da doença, as famílias procuram saber por que a doença ocorreu e nessa busca, a experiência pessoal, o contexto social e a história familiar contribuem para que surjam crenças familiares sobre a causalidade da doença, influenciando na criação de respostas e padrões adaptativos (McDaniel et al, 1994). Estas concepções recebem interferências das relações com o meio social e fundamentam as práticas de cuidado familiar e suas atitudes diante da doença. Dessa forma, conhecer as crenças da família sobre a doença permite a aproximação e entendimento do cuidado com seus membros doentes, o que possibilita uma assistência voltada para as necessidades do sistema familiar (Lopes & Marcon, 2009).

Na presença de uma doença crônica, as famílias geralmente tornam-se informadas sobre a doença e participam ativamente do cuidado com o membro familiar enfermo. Essas informações geralmente são baseadas nos conhecimentos adquiridos a partir das interações com a comunidade e com os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde devem considerar os valores e crenças da família para que esta possa ter clareza das informações e orientações recebidas (Ratti, Pereira, & Centa, 2005). Assim, informações objetivas sobre as doenças e estratégias de enfrentamento promovem maiores benefícios nas famílias que enfrentam uma doença crônica, facilitando o cuidado prestado pela família (McDaniel et al, 1994).

A família exerce funções de apoio e cuidado ao membro familiar doente, portanto, ela deve estar envolvida no tratamento para que o indivíduo possa ter maior motivação e apoio para realizar o tratamento (Waidman et al, 2012). Destaca-se o papel dos familiares nos momentos de crise da doença, como acompanhantes nas consultas médicas e nas trocas de informações quando surgem dúvidas sobre a doença. Além disso, algumas doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes, exigem mudanças nos estilos de vida. Estas mudanças têm como consequência uma alteração na rotina familiar, sendo que muitas vezes a

família toda acaba alterando seus hábitos alimentares, o que pode influenciar positivamente no tratamento (Faquinello et al, 2011). A participação familiar pode ser um facilitador para as mudanças alimentares, bem como para o controle dos horários das medicações, possibilitando que o tratamento seja seguido de forma adequada. O apoio fornecido pelos familiares é importante não só no período de diagnóstico como também no decorrer dos anos de tratamento (Faquinello et al, 2011; Flynn et al, 2013; Lopes & Marcon, 2009).

Em estudo realizado por Santos et al (2011), o apoio familiar é visto por estes participantes como um controle excessivo e coercitivo, uma forma de vigilância, que priva a pessoa de satisfações relacionadas principalmente à conduta alimentar. Esta atitude dos familiares é vista como um desrespeito à decisão do membro da família que vive com a doença, impondo padrões de comportamento, fato este que não propicia o autocuidado. Contudo, para alguns participantes, esse controle excessivo é visto como sinônimo de cuidado e proteção com relação à sua saúde, o que indica que as representações do apoio familiar variam.

A falta de apoio familiar também influencia na vida emocional da pessoa que vive com alguma condição crônica, podendo acarretar em sentimentos de abandono, baixa auto-estima, desânimo e comprometimento da motivação para o tratamento. As dificuldades de comunicação no contexto familiar também são destacadas pelos participantes do estudo de Santos et al (2011), que ressaltam que a falta ou a dificuldade de comunicação com membros da família reforça sentimentos de solidão e desamparo. Estes sentimentos surgem pelo fato da família ter um papel importante e por ser considerada por eles como instância cuidadora e facilitadora dos cuidados relacionados à doença, sendo que a perda deste apoio influencia na vida emocional dos participantes. Além disso, os participantes tomam para si a responsabilidade de despertar o apoio e o cuidado da família.

Flynn et al (2013) destacam que os familiares consideram que seu envolvimento no tratamento da pessoa que vive com hipertensão é um facilitador para que esta controle a pressão. Os familiares citam como facilitadores: lembrar a pessoa de tomar a medicação, ajudar no controle e na elaboração dos alimentos, encorajar a prática de atividades físicas e o acompanhamento nas consultas médicas. Contudo, os familiares destacam que a falta de motivação da pessoa que vivem com hipertensão em seguir o tratamento e realizar mudanças de hábitos pode constituir-se em uma barreira para o suporte familiar. Além disso, os familiares ressaltam que suas próprias condições de saúde podem ser também uma barreira para dar o suporte necessário, já que muitas vezes precisam ter

cuidados especiais consigo mesmos, além de apoiar o membro familiar com hipertensão. Ademais, a falta de conhecimento sobre a HA também se constitui em um obstáculo para oferecer o suporte adequado.

Em estudo realizado por Costa e Nogueira (2008) sobre a contribuição da família no controle da hipertensão arterial, os participantes que vivem com HA afirmaram que a família é uma importante fonte de apoio e segurança, influenciando diretamente no cuidado com a doença e no sucesso do tratamento desta enfermidade. Quando não há o envolvimento da família no cuidado diário e quando o relacionamento familiar é conflituoso, os participantes relatam maior dificuldade e desinteresse pelo tratamento e cuidado com a doença. Os participantes referiram que preocupações constantes com o bem estar dos familiares e problemas familiares são fonte de estresse e ansiedade, reduzindo o auto-cuidado e o controle da doença, podendo causar agravamento do estado de saúde.

Lopes e Marcon (2009) verificaram que familiares de pessoas que vivem com HA percebem a doença a partir da presença de sintomas físicos. Com relação às causas da HA, os familiares pesquisados indicaram que esta é originada por fatores emocionais decorrentes do estresse e do atrito familiar, condições de trabalho, maus hábitos e por castigo divino. As famílias consideraram que alimentar-se de forma saudável, com diminuição do uso de sal e de gordura nos alimentos, e tomar os medicamentos corretamente são as formas mais eficazes de controlar a doença. As famílias acreditam que se a HA for controlada, é possível conviver com ela sem alterações bruscas na rotina familiar. Contudo, famílias que convivem com pessoas com complicações decorrentes da HA concebem a doença como tão perigosa quanto outras, mesmo não apresentando sintomas.

As representações sociais da HA dos familiares e das pessoas que vivem com HA são semelhantes. Contudo, os familiares destacam a importância da motivação da pessoa que vive com hipertensão para o tratamento, para que seja possível fornecer o apoio adequado. O sistema familiar se constitui como uma fonte primária de interpretação das manifestações da doença e de seu tratamento, constituindo-se no principal suporte para o enfrentamento da HA. Este sistema permite uma orientação e avaliação da conduta do indivíduo que vive com HA diante da doença e dos cuidados realizados (Fava et al, 2013). A relação estabelecida entre a pessoa que vive com hipertensão, seus familiares e profissionais de saúde ganha destaque diante do tratamento da HA.

3.8. Relação entre pessoas que vivem com hipertensão, familiares e profissionais de saúde

Há uma tríade que se forma diante do enfrentamento das condições crônicas, composta pelos pacientes e familiares, pelos grupos de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde. Esses diferentes grupos são importantes uns para os outros no tratamento das condições crônicas. A relação dos pacientes e familiares com o profissional de saúde é a que mais ganha destaque. A interação entre os usuários e suas famílias com os profissionais de saúde pode ter efeitos positivos ou negativos diante do enfrentamento da doença, dependendo da forma que esta ocorre (OMS, 2002).

Para que pacientes e familiares possam enfrentar de maneira ativa as condições crônicas, é importante que o tratamento seja orientado em torno do paciente e da família. Esses indivíduos precisam ser informados pelos profissionais de saúde sobre a enfermidade, seu ciclo, suas complicações e estratégias para administrá-la em casa. Com o apoio das equipes de saúde, os pacientes e familiares tornam-se participantes ativos no tratamento das condições crônicas e podem enfrentá-las de forma mais efetiva (Mendes, 2012; OMS, 2002).

Os profissionais de saúde e os familiares são as principais relações dos pacientes na ocorrência de uma doença. Tanto os profissionais, quanto os familiares, tem papel de destaque no enfrentamento do paciente diante de sua enfermidade. Diante do aparecimento de uma doença, a família é o primeiro sistema em que o indivíduo busca apoio e cuidado informal. Contudo, a família nem sempre consegue fornecer um apoio adequado a este indivíduo, principalmente quando se precisa de um cuidado especializado. Neste momento, o apoio dos profissionais de saúde torna-se significativo para a melhora dos indivíduos doentes. Assim, é importante que os profissionais de saúde considerem que para dar assistência ao indivíduo de forma integral, é preciso considerar pelo menos o contexto sociocultural mais próximo do indivíduo, que geralmente é sua família (Faquinello, Carreira, & Marcon, 2010).

As representações sociais da HA estão ligadas às relações e trocas estabelecidas entre a pessoa que vive com HA, seus familiares e profissionais de saúde. Desta forma, estudar as representações sociais da hipertensão arterial para pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares e para profissionais de saúde, pode contribuir na compreensão de como estes diferentes grupos representam a doença e as práticas associadas com o tratamento.

4. Método

4.1. Caracterização da Pesquisa

Esta pesquisa consiste em um estudo de abordagem qualitativa, com delineamento descritivo e comparativo. A pesquisa qualitativa a respeito de temas relacionados ao processo de saúde e doença permite verificar a variedade de perspectivas sobre o objeto, a partir dos significados sociais e subjetivos relacionados a ele. Contribui ainda para analisar o conhecimento e as práticas dos participantes da pesquisa com relação ao objeto estudado. Assim, a pesquisa qualitativa pode aplicar-se a diferentes aspectos da realidade social, permitindo explorar as diferentes representações sobre um assunto (Bauer & Gaskell, 2014; Flick, 2009; Jodelet, 2003).

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das propriedades e características de determinada amostra ou fenômeno como também a relação entre variáveis, permitindo demonstrar as dimensões de um fenômeno (Gil, 2012; Sampieri, Colado, & Lucio, 2006). A pesquisa define-se como descritiva, pois se descreve as características de diferentes atores sociais referente às representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento.

As pesquisas comparativas pretendem investigar indivíduos, grupos e fenômenos, ressaltando as diferenças e similaridades entre eles. É muito utilizado nas ciências sociais por possibilitar o estudo comparativo de diferentes grupos sociais (Gil, 2012). Caracteriza-se como comparativa porque pretende comparar as representações sociais da HA e do tratamento nos diferentes grupos participantes: profissionais de saúde, familiares e pessoas que vivem com HA. Pode ser definida ainda como transversal, pois a coleta dos dados e informações sobre o objeto a que se refere se dará em um só momento (Sampieri, Colado, & Lucio, 2006).

4.2. Contexto da pesquisa

A coleta de dados foi realizada em Florianópolis, SC. O contexto acessado foi os centros de saúde das diferentes regiões do município. Florianópolis é composta por cinco distritos sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Cada distrito sanitário possui sede gerencial, sendo responsável pela vigilância à saúde e acompanhamento da sua área de abrangência. Vinculados a esses estão os Centros de Saúde (CS), que totalizam 49 unidades no município (Prefeitura

Municipal de Florianópolis, 2013). Foram selecionados para a pesquisa 6 CS de diferentes distritos sanitários, sendo 4 CS do distrito leste, 1 CS do distrito Sul e 1 CS do distrito Centro. A seleção destes CS se deu devido a questões de acessibilidade, dando prioridade a CS mais próximos da universidade, bem como a disponibilidade de acesso aos participantes nos CS para a realização da pesquisa.

4.3. Participantes

A pesquisa foi composta de 60 participantes, divididos em diferentes grupos: 20 profissionais de saúde, 20 pessoas que vivem com HA e 20 familiares. Bauer e Gaskell (2014) referem que um limite entre 15 e 25 entrevistas individuais é suficiente para atingir o ponto de saturação, no qual as informações começam a se repetir. Os autores destacam ainda que a partir deste momento, dificilmente aparecerão novas percepções sobre o fenômeno. Neste ponto de saturação, o pesquisador deve conferir se já pode obter uma compreensão pretendida do fenômeno com os dados obtidos. Se isto for corroborado, pode-se encerrar a realização de entrevistas. A partir destas considerações, optou-se por selecionar 20 participantes em cada grupo estudado. Após a realização das entrevistas, verificou-se que os conteúdos começaram a se repetir e já possibilitavam a compreensão pretendida do fenômeno, não sendo necessário realizar mais entrevistas para atingir o ponto de saturação.

Os participantes foram selecionados de forma não-probabilística, acessados por meio dos CS. A técnica metodológica utilizada foi a bola de neve (snowball), em que os participantes indicam outros participantes para também serem entrevistados (Becker, 1993). Foram selecionados os profissionais de saúde que acompanham o tratamento do usuário com HA nos CS e que aceitaram participar da pesquisa, os quais foram 8 médicos, 8 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem. De acordo com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (2015), a cidade tem 100% de cobertura da atenção básica com a estratégia de saúde da família. Desta forma, os profissionais de saúde participantes integravam a equipe de saúde da família.

As pessoas que vivem com hipertensão selecionadas eram usuárias destes CS. Os usuários selecionados foram os que vivem com hipertensão diagnosticada há no mínimo seis meses, sem diabetes associada e que aceitaram participar da pesquisa. Estes indicaram um familiar de referência, que foi convidado a participar da pesquisa. Alguns familiares também foram indicados pelo próprio CS. Não foram

estabelecidos critérios de idade, escolaridade e nem de sexo. Contudo, não foram incluídos usuários e familiares com algum problema de saúde (ex. problemas cognitivos) que pudesse dificultar a interação com o pesquisador, bem como usuários diagnosticados com hipertensão arterial secundária ou outra modalidade que não seja hipertensão arterial primária.

4.4. Instrumentos e Técnicas

Antes do início da coleta dos dados, foram realizadas 3 entrevistas para treinamento da pesquisadora. O roteiro foi submetido a uma validação de conteúdo antes do início da coleta dos dados para verificar a adequação do instrumento ao tema pesquisado e aos objetivos do estudo. O instrumento foi submetido à avaliação de professores e colegas do laboratório, bem como à banca de qualificação. Foram sugeridas algumas modificações nos instrumentos, as quais foram acatadas e realizadas pela pesquisadora.

O uso de diferentes técnicas no estudo das representações sociais é indicado para se ter uma interpretação mais integrada deste fenômeno (Sotirakopoulou & Breakwell, 1992; De Rosa, 2005). Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da rede associativa, bem como entrevista individual semi estruturada. A rede associativa é uma técnica que tem como objetivo investigar os componentes avaliativos e latentes das representações sociais. Desta forma, permite que os próprios participantes estruturem o seu campo semântico por meio de ligações entre as palavras associadas à palavra-estímulo. Sua aplicação permite verificar os termos associados à palavra estímulo, as ligações entre as palavras, a ordem de aparecimento e de importância das palavras e a avaliação implícita no campo representacional (De Rosa, 2005).

Foram aplicadas, no início da entrevista, as redes associativas com os termos indutores “hipertensão” e “tratamento”. Foi solicitado aos participantes para que escrevessem as palavras que vinham à mente quando liam os respectivos termos. Seguindo as etapas da rede associativa, solicitou-se para que os participantes ordenassem as palavras evocadas e depois fizessem ligações entre as palavras que considerassem relacionadas. Após estas etapas, os participantes indicaram suas avaliações das palavras escritas, colocando em cada palavra o sinal positivo (+), negativo (-) ou neutro (0). Por fim, os participantes indicaram uma ordem de importância das palavras evocadas (Apêndice A).

A pesquisadora orientou os participantes para a realização da rede associativa. Em casos em que houve dificuldade dos participantes em respondê-la, a pesquisadora os auxiliou e aplicou a rede associativa em forma de entrevista, anotando as respectivas respostas dos participantes. O material proveniente da rede associativa foi digitado em uma planilha e posteriormente analisado, permitindo investigar os componentes avaliativos das representações sociais.

Após a aplicação da rede associativa, foi realizada a entrevista semi estruturada. O uso da entrevista fornece dados para a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações dos participantes (Bauer & Gaskell, 2014). Foi utilizado nas entrevistas um tópico guia com temas relacionados aos objetivos da pesquisa: representação social da hipertensão arterial e do tratamento (Apêndice B). Conforme Bauer e Gaskell (2014), o tópico guia possibilita criar um referencial para a discussão, fornecendo uma progressão lógica através dos temas em foco na entrevista.

Foram utilizadas técnicas clássicas de intervenção para entrevista não-diretiva. Entre estas se destacam: a) utilização de expressões breves que demonstram interesse pelo que é dito pelo indivíduo; b) a técnica do espelho, que refere-se à repetição da palavra ou frases curtas que o entrevistado utilizou, estimulando-o a aprofundar seu discurso; c) formulação de informações de forma neutra, usado para complementar o que o entrevistado disse, como, por exemplo: Pode explicar melhor o que você acabou de dizer? d) utilização de breves silêncios, de até 5 segundos, o que incita a reflexão do indivíduo (Ghiglione & Matalon, 1997). O material textual proveniente das entrevistas foi transcrito em um documento de texto e foi utilizado para descrever as representações sociais da HA e do tratamento para os participantes da pesquisa.

Foram realizadas, ao final da entrevista, questões de caracterização dos participantes, como: idade, escolaridade, sexo, profissão, informação sobre HA, estado civil, com quem mora, religião, prática religiosa, renda mensal (Apêndice C). Dentre estas, algumas questões foram destinadas especificamente para a pessoa com HA, referente ao controle e medida da pressão arterial, adaptadas de Silva (2014). Foram feitas ainda perguntas a respeito do papel de cada grupo diante do tratamento da HA. As respostas a estas questões foram transcritas e posteriormente analisadas através de análise de conteúdo temático-categorial (Bardin, 2011).

Na abordagem qualitativa, um dos meios possíveis de verificar a validade do estudo é pedir a outras pessoas ou pares que examinem os dados obtidos, de preferência pessoas que estejam familiarizadas com o

conteúdo da pesquisa. Esta é uma alternativa para coletar diferentes opiniões, visões e perspectivas sobre o material e o processo de pesquisa (Creswell & Clark, 2013; Flick, 2009). Já na abordagem quantitativa, este procedimento é denominado de análise de juízes, e procura verificar a adequação dos itens quanto ao seu conteúdo e sua relação com o construto. Ela é obtida através de questionamentos feitos a diferentes juízes que apontam a representatividade dos itens. Para que esse critério seja atingido, é necessária uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes (Pasquali, 2010; Erthal, 2009).

O conjunto de categorias, subcategorias e elementos temáticos deste estudo foi submetido a dois pares, as quais são psicólogas e doutorandas na área de representações sociais. Baseado na técnica da análise de juízes foi calculado o índice de concordância entre ambas, seguindo o critério de concordância de pelo menos 80%. Os pares avaliaram a pertinência das categorias e a relação destas com os temas explorados, bem como a redação das categorias e subcategorias. A concordância dos pares foi de 93%. Durante este processo, os pares sugeriram a unificação de uma subcategoria dentro de uma mais geral. Foi sugerida também a mudança de nome de uma subcategoria e a unificação de dois elementos temáticos que funcionavam como sinônimos. As alterações foram avaliadas e aceitas pela pesquisadora.

4.5. Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis a fim de esclarecer o objetivo da pesquisa e para que sua realização pudesse ser autorizada. Após a autorização da Secretaria, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. Após a aprovação do comitê de ética, foi feito contato novamente com a Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, os CS foram acessados para apresentação da pesquisa.

Após a permissão das instituições, os participantes foram contatados pela pesquisadora, por intermédio do CS. A pesquisadora esclareceu os objetivos da pesquisa aos participantes e os convidou a participar do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente.

4.6. Análise dos dados

Foi realizada análise estatística descritiva (distribuição das frequências, medidas de dispersão e tendência central) para as questões de caracterização da amostra através do Pacote Estatístico SPSS (Statistical Package Social Sciences), versão 20. O material textual proveniente das redes associativas foi digitado em uma planilha e analisado através do programa informático EVOC 2000 (Scano, Junique, & Verges, 2002), através do qual se analisou a frequência e a ordem de importância das palavras. Esta análise textual, relacionada ao conteúdo textual evocado pelos participantes, utiliza a linguagem como indicador de representações sociais (De Rosa, 2005).

A partir da avaliação feita pelos participantes na rede associativa, foi calculado o índice de polaridade das palavras, que é uma medida sintética de avaliação implícita no campo representacional (De Rosa, 2005). Este índice variou de -1 a +1 e foi recodificado para realização do cálculo através do programa SPSS, sendo que os valores recodificados variaram de 1 a 3. Conforme De Rosa (2005), valores próximos de 1 indicam que a maioria das palavras teve uma conotação negativa, valores próximos de 2 indicam que o número de palavras positivas e negativas foi semelhante e valores próximos de 3 indicam que a maioria das palavras teve uma conotação positiva. Esta análise foi realizada por meio do número total de palavras associadas por cada indivíduo, e foi feita através do cálculo:

$$\text{Índice de polaridade (P)} = \frac{\text{nº de palavras positivas} - \text{nº de palavras negativas}}{\text{Nº total de palavras associadas}}$$

Foi calculado também o índice de neutralidade das palavras associadas aos termos. Este índice baseia-se nas palavras avaliadas como neutras e resultam das avaliações dos próprios sujeitos, e é como uma medida de controle, indicando a neutralidade da avaliação dos sujeitos diante do termo indutor. Assim, uma polaridade positiva ou negativa elevada corresponde à falta de neutralidade (De Rosa, 2005). Este índice é analisado de forma semelhante ao índice de polaridade, contudo, quanto mais baixo o valor, menor a neutralidade e quanto maior o valor obtido, maior a neutralidade. Os valores variaram de -1 a +1, sendo que os valores também foram recodificados e passaram a variar de 1 a 3. Este índice de neutralidade (N) foi feito através do cálculo:

$$\text{Índice (N)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de palavras neutras} - (\text{n}^\circ \text{ de palavras negativas} + \text{positivas})}{\text{N}^\circ \text{ total de palavras associadas}}$$

As palavras evocadas pelos participantes na rede associativa foram agrupadas em categorias, relacionadas com o termo indutor. Estas categorias permitiram identificar as principais palavras relacionadas com cada grupo estudado. Ademais, as ligações entre as palavras feitas pelos participantes na rede foram analisadas. Para esta análise, foram agrupadas as palavras que estavam ligadas e o número de ligações entre estas foi contado, o que possibilitou compreender como o campo semântico da rede associativa estava estruturado.

O material textual obtido por meio das entrevistas foi transcrito em um documento de texto. Posteriormente, foi organizado em um corpus e submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de segmentos de texto com o auxílio do programa informático IRaMuTeQ versão 0.6 (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinaud (Ratinaud & Marchand, 2012). Este programa é de acesso gratuito e permite diferentes tipos de análise de dados textuais, como: cálculo de frequência de palavras; análises multivariadas como CHD; nuvem de palavras, análise fatorial de correspondência e análise de similitude (Camargo & Justo, 2013). A CHD ilustra relações entre as classes lexicais caracterizadas pelos segmentos de texto e seus respectivos vocabulários (Camargo, 2005). Foi realizada ainda a análise de similitude, com o uso do programa informático IRaMuTeQ versão 0.6. A análise de similitude permite representar graficamente a estrutura de um corpus e distinguir as partes comuns e específicas das variáveis codificadas (Marchand & Ratinaud, 2011).

Foi realizada, a partir dos dados textuais obtidos nas perguntas a respeito do papel dos grupos, análise de conteúdo temático-categorial, que possibilita dividir o texto em alguns temas principais e posteriormente, extrair os significados associados a cada tema e ao tema central (Bardin, 2011). Esta análise foi realizada com o auxílio do programa Atlas.ti 7. Este programa, desenvolvido por Thomas Muhr, é uma ferramenta informática que tem como objetivo facilitar a análise qualitativa de grande volume de dados textuais, possibilitando a segmentação do texto e a codificação, bem como a criação de redes e estruturas textuais (Muhr, 1991).

A análise de conteúdo se organizou em três fases: pré análise, que corresponde a organização do material e a leitura “flutuante”;

exploração do material, que corresponde às operações de codificação dos dados e por fim, o tratamento dos resultados (Bardin, 2011). Os dados obtidos nas entrevistas possibilitaram a criação de categorias de análise, suas respectivas subcategorias e elementos temáticos. A partir de cada questão, houve a organização das categorias temáticas, por meio das quais foi possível identificar as subcategorias e os elementos de análise (unidades de registro). Foi definido como unidade de registro (UR) o tema. O tema é geralmente usado como unidade de registro para estudar opiniões, atitudes, crenças, etc, e frequentemente utilizado como base para analisar respostas a entrevistas e questões abertas. Já a unidade de contexto serve para a compreensão da unidade de registro (Bardin, 2011). Neste trabalho foi definido como unidade de contexto o parágrafo. Foi analisada também a frequência de aparecimento das unidades de registro. Conforme Bardin (2011), a importância de uma unidade de registro aumenta com a sua frequência de aparição. Com base nesses elementos pode-se verificar o conjunto de aspectos diferenciais e semelhantes referentes às questões específicas.

4.7. Aspectos éticos

Logo após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a pesquisa foi submetida ao conselho do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em concordância com a resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética. Os participantes foram contatados por intermédio dos CS. O contato com os participantes foi feito pessoalmente e por telefone. Foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos participantes (Apêndice D), informando sobre a pesquisa e sobre seus procedimentos, sendo que a participação deles na pesquisa foi voluntária, gratuita e eles não foram identificados em nenhum momento do estudo. As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes, e posteriormente transcritas.

Ao final da pesquisa, a pesquisadora entrou novamente em contato com as instituições para dar uma devolutiva por escrito com os resultados gerais obtidos na pesquisa, sem identificação dos participantes. A pesquisadora ficou à disposição das instituições e dos participantes para esclarecer qualquer tipo de dúvida e para informar sobre os objetivos da pesquisa.

5. Resultados

5.1. Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 60 pessoas, divididas em 3 diferentes grupos: 20 profissionais de saúde, 20 pessoas que vivem com hipertensão arterial e 20 familiares. Dentre os participantes, 15 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino, sendo que o grupo dos familiares teve apenas 1 participante do sexo masculino, conforme ilustra a tabela 2.

Tabela 2.

Distribuição dos participantes por sexo e grupo.

Sexo	Grupo dos participantes			Total
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares	
Masculino	6	8	1	15
Feminino	14	12	19	45
Total	20	20	20	60

A mediana de idade dos participantes foi 43 anos (DP = 17,4), sendo que a idade mínima foi de 18 anos e a idade máxima foi de 87 anos. A idade dos participantes foi categorizada em intervalos de 12 anos, conforme figura 1. A maior frequência dos participantes encontra-se distribuída nos intervalos de idade de 18 a 30 anos e 31 a 43 anos, sendo que apenas 2 participantes tinham idade acima de 82 anos.

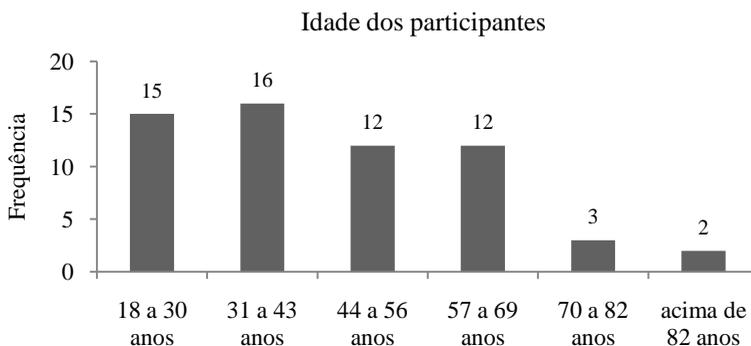


Figura 1. Distribuição dos participantes de acordo com a variável idade.

Com relação à distribuição da idade de acordo com os grupos, conforme a Tabela 3, a idade das pessoas que vivem com hipertensão concentra-se no intervalo entre 57 e 69 anos, não havendo participantes na faixa etária entre 18 e 30 anos. Já no grupo dos profissionais de saúde, a faixa etária de 31 a 43 anos é a de maior ocorrência e não há participantes com idade acima de 57 anos neste grupo. No grupo dos familiares, a distribuição da idade dos participantes é mais frequente na faixa etária de 18 a 30 anos, e não há participantes com idade acima de 70 anos neste grupo.

Tabela 3.

Distribuição dos participantes por intervalo de idade e grupo.

Intervalo de idade	Grupo dos participantes			Total
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares	
18 a 30 anos	0	4	11	15
31 a 43 anos	4	10	2	16
44 a 56 anos	2	6	4	12
57 a 69 anos	9	0	3	12
70 a 82 anos	3	0	0	3
Acima de 82 anos	2	0	0	2
Total	20	20	20	60

Com relação ao estado civil dos participantes, 39 declararam-se casados ou em união estável, 19 solteiros, 1 separado ou divorciado e 1 viúvo. No que se refere à situação familiar, 25 participantes declararam conviver com companheiro(a) e filho(s), 13 convivem com companheiro(a) e sem filho(a), 12 convivem com familiares, 4 convivem com outras pessoas sem laços consanguíneos, 4 vivem só e 2 pessoas convivem com companheiro(a), filhos e/ou familiares.

No que diz respeito à escolaridade, 24 participantes declararam ter ensino superior completo, sendo que destes, 17 participantes faziam parte do grupo de profissionais de saúde. Dentre os participantes do grupo dos profissionais de saúde, a escolaridade mínima declarada foi ensino médio completo. No grupo das pessoas que vivem com hipertensão e dos familiares, a escolaridade declarada pelos participantes foi mais heterogênea, conforme se observa na tabela 4.

Tabela 4.

Distribuição da escolaridade dos participantes por grupo.

	Grupo dos participantes			Total
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares	
Alfabetizado	2	0	0	2
Fundamental incompleto	4	0	0	4
Fundamental completo	2	0	2	4
Médio incompleto	3	0	0	3
Médio completo	8	2	5	15
Superior incompleto	0	1	7	8
Superior completo	1	17	6	24
Total	20	20	20	60

Com relação à renda, no grupo das pessoas que vivem com hipertensão e no grupo dos familiares, a renda familiar declarada mais frequentemente foi de 1 até 3 salários mínimos. No grupo dos profissionais de saúde, a renda familiar foi mais elevada, sendo que 10 participantes declararam ter renda maior de 10 salários mínimos. Estes dados podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5.

Distribuição da renda familiar dos participantes por grupo.

Renda Familiar	Grupo dos participantes			Total
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares	
De 1 a 3 salários mínimos	16	2	9	27
De 4 até 6 salários mínimos	2	1	4	7
De 7 até 10 salários mínimos	2	7	4	13
Mais de 10 salários mínimos	0	10	3	13
Total	20	20	20	60

No que diz respeito à ocupação, esta será apresentada dividida pelos grupos dos participantes. No grupo das pessoas que vivem com hipertensão, 6 participantes se declararam aposentado(a)s, 3 donas de casa, 2 pensionistas, 2 agentes comunitárias de saúde, 1 costureira, 1 desempregada, 1 operador de máquinas, 1 pescador, 1 psicóloga, 1 servente de limpeza e 1 técnico de laboratório. O grupo dos profissionais de saúde era composto de 8 médico(a)s, 8 enfermeiro(a)s e 4 técnico(a)s de enfermagem. No grupo dos familiares, 7 participantes se declararam estudantes, 6 agentes comunitárias de saúde, 2 psicólogas, 1 aposentada, 1 diretora de criação, 1 professora, 1 técnica de enfermagem e 1 servidora pública federal.

Com relação à religião, 37 participantes se declararam católicos, 11 espíritas, 4 evangélicos, 1 testemunha de Jeová e 1 budista, sendo que 6 se declararam sem religião. Independentemente de ter ou não alguma religião, 43 participantes declararam ter algum tipo de prática religiosa com certa frequência, enquanto que 17 participantes declararam não ter nenhum tipo de prática.

Quanto à principal fonte de informação sobre HA, conforme tabela 6, 32 participantes relataram ter os profissionais de saúde como a principal fonte e 15 assinalaram outras fontes. Dentre estes 15, 9 relataram a graduação, 4 apontaram literatura específica e 2 citaram formação técnica.

Tabela 6.

Principal fonte de informação sobre HA em cada grupo.

Fonte de Informação sobre HA	Grupo dos participantes			Total
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares	
Família	3	0	6	9
Televisão	0	0	2	2
Internet	1	0	1	2
Profissionais de saúde	16	6	10	32
Outras fontes	0	14	1	15
Total	20	20	20	60

5.2. Questões específicas do grupo das pessoas que vivem com hipertensão

Nesta sessão será apresentada os resultados obtidos nas questões do instrumento específicas para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Estas questões eram referentes ao tempo de diagnóstico, prática principal de controle da HA e práticas de cuidado, como acompanhamento médico. Além disso, foi questionado se os participantes deste grupo apresentavam algum outro problema de saúde.

Com relação ao tempo de diagnóstico da HA, o tempo mínimo declarado pelos participantes foi de 2 anos e o máximo de 25 anos, sendo que a mediana foi de 8,5 anos (DP=7,59). A variável tempo de diagnóstico da HA foi categorizada em intervalos de 5 anos, conforme figura 2. A maior frequência dos participantes encontra-se distribuída no intervalo de tempo de diagnóstico de 1 a 5 anos.

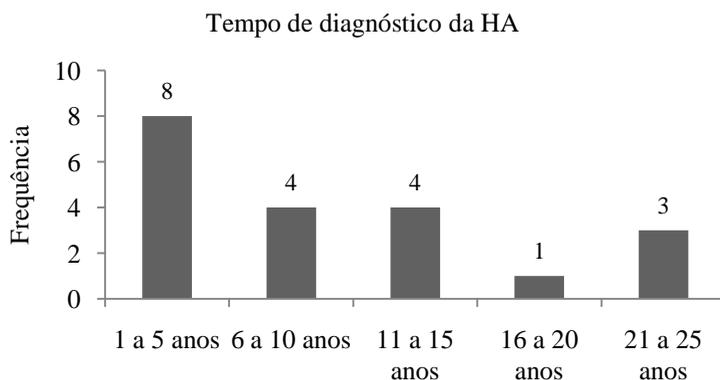


Figura 2. Distribuição da frequência da variável: tempo de diagnóstico da HA dos participantes que vivem com hipertensão.

No que diz respeito à principal forma utilizada para controle da HA, 13 participantes citaram exclusivamente o uso de medicação, 5 participantes relataram o uso de medicação aliado à alimentação, exercícios e controle do estresse, 1 participante citou o cuidado com a alimentação em conjunto com exercícios e 1 participante relatou apenas o uso de chás. Com relação a ter algum problema de saúde, 4 participantes declararam ter outro problema de saúde concomitante.

Desses, 2 declararam ter hipotireoidismo, 1 declarou ter fibromialgia e 1 participante relatou ter reumatismo.

Com relação à verificação da pressão em casa, 11 participantes relataram não ter esse hábito, enquanto que 9 participantes afirmaram fazer a verificação da pressão arterial em casa com certa frequência. Desses, 6 afirmaram verificar a pressão em casa uma vez ou mais por semana, 2 verificam uma vez por mês e 1 declarou verificar uma vez a cada três meses. Dos 9 participantes que tem o hábito de verificar a pressão em casa, 7 afirmaram verificar a pressão sozinhos e 2 relataram que a esposa ou o marido é quem verifica a pressão para eles.

Quando questionados sobre a procura pelo serviço de saúde para medir a PA, 15 participantes afirmaram procurar o serviço de saúde com esta finalidade. Desses, 7 participantes relataram procurar o serviço uma vez por mês, 5 afirmaram procurar uma vez ou mais por semana e 3 afirmaram procurar uma vez a cada três meses.

Com relação ao acompanhamento médico, apenas 1 participante relatou não fazê-lo. Dos 19 participantes que realizam acompanhamento médico, 13 relataram fazer este acompanhamento com clínico geral, 5 com cardiologista e 1 com enfermeiro(a).

Referente à frequência deste acompanhamento, 7 participantes procuram o profissional uma vez a cada 3 meses, 7 relataram ir uma vez a cada 6 meses, 2 declararam ir uma vez por mês, 2 relataram ir uma vez por ano e 1 participante faz o acompanhamento uma vez ou mais por semana. Com relação à qualidade das orientações médicas, 18 declararam que as orientações recebidas são boas e/ou importantes, 1 participante afirmou que as orientações são fracas e 1 participante declarou que as orientações recebidas são indiferentes.

5.3. Rede Associativa

5.3.1. Representação Social da Hipertensão Arterial

Com relação a este termo, obteve-se 300 evocações, com 92 palavras diferentes, com média de 5 evocações por participante. Das 92 palavras diferentes, 26 foram evocadas apenas pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão, 15 pelo grupo dos familiares e 12 pelo grupo dos profissionais de saúde. As demais 39 palavras foram evocadas de forma comum a todos os grupos.

De forma geral, houve polaridade ligeiramente negativa nas palavras relacionadas ao termo “hipertensão” ($M=1,68$; $DP= 0,62$), o que indica tendência a igualdade entre palavras positivas e negativas

com relação à representação social da hipertensão arterial. Com relação aos grupos, o nível de polaridade foi semelhante e não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias ($H(2) = 0,17, p = 0,915$). O grupo das pessoas que vivem com hipertensão demonstrou uma polaridade ligeiramente mais positiva do que o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos familiares. O índice de polaridade de cada grupo para o termo indutor “hipertensão” pode ser verificado na tabela 7.

Tabela 7.

Índice de Polaridade das palavras relacionadas ao termo indutor “hipertensão”.

Grupo dos participantes	Índice de Polaridade	DP
Pessoas que vivem com hipertensão	1,75	0,71
Profissionais de saúde	1,65	0,58
Familiares	1,65	0,58
Total	1,68	0,62

Com relação ao índice de neutralidade, as palavras associadas ao termo indutor “hipertensão” apresentaram baixo índice de neutralidade, indicando poucas palavras de conotação neutra ($M=1,15; DP=0,40$). Quando se analisa o índice de neutralidade nos diferentes grupos, pode-se observar que em todos os grupos houve baixa neutralidade, indicando que os 3 grupos avaliaram poucas palavras como neutras, posicionando-se ao avaliá-las, sendo que o grupo dos familiares foi o que apresentou maior índice de neutralidade entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos ($H(2) = 3,37, p = 0,185$). Estes dados podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8.

Índice de Neutralidade das palavras relacionadas ao termo indutor “hipertensão”.

Grupo dos participantes	Índice de Neutralidade	DP
Pessoas que vivem com hipertensão	1,10	0,44
Profissionais de saúde	1,10	0,30
Familiares	1,25	0,44
Total	1,15	0,40

Foi realizada análise prototípica das palavras referentes às 60 redes associativas associadas ao termo indutor “hipertensão”. A

frequência mínima de ocorrência das palavras considerada para inclusão nos quadrantes foi de 5 e a ordem média de evocação (OME) para estas palavras foi de 3, indicando que, em média, elas foram evocadas na terceira posição. A frequência média de evocação foi de 7,18.

Os elementos com menor OME (evocados mais prontamente) e com maior frequência foram indicados no quadrante superior esquerdo. De acordo com a abordagem estrutural (Abric, 2003), as palavras agregadas neste quadrante são as mais prováveis de constituir o núcleo central da representação. O quadrante superior direito, ou primeira periferia, traz elementos com alta frequência, porém, evocados menos prontamente. O quadrante inferior esquerdo agrega elementos que aparecem com baixa frequência, mas que foram evocados mais prontamente. O quadrante inferior direito, ou segunda periferia, contém elementos com baixa frequência e evocados menos prontamente pelos participantes. Estes elementos estão indicados na tabela 9.

Tabela 9.

Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor "hipertensão" (n=60), segundo critérios de OME.

OME < 3,0			OME ≥ 3,0		
Elemento	f	OME	Elemento	f	OME
Doença crônica	16	1,938	Medicamento	26	3,308
Cuidado	13	2,538	Sal	14	3,357
AVC	10	2,500	Exercícios	12	3,667
f > =7 Estresse	8	2,250	Preocupação	10	3,200
Níveis pressóricos alterados	8	2,375	Alimentação	8	3,000
Mudança de hábitos	8	2,375	Hereditariedade	7	4,143
Medo	7	2,286			
Dor de cabeça	7	1,571			
Coração	6	2,500	Infarto	6	3,167
f < 7 Ansiedade	5	2,600	Controle	5	4,200

Dentre as palavras evocadas, a palavra medicamento foi a que apresentou maior frequência de evocação (26), seguida pelas palavras doença crônica (16), sal (14) e cuidado (13). Conforme tabela 9, os elementos do primeiro quadrante (superior esquerdo) organizam a representação social da hipertensão arterial. O elemento com maior frequência foi doença crônica, que apresenta também baixa ordem de evocação, sendo um elemento prontamente evocado pelos participantes e que é associado à hipertensão arterial. A HA é representada pelos níveis pressóricos alterados e por ser uma condição que gera medo. A

representação da hipertensão arterial está centrada ainda nos cuidados associados a esta condição, como mudança de hábitos e controle do estresse, e nos sintomas relacionados à hipertensão arterial, com destaque para a dor de cabeça, sintoma comumente associado à esta condição, e que foi prontamente evocado pelos participantes. O AVC aparece como a consequência que é evocada prontamente ao se referir à hipertensão arterial.

A primeira periferia agrega elementos referentes à causa da hipertensão arterial, como a hereditariedade e a preocupação excessiva, que podem contribuir para o desenvolvimento desta condição crônica. Alguns cuidados associados a esta condição também aparecem nesta periferia, como o uso da medicação, que tem a maior frequência, o cuidado com a alimentação, principalmente o sal, que aparece com frequência alta, e a realização de atividades físicas regularmente. Estes elementos fazem parte do cuidado diante da hipertensão arterial, contudo, foram evocados menos prontamente pelos participantes.

No quadrante inferior esquerdo aparecem elementos associados às complicações da hipertensão arterial, como o coração, sendo este órgão relacionado também à definição desta condição crônica. Um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e aparecimento de complicações é a ansiedade, que apesar de sua baixa frequência, é prontamente evocado e associado à hipertensão arterial pelos participantes. O quadrante inferior direito traz elementos relacionados ao controle da hipertensão arterial para evitar consequências como o infarto, problema este associado, mas com menor frequência, à hipertensão arterial.

Realizou-se também a análise prototípica considerando a ordem média de importância (OMI) das evocações, conforme a ordem de importância indicada pelos participantes na rede associativa. A OMI para estas palavras foi de 3 e a frequência média de evocação foi de 7,18. Assim, os elementos com menor OMI (considerados como mais importantes) e com maior frequência foram indicados no quadrante superior esquerdo. A primeira periferia traz elementos com alta frequência, porém considerados como menos importantes. Já o quadrante inferior esquerdo agrega elementos com baixa frequência, mas que foram considerados como mais importantes. A segunda periferia contém elementos com baixa frequência e indicados como menos importantes pelos participantes. A distribuição destes elementos pode ser verificada na tabela 10.

Tabela 10.

Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “hipertensão” (n=60), segundo critérios de OMI.

OMI < 3,0			OMI >= 3,0		
Elemento	f	OMI	Elemento	f	OMI
Cuidado	13	2,000	Medicamento	26	3,154
Exercícios	12	2,750	Doença crônica	16	3,500
Preocupação	10	2,900	Sal	14	3,786
f>=7 Alimentação	8	1,750	AVC	10	3,100
Mudança de hábitos	8	1,778	Níveis pressóricos alterados	8	3,125
Dor de cabeça	7	2,875	Estresse	8	3,000
			Hereditariedade	7	3,143
			Medo	7	4,143
			Infarto	6	3,000
f<7 Coração	6	2,667			
Controle	5	2,600			
Saúde	5	2,000			
Estado emocional	5	2,800			

Ao analisar o primeiro quadrante, observa-se a mudança de alguns elementos. Alguns elementos periféricos tornaram-se centrais, como exercícios, alimentação e preocupação, e alguns elementos centrais passaram a ser periféricos, como doença crônica, níveis pressóricos alterados, medo, estresse e AVC. Assim, verifica-se que, com exceção do elemento preocupação e dor de cabeça, a representação social da hipertensão arterial passou a ser mais centrada em elementos positivos, relacionados aos cuidados referentes à hipertensão arterial, como a mudança de hábitos, que inclui a alimentação e a prática de exercícios.

A maioria dos elementos que constituíam o primeiro quadrante passaram a compor a primeira periferia, apresentando alta frequência, porém, evocados como menos importante ao se referir à hipertensão arterial. Desta forma, as possíveis causas e complicações referentes à hipertensão arterial passam a ter uma importância ligeiramente menor do que certos cuidados relacionados à esta condição crônica.

O elemento controle passa a fazer parte do quadrante inferior esquerdo, sendo evocado como mais importante, apesar da menor frequência. O elemento saúde aparece como um elemento considerado importante quando associado à hipertensão arterial, apesar da baixa frequência. O elemento infarto aparece como menos importante neste contexto.

Com o intuito de aprofundar a análise prototípica da rede associativa, as palavras evocadas pelos grupos foram agrupadas em categorias de acordo com sua relação com o tema hipertensão. Isto permite verificar os temas mais recorrentes nas respostas dos participantes e serve como grade de leitura para os elementos evocados (Verges, 1992; Jeoffrion, Dupont, Tripodi, & Roland-Lévy, 2016). Assim, foram criadas 9 categorias e 6 sub-categorias, que são apresentadas no Apêndice E. Estas categorias possibilitam verificar os temas mais recorrentes que foram evocados pelos participantes em cada grupo e podem ser observadas na tabela 11.

Tabela 11.

Análise das categorias derivadas das palavras evocadas na rede associativa relacionada ao termo “hipertensão” dividida por grupos.

Categorias	% de ocorrências		
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares
Definição de hipertensão	10	16	12
Causas	4	18	10
Sintomas	4	1	10
Consequências	13	16	12
Cuidado	17	15	23
Tratamento	21	26	18
Medicamentoso	14	6	6
Não medicamentoso	7	20	12
Sentimentos	20	4	8
Positivos	4	3	3
Negativos	16	1	5
Estado emocional	6	3	6
Apoio	5	1	1
Social/familiar	5	0	1
Profissional de Saúde	0	1	0

Verifica-se na tabela 11 que a categoria “tratamento” apresentou maior ocorrência para os grupos dos profissionais de saúde e das pessoas que vivem com hipertensão, o que indica que o tratamento para esta condição crônica ganha destaque ao se pensar sobre ela. Contudo, no grupo dos profissionais de saúde, o tratamento não medicamentoso é o que apresenta maior ocorrência, enquanto que o tratamento

medicamentoso apresenta maior ocorrência no grupo das pessoas que vivem com hipertensão.

Verifica-se ainda na tabela 11 que os “sentimentos”, ou seja, os aspectos subjetivos, também apresentaram maior ocorrência para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão, com destaque para os sentimentos negativos associados à esta condição crônica. Já no grupo dos profissionais de saúde, as categorias relacionadas à “definição da hipertensão”, as “causas” e “consequências” apresentaram alta ocorrência. No grupo dos familiares, a categoria “cuidado” foi a que apresentou maior ocorrência, seguida pela categoria “tratamento”, com destaque para o tratamento não medicamentoso.

Com relação às ligações entre as palavras da rede associativa feita pelos participantes, as respectivas ligações foram analisadas, verificando-se quais elementos apresentavam ligações. Estas ligações foram agrupadas e contadas, conforme observa-se na figura 3. Esta figura ilustra as ligações entre os elementos e o número de vezes que esta ligação se repetiu entre os participantes.

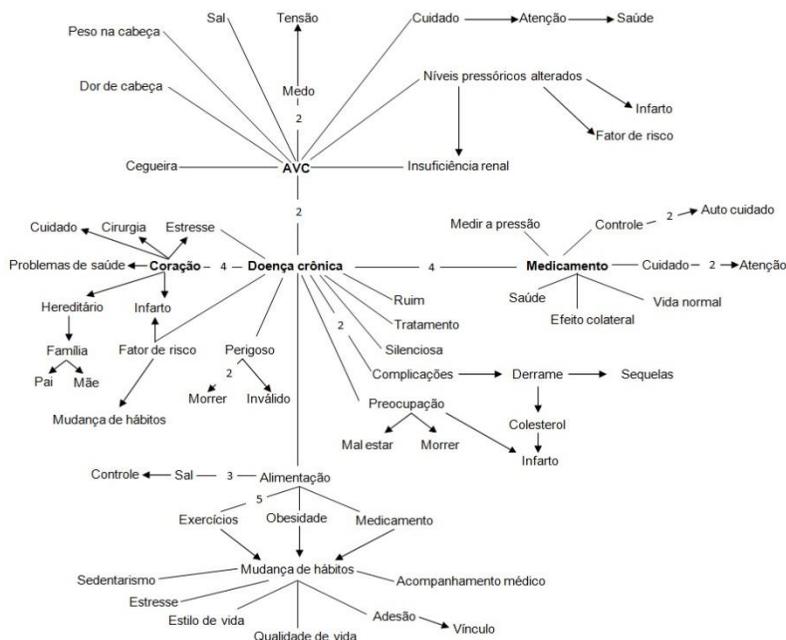


Figura 3. Representação gráfica das ligações semânticas das palavras da rede associativa com o termo indutor “hipertensão”.

Conforme a figura 3, os principais elementos que apresentaram ligações foram os que se encontram em negrito: doença crônica, medicamento, coração e AVC. O elemento central e com maior número de ligações é a palavra doença crônica, que apresenta ligações com as palavras medicamento, coração e AVC, indicando a forma que os participantes relacionam as palavras evocadas com o termo indutor hipertensão.

A principal consequência relacionada com a hipertensão arterial é o AVC, que causa medo e tensão, e por consequência, se relaciona com outros problemas de saúde, como cegueira. Assim, é preciso ter cuidado e atenção com os níveis alterados da pressão e com prováveis sintomas, como dor de cabeça, sendo que o principal cuidado relacionado com a hipertensão arterial é o uso da medicação. A palavra medicamento aparece como uma maneira de manter uma vida normal e a saúde, destacando-se o controle e o cuidado com a medicação. A palavra alimentação também aparece associada com a palavra doença crônica, e apesar de sua baixa frequência, é associada com o cuidado. A alimentação se liga principalmente com as mudanças de hábitos, com destaque para a prática de exercícios e o controle do sal. A alimentação também aparece ligada à palavra medicamento, sendo que os dois cuidados devem ser feitos conjuntamente, apesar da prioridade retratada nesta rede ser o cuidado com a medicação.

5.3.2. Representação Social do Tratamento

Com relação ao termo indutor “tratamento”, obteve-se 300 evocações, com 82 palavras diferentes, com média de 5 evocações por participante. Das 82 palavras diferentes, 23 foram evocadas apenas pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão, 21 pelo grupo dos profissionais de saúde e 10 pelo grupo dos familiares. As demais 28 palavras foram evocadas de forma comum a todos os grupos.

De forma geral, houve polaridade positiva nas palavras relacionadas ao termo “tratamento” ($M=2,71$; $DP= 0,52$), o que indica uma atitude positiva dos participantes com relação ao tratamento. No que diz respeito aos grupos, o nível de polaridade foi semelhante e não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias ($H(2) = 6,87$, $p = 0,062$). Contudo, o grupo das pessoas que vivem com hipertensão demonstrou uma polaridade ligeiramente menos positiva do que o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos familiares. O índice de polaridade de cada grupo para o termo indutor “tratamento” pode ser verificado na tabela 12.

Tabela 12.

Índice de Polaridade das palavras relacionadas ao termo indutor “tratamento”.

Grupo dos participantes	Índice de Polaridade	DP
Pessoas que vivem com hipertensão	2,45	0,68
Profissionais de saúde	2,85	0,36
Familiares	2,85	0,36
Total	2,71	0,52

Para as palavras associadas com o termo indutor “tratamento”, o índice de neutralidade foi baixo, indicando poucas palavras de conotação neutra ($M=1,08$; $DP=0,27$). Quando se analisa o índice de neutralidade nos diferentes grupos, observa-se que em todos houve baixa neutralidade, indicando que os três grupos avaliaram poucas palavras associadas com este termo como neutras, sendo que o grupo dos familiares foi o que apresentou menor índice de neutralidade entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos ($H(2) = 5,57$, $p = 0,061$). Estes dados podem ser observados na tabela 13.

Tabela 13.

Índice de Neutralidade das palavras relacionadas ao termo indutor “tratamento”.

Grupo dos participantes	Índice de Neutralidade	DP
Pessoas que vivem com hipertensão	1,05	0,22
Profissionais de saúde	1,20	0,41
Familiares	1,00	0,01
Total	1,08	0,27

Foi realizada a análise prototípica das palavras referentes às 60 redes associativas associadas ao termo indutor “tratamento”. A frequência mínima de ocorrência das palavras considerada para inclusão nos quadrantes foi de 5 e a ordem média de evocação (OME) para estas palavras foi de 3, indicando que, em média, elas foram evocadas na terceira posição. A frequência média de evocação foi de 10. De forma semelhante à análise prototípica dos elementos da rede associativa do termo “hipertensão”, os elementos com menor OME (evocados mais

prontamente) e com maior frequência foram indicados no quadrante superior esquerdo. Os elementos estão indicados na tabela 14.

Tabela 14.

Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “tratamento” (n=60), segundo critérios de OME.

OME < 3,0			OME ≥ 3,0			
Elemento	f	OME	Elemento	f	OME	
$f >$	Medicamento	47	2,362	Acompanhamento médico	13	3,538
$=7$	Alimentação	29	2,793	Cuidado	12	3,250
	Exercícios	24	2,458			
$f < 7$	Informação	9	2,889	Lazer	9	3,889
	Contínuo	8	2,750	Controle	8	3,000
	Mudança de hábitos	8	1,750	Estresse	7	4,286
	Sal	7	1,857	Preocupação	7	3,286
	Adesão	5	2,400	Medir a pressão	6	3,833

Dentre as palavras evocadas, a palavra medicamento foi a que apresentou maior frequência de evocação (47), seguida pelas palavras alimentação (29), exercícios (24) e acompanhamento médico (13). Verifica-se que no quadrante superior esquerdo concentram-se os elementos relacionados às mudanças de hábitos necessárias para a realização do tratamento, como medicamento, alimentação e exercícios. O elemento medicamento aparece com maior frequência e com menor ordem de evocação, indicando que este elemento é organizador da representação social do tratamento. Assim, o tratamento da hipertensão arterial é centralizado no uso da medicação e nos cuidados com a alimentação e com os exercícios, sendo que estes cuidados são considerados os principais para a realização do tratamento.

A primeira periferia agrega os elementos envolvidos com o cuidado relacionado ao tratamento, em que se destacam o cuidado com a saúde e o acompanhamento médico, ambos evocados menos prontamente, mas com maior frequência. O quadrante inferior esquerdo, também importante para a representação do tratamento, agrega elementos relacionados à adesão, que incluem o fato do tratamento ser feito de forma contínua, com destaque para a realização das mudanças de hábitos necessárias e o cuidado com o sal, que foram os elementos mais prontamente evocados pelos participantes. A informação sobre o tratamento e sobre a hipertensão arterial também aparece como um importante aspecto constituinte da representação do tratamento.

Por fim, os elementos que aparecem no quadrante inferior direito estão relacionados ao controle da pressão arterial, como medir a pressão. O cuidado com o estresse e a preocupação excessiva aparece como importante para manter o controle da pressão arterial, aspecto este que faz parte do tratamento. O lazer aparece relacionado ao tratamento, como forma de relaxar e manter a pressão estabilizada. Desta forma, a representação social do tratamento está organizada em torno do uso da medicação e da mudança de hábitos, com destaque para o cuidado com a alimentação e a realização de exercícios. A realização do tratamento de forma contínua e a informação também aparecem relacionadas à representação do tratamento.

Realizou-se também a análise prototípica considerando a ordem média de importância (OMI) das evocações, conforme a ordem de importância indicada pelos participantes na rede associativa associada ao termo “tratamento”. A OMI para estas palavras foi de 3 e a frequência média de evocação foi de 10. Assim, os elementos com menor OMI (considerados como mais importantes) e com maior frequência foram indicados no quadrante superior esquerdo, de forma semelhante à análise realizada com os elementos da rede associativa do termo hipertensão. A distribuição destes elementos pode ser verificada na tabela 15.

Tabela 15.

Diagrama das evocações referentes à rede associativa com termo indutor “tratamento” (n=60), segundo critérios de OMI.

		OMI < 3,0		OMI ≥ 3,0		
	Elemento	f	OMI	Elemento	f	OMI
<i>f</i> > =7	Alimentação	29	2,600	Medicamento	47	3,043
				Exercícios	24	3,130
				Acompanhamento médico	13	3,308
				Cuidado	12	3,043
<i>f</i> <7	Informação	9	1,667	Lazer	9	3,667
	Contínuo	8	2,875	Estresse	7	3,286
	Mudança de hábitos	8	2,125	Medir a pressão	6	4,500
	Controle	8	2,875	Adesão	5	3,000
	Preocupação	7	2,571			
	Sal	7	2,857			

Ao observar a tabela 15, nota-se a mudança de alguns elementos. No primeiro quadrante, apenas o elemento alimentação permaneceu como central na representação do tratamento, sendo que os outros

elementos (exercícios e medicação) passaram para a periferia, inclusive o elemento medicação, que apesar de na análise anterior ter sido prontamente evocado (tabela 14), foi considerado como menos importante do que os cuidados com a alimentação. Assim, observa-se que ao se considerar a ordem de importância dos elementos, a representação do tratamento centra-se na alimentação.

No quadrante superior direito observa-se elementos que anteriormente estavam no primeiro quadrante, como medicamento e exercícios. Estes dois elementos são considerados como importantes no tratamento, mas não como principais, juntamente com o acompanhamento médico e o cuidado. Ao se considerar a importância dos elementos no tratamento, o cuidado com a alimentação é destacado, enquanto que o uso da medicação e os exercícios são considerados menos importantes quando comparados à alimentação.

O quadrante inferior esquerdo agrega alguns elementos que antes estavam na segunda periferia, como o controle e a preocupação. Assim, estes dois elementos menos prontamente evocados passaram a ser considerados como mais importantes, apesar da baixa frequência. Desta forma, a preocupação com a hipertensão arterial é um importante fator para a realização do tratamento, por meio do controle dos níveis de pressão arterial. O elemento adesão passa a compor a segunda periferia, com baixa frequência e alta ordem de importância.

Quando se compara a análise da OME e da OMI, nota-se que, ao se considerar a ordem de importância dos elementos, o cuidado com alimentação torna-se central na representação do tratamento, sendo o aspecto de principal destaque. Os elementos que antes se destacavam, como o uso da medicação e a prática de exercícios, tiveram uma conotação de menor importância quando comparados ao cuidado com a alimentação. Há destaque para a alimentação como parte principal e mais importante do tratamento, apesar do uso da medicação ter sido prontamente evocado anteriormente.

As palavras evocadas pelos grupos foram agrupadas em categorias de acordo com sua relação com o tema tratamento. Assim, foram criadas 10 categorias e 10 sub-categorias, que são apresentadas no Apêndice F. Estas categorias possibilitam verificar os temas mais recorrentes que foram evocados pelos participantes em cada grupo e podem ser observadas na tabela 16.

Tabela 16.

Análise das categorias derivadas das palavras evocadas na rede associativa relacionada ao termo “tratamento” dividida por grupos.

Categorias	% de ocorrências		
	Pessoas que vivem com hipertensão	Profissionais de saúde	Familiares
Tratamento	43	41	55
Medicamentoso	24	16	17
Não medicamentoso	19	25	35
Aspectos do tratamento	4	9	2
Positivos	4	7	2
Negativos	0	2	0
Sentimentos	3	4	4
Positivos	2	4	4
Negativos	1	0	0
Cuidados	11	17	18
Avaliação	9	4	2
Positiva	5	4	2
Negativa	4	0	0
Apoio	6	6	4
Social/familiar	6	2	3
Profissional de Saúde	0	4	1
Estado emocional	3	0	0
Lazer	4	3	3
Informação	0	8	4
Acesso	5	5	6

Pode-se observar na tabela 16 que a categoria com maior ocorrência nos três grupos é “tratamento”. Contudo, no grupo das pessoas que vivem com hipertensão, a sub-categoria com maior ocorrência foi a relacionada com o tratamento medicamentoso, enquanto para os outros grupos a sub-categoria de maior ocorrência foi a do tratamento não medicamentoso, evidenciando a importância dada pelas pessoas que vivem com hipertensão ao uso da medicação para tratar a HA.

Observa-se ainda na tabela 16 que a categoria “cuidado” é a segunda categoria com maior ocorrência para os três grupos, destacando os cuidados associados pelos participantes ao tratamento da hipertensão arterial. Ademais, todos os grupos destacaram aspectos e sentimentos

positivos com relação ao tratamento, tendo uma avaliação positiva deste. Por fim, a categoria “informação” não é destacada pelas pessoas que vivem com hipertensão com relação ao tratamento.

Com relação às ligações entre as palavras da rede associativa indicadas pelos participantes, relativas ao termo indutor “tratamento”, as ligações foram analisadas e contadas, verificando quais elementos apresentavam ligações. Estas ligações e o número de vezes que se repetiram estão ilustradas na figura 4.

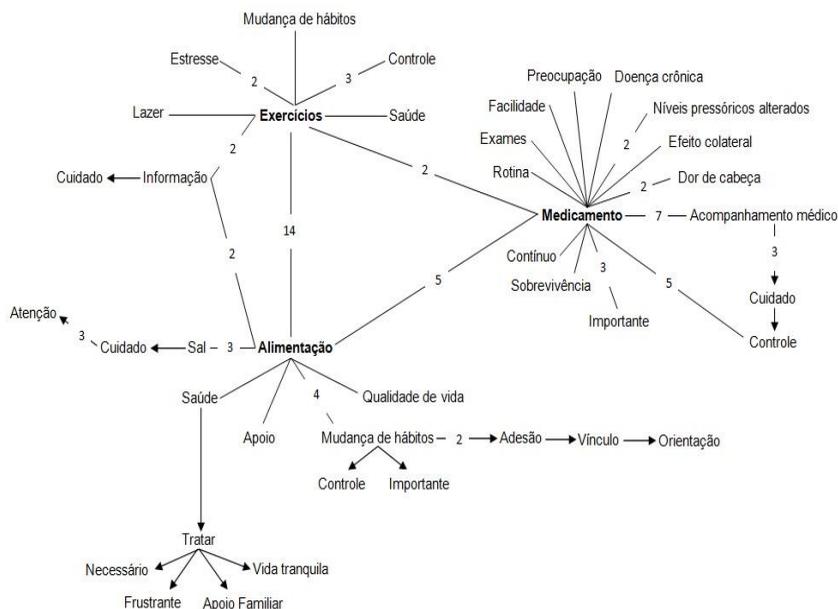


Figura 4. Representação gráfica das ligações semânticas das palavras da rede associativa com o termo indutor “tratamento”.

Conforme se observa na figura 4, as principais palavras que apresentaram ligações foram as que se encontram em negrito: Exercícios, alimentação e medicamento. A palavra alimentação aparece como central, apresentando o maior número de ligações com outras palavras e tendo destaque na representação do tratamento. Assim, o tratamento aparece centralizado na alimentação. O cuidado com o sal é destacado, juntamente com as mudanças de hábitos. Estas palavras aparecem como os principais aspectos relacionados à alimentação,

sendo esta última importante para a saúde. A palavra tratar, referente ao tratamento, aparece ligada à palavra saúde, demonstrando sua importância para a manutenção da saúde. A palavra tratar e suas ligações mostram que o tratamento é representado aqui como frustrante, porém necessário para ter uma vida tranquila, sendo que o apoio familiar ganha destaque na realização do tratamento.

A alimentação contribui também para a qualidade de vida, sendo importante o apoio para as mudanças na alimentação. O vínculo com os profissionais de saúde e a orientação recebida aparecem associados à adesão e às mudanças de hábitos. A alimentação é associada ainda à prática de exercícios, apresentando um número alto de ligações e estão relacionadas às mudanças de hábitos. A informação aparece ligada ao cuidado e também à alimentação e ao exercício físico, assim, ter informação sobre a hipertensão arterial e sobre o tratamento possibilita ter um cuidado tanto da alimentação quanto da prática de exercícios físicos. A prática de exercícios aparece ligada com o lazer e o estresse, sendo uma alternativa de controle do estresse e de manter a saúde.

A palavra medicamento aparece ligada, em menor frequência, às palavras exercícios e alimentação. Isto indica que, na rede associativa referente ao tratamento, o cuidado com a alimentação e com os exercícios aparecem como central, mas sempre associados com o uso da medicação, sendo que a representação social do tratamento se organiza a partir deste eixo: alimentação, exercícios e medicamento. O uso do medicamento é relacionado com o controle dos níveis pressóricos e com o acompanhamento médico. Ademais, o uso da medicação é representado como contínuo e importante para a sobrevivência, bem como para o alívio dos sintomas, como dor de cabeça. Os efeitos colaterais da medicação também são destacados na rede. Assim, o uso da medicação é considerado importante para o tratamento da hipertensão arterial, mas a representação do tratamento é centralizada na alimentação, com destaque para a mudança de hábitos e a prática de exercícios.

5.4. Análise das entrevistas

As entrevistas realizadas foram transcritas e agrupadas em dois corpora separados de acordo com as temáticas exploradas nas entrevistas: corpus “hipertensão” e corpus “tratamento”. Os dois corpora foram submetidos, separadamente, a análises textuais com o uso do programa IRaMuTeQ.

5.4.1. Corpus Hipertensão

O corpus “hipertensão” apresentou 101.764 ocorrências de palavras, com 5.130 palavras distintas, com uma frequência média de 19,83 ocorrências para as palavras do corpus. Este corpus foi posteriormente submetido a uma Classificação Hierárquica descendente (CHD) com o emprego do programa IRaMuTeQ. Os 60 textos iniciais foram desdobrados pela CHD em 2.882 segmentos de texto. Destes, 2.413 segmentos de texto foram classificados, correspondendo a 83,73% do total. De acordo com Camargo (2005), a CHD consegue resumir de maneira adequada o corpus quando 75% ou mais das UCEs foram classificadas.

A CHD distinguiu cinco classes. Na primeira partição, o corpus foi dividido em dois subcorpus, separando o que resultou nas classes 1, 2 e 4 de um lado e nas classes 3 e 5 de outro. Em uma segunda partição, o subcorpus maior foi dividido, originando a classe 2. A terceira partição distinguiu a classe 1 e a classe 4. A quarta e última partição distinguiu as classes 3 e 5. A classe 3 apresentou o maior número de segmentos de texto (ST), correspondente a 25,8%, seguida pela classe 1, com 25,6% dos ST. A classe 2 apresentou 22,9% dos ST e, por fim, as classes 5 e 4 apresentaram 13,1% e 12,7% dos ST, respectivamente, conforme observa-se na figura 5.

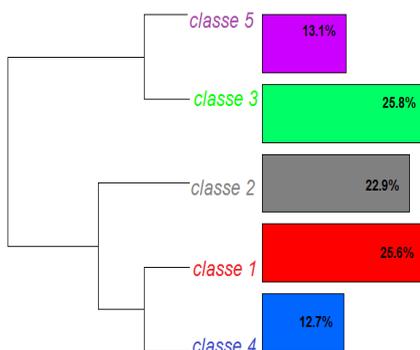


Figura 5. Divisão do corpus “hipertensão” em 5 classes pela CHD.

A figura 6 apresenta a nuvem de palavras referente ao corpus “hipertensão” analisado. Esta ilustração possibilita identificar graficamente os elementos principais do corpus, sendo que o tamanho

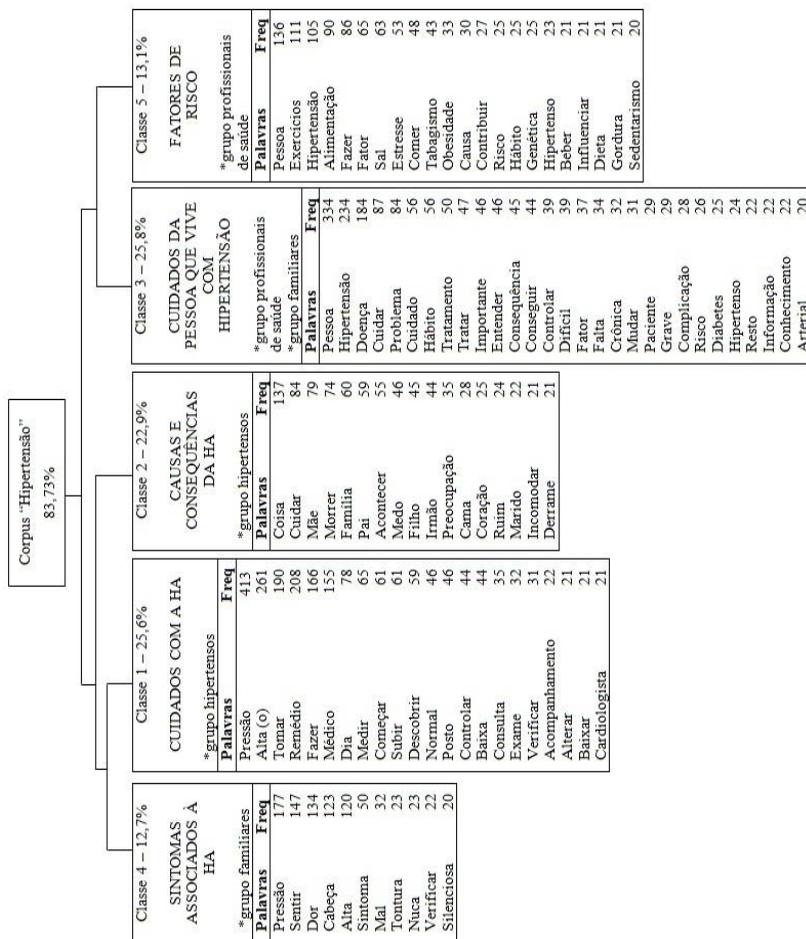


Figura 7. Dendrograma da CHD relativa ao corpus “hipertensão”.

Classe 2 – Causas e consequências da HA

A classe 2, com 22, 9% das ST do corpus, relaciona-se com as causas e consequências da hipertensão arterial, e recebe este nome. A maior parte dos ST desta classe foi produzida pelo grupo das pessoas

que vivem com hipertensão e por pessoas que declararam ter renda entre 1 e 3 salários mínimos.

Os elementos *coisa* e *acontecer* referem-se aos problemas que podem ocorrer devido à hipertensão arterial, sem especificar quais problemas seriam esses. Portanto, estas consequências são referidas de forma generalizada, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*meu medo é de acontecer alguma coisa ruim comigo, por isso que eu estou fazendo o tratamento corretamente*” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os participantes associam essas consequências decorrentes da hipertensão arterial a problemas graves que podem levar à morte, ilustrados pela presença do elemento *morrer* nesta classe. Os participantes relatam insegurança quanto à probabilidade disso acontecer e o medo que isso causa neles, com a presença do elemento *medo*, como exemplifica o segmento de texto a seguir: “*eu tenho muito medo. Minha sogra morreu por causa da pressão alta, meus pais têm pressão alta, eu descobri há pouco tempo que tenho pressão alta, então eu tenho muito medo*” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Para evitar os problemas que podem surgir em decorrência da hipertensão arterial, o cuidado com a saúde é a principal maneira citada pelos participantes. Este aspecto aparece representado nesta classe pela presença do elemento *cuidar*. Este cuidado é referido pelos participantes de forma genérica, representando um cuidado geral com a saúde, que engloba diversos aspectos, conforme mostra o exemplo a seguir: “*com a hipertensão você fica sujeito a ter problemas cardíacos, essas coisas, então eu me cuido para não ter problema*” (sexo feminino, 69 anos, vive com hipertensão há 8 anos). Alguns participantes citam o cuidado de forma específica, sendo que este cuidado aparece relacionado principalmente à alimentação e à medicação, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*eu me cuido, eu cuido com a alimentação, com o remédio, eu tomo o remédio para a pressão, isso já ajuda*” (sexo masculino, 87 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

A hipertensão arterial aparece relacionada nesta classe com a família, sendo a herança familiar vista como uma das causas para o surgimento da HA. A relação da HA com a genética mostra que o fato de ter familiares que vivem ou viveram com hipertensão faz com que os participantes atribuam a este fato a causa da hipertensão arterial, o que pode ser observado pela presença nesta classe de elementos como *mãe*, *pai*, *filho*, *irmão* e *família*. Esta associação pode ser observada no segmento de texto a seguir: “*minha mãe era hipertensa, meu pai é*

hipertenso, eu tenho duas irmãs hipertensas, então é uma coisa de família” (sexo feminino, 32 anos, vive com hipertensão há 9 anos).

Estes elementos, juntamente com o elemento *marido*, referem-se também ao cuidado que se deve ter com familiares que vivem com hipertensão. Assim, a atribuição do papel da família no tratamento relaciona-se com o cuidado e o apoio dado aos membros familiares que vivem com hipertensão, conforme ilustra o exemplo:

“Meu marido tem pressão alta, ele teve que mudar totalmente a forma de viver, mudar as coisas que ele fazia antes, ele não pode esquecer de tomar o medicamento, eu o ajudo a lembrar se precisar, apoio essas mudanças” (sexo feminino, familiar, 25 anos).

Outro fator que aparece nesta classe relacionado às causas da hipertensão arterial é a preocupação. Os participantes associam a preocupação excessiva com assuntos do dia a dia e com problemas cotidianos como uma das causas principais para o surgimento da hipertensão arterial e para a alteração dos níveis pressóricos, como se pode observar no segmento de texto a seguir: *“a preocupação e a incomodação contribuem para a pressão subir, então tem que procurar não se incomodar e viver em paz”* (sexo feminino, 73 anos, vive com hipertensão há 10 anos). A preocupação aparece associada também ao fato de viver com hipertensão e toda a precaução que precisa ter. Os participantes relatam que ter certa preocupação por viver com HA contribui para a pessoa realizar o tratamento de forma adequada, pois há grande apreensão com o que a hipertensão arterial pode causar: *“a hipertensão é uma preocupação porque eu sei que é uma coisa grave, é uma coisa muito séria, precisa ter cuidado”* (sexo feminino, 71 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

Os elementos *cama* e *incomodar* estão relacionados com as principais preocupações das pessoas que vivem com hipertensão. Estes participantes relatam que o principal temor é de ter algum problema decorrente da hipertensão arterial que os deixem acamados em consequência disso, sendo a pior consequência que pode ocorrer em decorrência da HA, conforme ilustra o exemplo: *“eu tenho medo de ter um AVC, um infarto, e ficar na cama para o resto da vida, inválida, esse é o meu maior medo”* (sexo feminino, 66 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

Dentre os principais problemas que a hipertensão arterial pode causar, o derrame também é citado pelos participantes como uma das principais consequências da hipertensão arterial e um dos fatores que pode levar a pessoa que vive com HA a ficar acamada e com graves sequelas: *“a minha preocupação é ter um derrame e ficar toda aleijada, toda torta, eu tenho muito medo de derrame, daí eu tomo o remédio para não acontecer isso”* (sexo feminino, 63 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

A presença do elemento *coração* nesta classe indica a associação que há entre este órgão e a hipertensão arterial. Os participantes que vivem com hipertensão e os familiares relacionam a HA a alguma alteração neste órgão. Em consequência disso, a pressão sobe mais do que deveria, trazendo problemas, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“a pressão alta complica, a pressão alta joga tudo para o coração, eu imagino assim, então eu tenho que cuidar para a pressão não ficar alta e não atingir o coração”* (sexo feminino, 69 anos, vive com hipertensão há 8 anos).

Os participantes atribuem os problemas de coração como uma das consequências mais comuns relacionadas a esta condição crônica. Para estes, os problemas cardíacos podem ocorrer de forma grave e podem levar à morte, conforme mostra o exemplo a seguir: *“a hipertensão pode dar alguma coisa séria, principalmente relacionada ao coração, pode dar um problema cardíaco e até uma parada cardíaca”* (sexo feminino, familiar, 21 anos).

O elemento *ruim* presente nesta classe refere-se aos sintomas que as pessoas que vivem com hipertensão sentem quando a pressão está elevada. Os participantes descrevem este fato como algo ruim, o que faz com que eles sigam o tratamento de forma adequada para não sentir esses sintomas novamente: *“eu tenho medo de ficar ruim de novo, então eu faço o tratamento, eu penso muito nisso”* (sexo feminino, 61 anos, vive com hipertensão há 22 anos). Os participantes utilizam ainda este termo para se referir à hipertensão arterial, vista de forma negativa pelos participantes: *“é ruim ter hipertensão porque a pessoa está sempre preocupada, a hipertensão é imprevisível, é danada, é perigosa, não pode confiar na pressão”* (sexo feminino, 73 anos, vive com hipertensão há 10 anos).

Verifica-se que o conteúdo desta classe centra-se nas possíveis causas e consequências da HA, conteúdo este produzido principalmente pelas pessoas que vivem com hipertensão. Nesta classe, esta condição crônica é vista de forma negativa pelos problemas que pode causar e pela preocupação e medo que isso traz.

Classe 1 – Cuidados com a HA

A classe 1, que representa 25,6% de ST do corpus, tem seu conteúdo associado ao tema *cuidados com a HA*. Nesta classe a maior parte dos ST foi produzida pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Ela associa-se também com participantes que declararam ter renda de 1 a 3 salários mínimos e caracteriza-se pela alta frequência das palavras *pressão, alta, tomar, remédio, fazer e médico*. Os participantes desta classe destacam a descoberta inesperada da hipertensão arterial e utilizam mais frequentemente a expressão popular e não técnica “pressão alta” para se referir à HA: “*eu não sabia que tinha, eu nunca tinha feito nenhum tratamento até os 50 anos de idade, eu fui ao médico achando que estava com gripe e estava com pressão alta*” (sexo masculino, 56 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

A principal forma de cuidado associado à hipertensão arterial nesta classe é tomar a medicação e fazer o acompanhamento médico, através do qual é possível fazer o *check_up* e exames de rotina, possibilitando um maior controle da pressão arterial: “*eu faço exames de rotina por causa da hipertensão, faço check_up todo ano, faço exames, mas ela está bem controlada*” (sexo feminino, 59 anos, vive com hipertensão há 20 anos). O elemento *médico* está associado ao profissional de saúde, que tem um papel de destaque nesta classe, demonstrando a confiança que as pessoas que vivem com hipertensão depositam no profissional de saúde: “*o médico conversou comigo e me explicou tudo, disse que é um problema que qualquer pessoa pode ter e que se eu tratar e tomar o medicamento, eu vou ficar bem*” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os elementos *tomar, remédio e dia* referem-se ao tratamento medicamentoso seguido pelas pessoas que vivem com hipertensão. Nesta classe, o tratamento medicamentoso é citado como a forma mais importante de cuidado e o aspecto principal do tratamento da HA, independente de realizar ou não o tratamento não medicamentoso: “*eu faço os exames, eu tomo o remédio, não dá para fugir, se tem que fazer, eu faço*” (sexo masculino, 56 anos, vivem com hipertensão há 3 anos).

O elemento *dia*, relacionado com a medicação, refere-se à importância de tomar o remédio de forma contínua para que seja possível ter um controle maior da pressão arterial: “*meu marido só tomava o remédio quando tinha dor de cabeça, ele não entendia que o remédio era contínuo, que tinha que tomar todo dia*” (familiar, sexo feminino, 32 anos). Este elemento refere-se ainda ao fato de tomar

vários medicamentos para a hipertensão arterial ao longo do dia, destacando o cuidado para seguir de maneira correta o tratamento medicamentoso, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*eu cuido, eu tomo o remédio duas vezes ao dia, minha pressão é difícil de controlar, mas se fizer o tratamento direito, não tem problema*” (sexo feminino, 69 anos, vivem com hipertensão há 8 anos).

Destaca-se como parte do cuidado com a hipertensão arterial o hábito de medir a pressão, evidenciado pela presença do elemento *medir* nesta classe. Medir a pressão é considerado uma forma de cuidado diante da HA, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*é importante avaliar como está, é importante medir a pressão pelo menos duas vezes na semana, não precisa ser todo dia*” (familiar, sexo feminino, 44 anos). O elemento *posto* refere-se aos centros de saúde, local procurado pelos participantes para realizar as medições da pressão e fazer o acompanhamento dos níveis pressóricos. É também nos centros de saúde que os participantes realizam o acompanhamento médico e vão buscar a medicação necessária, sendo o principal acesso aos serviços de saúde e ao acompanhamento dos participantes que vivem com hipertensão: “*se eu sinto algo estranho eu vou ao posto, lá eles medem a minha pressão, eu marco consulta com a médica do posto, eu retiro a medicação lá também*” (sexo feminino, 71 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

Nesta classe fica evidenciado o início do tratamento através do elemento *começar*. A partir do diagnóstico, se dá início a uma série de mudanças na vida pessoal, e é um momento marcante para os participantes, pois a partir desse momento, a rotina e os hábitos de vida são modificados, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*Às vezes a pessoa precisa levar esse choque para começar a se cuidar*” (familiar, sexo masculino, 25 anos).

A descoberta da hipertensão arterial também é destacada nesta classe. Os participantes relatam a descoberta ao acaso, em consultas de rotina, ou em função de outros motivos, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*eu nem sabia que tinha pressão alta, eu só descobri porque fui ao médico fazer um check_up*” (sexo masculino, 58 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

O cuidado com a HA e o controle da pressão arterial são retratados nesta classe através da presença dos elementos *subir, normal, alterada e controlada*. Estes elementos representam a variação da pressão arterial e o esforço realizado para mantê-la normal. Os participantes destacam o risco que existe da pressão subir e o cuidado que se deve ter para evitar que isso aconteça: “*a pressão é uma coisa*

encrenqueira, ela pode subir de repente e pode dar um infarto, um AVC, então eu cuido, eu tomo o remédio, eu não paro de tomar” (sexo feminino, 86 anos, vive com hipertensão há 12 anos). Os participantes destacam também algumas situações que podem ocasionar alteração na pressão, principalmente situações de estresse, conforme o exemplo: *“eu sou uma pessoa bem nervosa, qualquer coisa eu fico alterada, fico muito nervosa com qualquer situação e isso altera a minha pressão”* (sexo feminino, 66 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

O elemento *normal* evidencia também a alta frequência de hipertensão arterial na população brasileira, o que faz com que sua ocorrência seja considerada algo normal pelos participantes, conforme ilustra o exemplo:

“É uma coisa normal porque todo mundo tem, pessoa jovem, idosa, todos tem, não importa a idade, até minha sobrinha que é nova tem, é geral, é difícil achar alguém que não tem pressão alta” (sexo feminino, 58 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Em contraposição, alguns participantes destacam o perigo de considerar a hipertensão arterial como algo normal, postergando assim seu tratamento e aumentando os riscos de ter algum problema decorrente desta condição crônica: *“as pessoas falam da pressão alta como uma coisa normal, mas isso é perigoso, não é normal ter pressão alta, precisa cuidar”* (sexo masculino, 87 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

Nesta classe, a hipertensão arterial é comparada com a pressão baixa, que, de acordo com os participantes, ter crises de pressão baixa é menos perigoso do que a pressão alta, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“pelo conhecimento que eu tenho, a pressão baixa não mata ninguém, mas a pressão alta mata”* (sexo masculino, 87 anos, vive com hipertensão há 4 anos). A pressão baixa também aparece relacionada com o efeito colateral do medicamento para hipertensão arterial, que pode baixar demais a pressão e causar mal estar: *“tem a questão da medicação, às vezes a pessoa toma vários remédios e a pressão baixa demais”* (familiar, sexo feminino, 32 anos).

O acompanhamento médico é um importante aspecto do tratamento. Através da consulta médica, é possível que as pessoas que vivem com hipertensão realizem os exames necessários e façam o acompanhamento para verificar como está a saúde. Estes aspectos são representados pela presença dos elementos *acompanhamento, consulta,*

verificar, exame, cardiologista e baixar. Desta forma, a consulta médica possibilita que o profissional de saúde realize o acompanhamento do paciente, possa pedir exames, alterar a medicação e repassar as orientações necessárias para a pessoa, conforme ilustra o exemplo:

“Tem que fazer um acompanhamento, tem que fazer exames, às vezes tem que trocar a medicação porque a pressão não está controlada, então precisa ser feito esse acompanhamento com o paciente, fazer o controle da pressão, para que ele retorne depois para a gente ver como está” (profissional de saúde, sexo feminino, 28 anos).

Esta classe envolve os cuidados necessários para que a pessoa que vive com hipertensão não tenha nenhum problema decorrente desta condição crônica. O elemento *pressão* apresentou maior frequência nesta classe, referindo-se à pressão alta. A alta frequência dos elementos *tomar, remédio* e *médico* indica a importância da medicação e do profissional de saúde para o cuidado com a hipertensão arterial.

Classe 4 – Sintomas da HA

Esta classe, nomeada de *sintomas da HA*, apresenta 12,7% dos ST do corpus e agrega os elementos que descrevem os sintomas que os participantes associam à hipertensão arterial. O material textual desta classe foi produzido em sua maioria pelo grupo dos familiares e por pessoas que declararam ter renda entre 1 e 3 salários mínimos.

Com a maior frequência nesta classe, os elementos *sentir* e *pressão* referem-se à alteração da pressão relacionada aos sintomas que são sentidos pelos participantes e associados à hipertensão arterial. Os participantes relatam que esses sintomas servem como um alerta, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“eu comecei a sentir uma sensação estranha no peito, fiquei preocupada, fui para o hospital e a pressão estava alta mesmo”* (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 5 anos).

Um dos sintomas que aparece com mais frequência nesta classe é a dor de cabeça. Este é o sintoma principal descrito pelos participantes e é representado pela presença nesta classe dos elementos *dor* e *cabeça*. É comum a dor de cabeça ser associada com a hipertensão arterial, sendo um dos primeiros sintomas relacionados a esta condição crônica. Além

disso, os elementos *nuca* e *tontura* ilustram outros dois sintomas relacionados à alteração da pressão, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*quando a pressão está alta, eu começo a sentir os sintomas, me dá dor de cabeça, dor na nuca, tontura, fômitamento, então eu já sei que está alta*” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os sintomas descritos nesta classe servem de alerta para a pessoa. Esta relação pode ser observada pela presença nesta classe dos elementos *alta* e *sintomas*. A hipertensão arterial tem como característica ser assintomática, mas os participantes, apesar de muitos considerarem esta informação verdadeira, ainda baseiam-se nos sintomas para verificar se a pressão está ou não alterada, conforme ilustra o exemplo:

“*Às vezes ela está alta e eu não sinto nada, mas quando ela passa de 17, 18, eu começo a sentir os sintomas, eu só sinto alguma coisa quando ela está muito alta, ela é silenciosa, ela pode matar porque você não sente nada, só sente quando ela está muito alta*” (sexo feminino, 73 anos, vive com hipertensão há 10 anos).

O elemento *mal*, presente nesta classe, refere-se ao mal estar que as pessoas que vivem com hipertensão podem sentir quando a pressão está alterada. Este mal estar é relatado de forma generalizada, sendo esse um indício de que algo está errado, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*é difícil achar um sintoma específico da hipertensão, às vezes a pessoa reclama que está sentindo um mal estar*” (profissional de saúde, sexo feminino, 37 anos).

Apesar dos participantes associarem determinados sintomas à alteração da pressão, nem sempre esta alteração vem acompanhada destes sintomas. Assim, a hipertensão arterial é descrita pelos participantes como uma doença silenciosa, por não apresentar sintomas específicos, o que torna esta condição crônica perigosa, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*ela começa e você não se dá conta, por isso eu acho ela muito sacana, porque ela é silenciosa, ela não dá sinais, ela só fica esperando uma oportunidade para te atacar*” (sexo feminino, 44 anos, vive com hipertensão há 4 anos). Este aspecto é caracterizado nesta classe pela presença do elemento *silenciosa*. Este elemento aparece em menor frequência pelo fato da hipertensão arterial aparecer nesta classe associada aos sintomas descritos anteriormente.

Classe 3 – Cuidados da pessoa que vive com hipertensão

A Classe 3, nomeada *cuidados da pessoa que vive com hipertensão*, apresentou o maior número de ST do corpus, 25,8%. O conteúdo desta classe está relacionado com os cuidados que os participantes consideram que as pessoas que vivem com hipertensão devem ter. A maior parte dos ST desta classe foi produzida pelos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares e por pessoas que declararam ter renda acima de 7 salários mínimos.

A hipertensão arterial é caracterizada nesta classe como uma doença que pode trazer problemas para a pessoa que vive com hipertensão se não houver cuidado, o que pode ser observado pela alta frequência dos elementos *pessoa, hipertensão, doença, cuidado, problema, cuidar*. Os participantes associam a falta de cuidado com o surgimento de problemas decorrentes da hipertensão arterial, como ilustra o segmento de texto a seguir: “*na minha opinião, a pessoa que tem essa doença precisa cuidar, tem que dar muita importância, porque se não cuidar ela agrava e pode dar problemas*” (sexo masculino, 76 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

Este cuidado aparece associado principalmente às mudanças dos hábitos de vida. Os hábitos de vida considerados inadequados aparecem como fatores que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial: “*a hipertensão pode ser uma consequência da pessoa não ter hábitos saudáveis e cuidar desses hábitos pode ajudar a controlar a hipertensão*” (familiar, sexo feminino, 26 anos)

Os participantes destacam a dificuldade de modificar os hábitos de vida, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*a hipertensão é uma doença que tem tratamento, mas o que eu vejo com o meu pai é que é muito difícil mudar o estilo de vida*” (familiar, sexo feminino, 19 anos). Os participantes ressaltam ainda que a falta de cuidado por parte das pessoas que vivem com hipertensão é um fator que influencia negativamente o tratamento: “*É uma doença tranquila, que dá para controlar, e se ela estiver bem controlada, a pessoa consegue ter uma vida normal*” (familiar, sexo feminino, 59 anos).

Nesta classe, fica evidente ainda que entender os aspectos do tratamento e da hipertensão arterial é um fator considerado importante para conseguir realizar o tratamento de forma adequada, o que pode ser observado pela presença dos elementos *importante, entender e mudar*. Entender o que é hipertensão arterial e como funciona o tratamento é importante para que a pessoa possa realizar as mudanças necessárias,

conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“o tratamento da hipertensão é uma redução do risco e o pessoal não entende isso, eles acham que tratando a hipertensão eles vão estar completamente seguros”* (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

Por ser uma condição crônica, a hipertensão arterial aparece ainda associada ao risco de graves complicações, ressaltando-se a importância de realizar o tratamento e os cuidados necessários: *“é uma doença crônica, que pode levar a graves complicações, mas não é difícil de tratar”* (profissional de saúde, sexo masculino, 38 anos). A diabetes aparece nesta classe como uma doença associada à hipertensão arterial, mas também é usada como um comparativo em relação a esta, pela sua cronicidade e necessidade de tratamento contínuo: *“tem que tomar remédio e ir levando a vida assim até morrer, não tem cura, é como diabetes, aids, tem que fazer o tratamento”* (sexo feminino, 73 anos, vive com hipertensão há 10 anos). A informação e o conhecimento sobre a hipertensão arterial aparecem como importantes elementos para que a pessoa que vive com hipertensão possa realizar os cuidados necessários envolvidos no tratamento: *“é importante ter bastante informação, meu pai se informou bastante e ele mantém a rotina, faz exames e acompanhamento médico todo ano”* (familiar, sexo feminino, 19 anos).

O elemento *hipertenso* relaciona-se com a forma com que os grupos dos familiares e profissionais de saúde, característicos desta classe, se referem à pessoa que vive com hipertensão, conforme exemplo a seguir: *“a pessoa tem que aceitar e entender que ela precisa tratar e cuidar, não tem como mudar isso, não existe um retorno, virou hipertenso, vai ser hipertenso”* (familiar, sexo feminino, 59 anos). Assim, observa-se que os elementos desta classe foram produzidos em sua maioria por estes dois grupos, referindo-se aos cuidados das pessoas que vivem com hipertensão. É importante destacar que este termo é uma forma comum de se referir à pessoa que vive com HA.

Por fim, o elemento *arterial e paciente*, que aparecem nesta classe, tem como característica ter sido produzido pelo grupo dos profissionais de saúde. Estes participantes utilizaram um termo mais técnico ao se referirem à hipertensão arterial e à pessoa que vive com hipertensão, o que evidencia a associação destes elementos a este grupo específico, como ilustra o segmento de texto a seguir: *“a hipertensão arterial é um problema muito prevalente e é hoje uma das grandes demandas dos centros de saúde”* (profissional de saúde, sexo masculino, 32 anos). Esta classe evidenciou os principais aspectos relacionados aos cuidados que as pessoas que vivem com hipertensão devem ter, com destaque para a mudança de hábitos.

Classe 5 – Fatores de risco

Esta classe, nomeada *fatores de risco*, apresentou 13,1% dos ST do corpus. O conteúdo desta classe está associado com os fatores de risco que podem levar a pessoa a desenvolver hipertensão arterial. A maior parte do conteúdo desta classe foi produzido pelo grupo dos profissionais de saúde e por pessoas que declararam ter renda igual ou maior que 7 salários mínimos.

Nesta classe, estão representados os principais fatores considerados como de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial. O elemento *pessoa*, com a maior frequência nesta classe, representa as pessoas que vivem com hipertensão arterial. O elemento *hipertensão*, com a segunda maior frequência nesta classe, também remete ao fato dos hábitos de vida contribuírem para a prevenção ou para o desenvolvimento desta condição crônica: “*hoje muitas pessoas têm hipertensão, eu acredito que é porque elas se alimentam mal, são sedentárias, muito estresse, tudo isso influencia*” (familiar, sexo masculino, 25 anos).

Os elementos desta classe remetem aos fatores que influenciam no aparecimento da hipertensão arterial, bem como aos fatores que contribuem para a prevenção desta e de outras condições crônicas, o que pode ser evidenciado pela presença nesta classe dos elementos *fator*, *risco*, *causa*, *influenciar* e *contribuir*. Este aspecto pode ser observado pelo segmento de texto a seguir:

“*Uma alimentação rica em gordura e em sódio, o sobrepeso, a obesidade, todos esses são fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, apesar da gente não saber realmente o que causa a hipertensão*” (profissional de saúde, sexo feminino, 28 anos).

Os elementos *exercícios*, *sedentarismo* e a *alimentação* agregam os principais fatores que influenciam para o surgimento da HA. A falta de exercício físico, ou seja, o sedentarismo pode influenciar negativamente na saúde, podendo contribuir para o surgimento de doenças, assim como o consumo de alimentos não saudáveis, conforme o exemplo: “*eu acredito que a maioria dos casos de hipertensão é devido à má alimentação e à falta de exercício, as pessoas são muito sedentárias hoje em dia*” (familiar, sexo feminino, 56 anos).

Em contrapartida, a prática regular de exercícios e o cuidado com a alimentação podem ser um aliado na prevenção de diversas doenças, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*a prática de exercícios e a alimentação correta ajudam a tratar e a prevenir a hipertensão*” (familiar, sexo masculino, 25 anos). O elemento *fazer* aparece também relacionado ao hábito de fazer exercícios, destacando a importância dos exercícios para a saúde: “*É importante fazer uma atividade física, não só para a hipertensão, mas para uma série de doenças, pode evitar diversas doenças*” (familiar, sexo feminino, 26 anos).

Os elementos *sal, dieta, comer, gordura e obesidade* estão relacionados com a alimentação e são aspectos dos hábitos alimentares que contribuem para o surgimento da HA. Os participantes destacam o sal como um dos principais fatores na alimentação que pode causar a hipertensão arterial. Assim como o sal, a gordura também aparece associada a este fato: “*uma pessoa com a alimentação com muito sal, rica em gordura, tem uma tendência maior a ter hipertensão*” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos). Entretanto, uma dieta com pouco consumo de sal e de gordura pode colaborar para que a pressão fique controlada, contribuindo para manter a saúde, conforme ilustra o exemplo a seguir:

“Tem que ter um cuidado, a pessoa tem que ter uma dieta saudável, diminuir o sal, comer menos gordura, isso faz mal para quem não tem hipertensão, imagina para quem tem” (familiar, sexo feminino, 59 anos).

A obesidade também aparece como um fator de risco que pode influenciar no desenvolvimento da hipertensão arterial, juntamente com os outros fatores já citados, pois todos se relacionam com os hábitos de vida do indivíduo, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*eu acho que tem vários fatores que influenciam na hipertensão, no caso do meu pai foi a obesidade, os maus hábitos de vida*” (familiar, sexo feminino, 19 anos). O elemento *estresse* também aparece nesta classe como um fator que pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão arterial: “*eu acho que o estresse do dia a dia influencia muito, pode provocar a hipertensão*” (sexo feminino, 58 anos, vive com hipertensão há 15 anos).

No entanto, a forma de lidar com situações que causam estresse envolve também a questão psicológica e emocional. O estresse, juntamente com outras questões emocionais, também é relatado como

algo que pode contribuir para que a pressão altere, sendo um cuidado importante no tratamento: *“Os estados emocionais como o estresse, ansiedade, raiva, podem alterar a pressão arterial, as pessoas precisam tratar essa parte também, precisam cuidar disso também”* (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

Fatores de risco como o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas também aparecem nesta classe como aspectos que contribuem para o desenvolvimento da HA. Um dos pontos principais do tratamento é diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e o abandono do tabagismo, o que é benéfico para a saúde e contribui para ter um maior controle da pressão arterial, conforme o exemplo a seguir:

“O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas também influenciam na hipertensão. Então as pessoas chegam ao consultório e a gente tenta mostrar isso para elas, para elas mesmas identificarem” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

O elemento *hábito*, presente nesta classe, refere-se aos hábitos de vida. Os hábitos saudáveis de vida podem contribuir para prevenir o aparecimento desta condição crônica. Aliado a estes fatores, a hereditariedade também pode influenciar no desenvolvimento da hipertensão arterial. Uma pessoa que tenha familiares que vivem com hipertensão e maus hábitos de vida tem uma chance maior de desenvolver HA, conforme ilustra o exemplo a seguir: *“a hipertensão é multifatorial, tem a genética, mas também têm os hábitos de vida da pessoa, tudo isso está ligado à hipertensão”* (profissional de saúde, sexo masculino, 32 anos).

Esta classe destacou os principais aspectos relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e a mudança de hábitos de vida, que possibilita que a pessoa que vive com hipertensão tenha uma vida normal e sem complicações. Os hábitos saudáveis de vida possibilitam também a prevenção da HA e de outras doenças.

Uma análise de similitude com as palavras que compõe os segmentos de texto do corpus “hipertensão” foi realizada. A figura 8 apresenta uma representação gráfica que mostra as relações entre as palavras e suas co-ocorrências.

Foram selecionadas palavras que apresentaram frequência acima de 5. Pode-se verificar que o elemento *pessoa* aparece como central e

apresenta uma forte conexão com o elemento *pressão*, sendo que estes dois elementos principais apresentam diferentes ligações. Cada cor na figura 8 representa um grupo diferente.

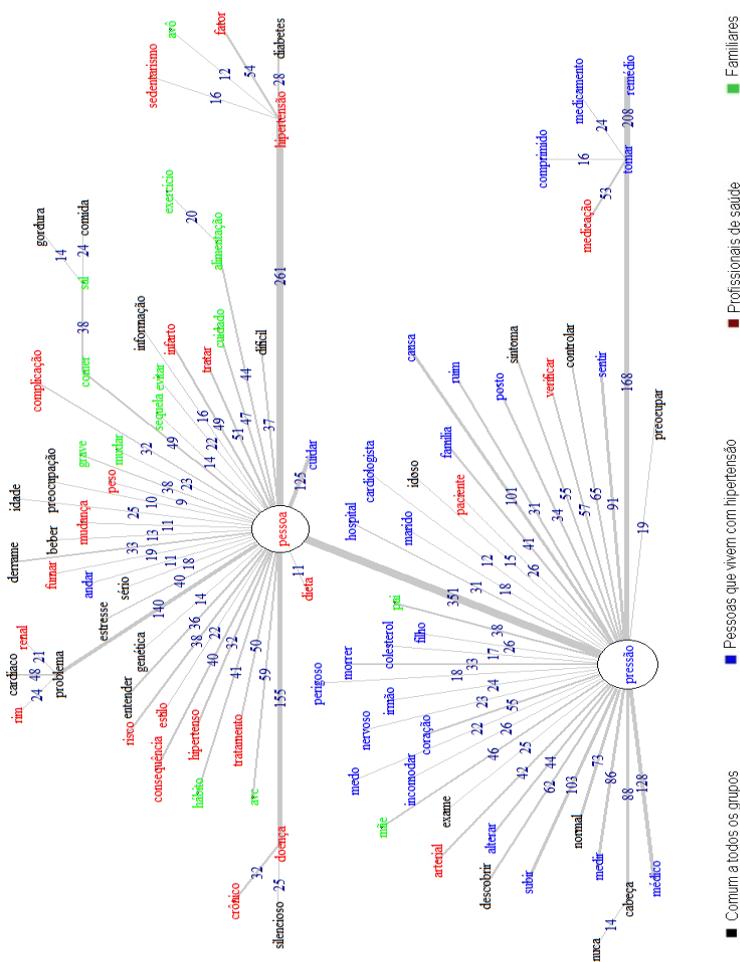


Figura 8. Representação gráfica com o número de co-ocorrências das palavras mais importantes nos segmentos de texto do corpus “hipertensão”.

As palavras em cor preta são comuns a todos os grupos. Observa-se de forma geral que o elemento *pressão* aparece relacionado aos

sintomas, como dor de *cabeça* e dor na *nuca*, que estão associados ao aumento da pressão. A pressão alta também aparece associada ao elemento *exame*, importante para realizar o diagnóstico da hipertensão arterial. A HA aparece ainda relacionada à idade, principalmente em pessoas com mais idade, por meio do elemento *idoso*. Ademais, a pressão alta é vista como algo *normal*, possivelmente pela sua alta prevalência na sociedade. Apesar disso, ela traz *preocupações* devido às consequências que pode causar, sendo importante fazer o *controle* da pressão arterial.

Associado ao elemento *pessoa*, a hipertensão arterial pode trazer *problemas sérios*, como problema *cardíaco* e *derrame*. Alguns *fatores* aparecem ainda associados com o surgimento da hipertensão, como *diabetes*, *idade*, *genética*, *preocupação*, *estresse* e *beber* em excesso. Evitar *comidas gordurosas* também aparece como uma forma de cuidado com a hipertensão. A HA é vista como *difícil* de ser tratada, sendo que a pessoa que vive com hipertensão precisa buscar *informações* para que possa *entender* mais sobre esta condição crônica e sobre o tratamento. De forma geral, a hipertensão arterial é estruturada em torno de suas características e dos cuidados da pessoa que vive com hipertensão.

As palavras em cor azul representam as mais evocadas pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Verifica-se que a representação deste grupo a respeito da pessoa que vive com hipertensão se relaciona com os cuidados necessários e, dentre estes cuidados, se destaca a *caminhada*. O elemento *pressão* foi o mais evocado pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Este grupo relaciona a pressão ao uso do *medicamento* como principal forma de tratamento, sendo que o elemento *tomar* é o que apresenta maior co-ocorrência. O profissional *médico* também foi associado e o *cardiologista* também foi citado como um especialista procurado para tratar a hipertensão arterial, mas este aparece com menor associação.

Este grupo também destacou a importância de *medir* a pressão para verificar possíveis *alterações* e associou a pressão como algo *ruim* e *perigoso*, que pode levar a problemas no *coração* e até à *morte*, ou levar à *hospitalização*. Ademais, estas consequências podem fazer com que a pessoa que vive com hipertensão acabe por *incomodar* seus familiares, por passar a depender destes. Os *familiares* também foram evocados por esse grupo e se relacionam com a ajuda no cuidado e com a hereditariedade como *causa* da hipertensão. O elemento *sentir* também aparece associado ao elemento *pressão*, relacionado aos sintomas. O *colesterol* aparece associado à pressão como um fator de risco para o seu

desenvolvimento, assim como o elemento *nervoso*. O elemento *posto* refere-se ao posto de saúde, local aonde os participantes vão para realizar consultas médicas, medir a pressão e retirar medicamentos. Observa-se que este grupo enfatizou mais a questão da hipertensão arterial, suas causas e consequências do que o papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento, que aparece em menor frequência.

Os elementos na cor vermelha representam as palavras mais evocadas pelo grupo dos profissionais de saúde. Observa-se que o elemento *pessoa* foi o mais evocado por este grupo. A representação deste grupo a respeito da pessoa que vive com hipertensão se relaciona com as *mudanças do estilo de vida*, bem como cuidado com os *fatores de risco*, como *peso, dieta, fumar e sedentarismo*. O elemento *hipertensão* aparece associado à pessoa que vive com hipertensão e apresenta o maior número de co-ocorrências, e está ligado a fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento desta condição crônica.

O elemento *pessoa* está associado aos elementos *doença e crônica*, se referindo ao fato da pessoa *hipertensa* viver com uma doença crônica. Destaca-se a associação dos elementos *tratar e tratamento*, referindo-se à importância do tratamento na vida da pessoa que vive com hipertensão. O elemento *consequência* diz respeito às consequências que a pessoa que vive com hipertensão pode sofrer se não realizar o tratamento, como *infarto, complicações e problema renal*.

Com relação ao elemento *pressão*, o elemento *verificar* aparece com maior co-ocorrência dentre os evocados por este grupo, seguido pelos elementos *medicação, arterial e paciente*. Assim, a representação deste grupo a respeito da hipertensão arterial se baseia no conhecimento especializado. A medicação aparece associada como uma forma de controle da pressão arterial e as mudanças de estilo de vida aparecem associadas com os cuidados que as pessoas que vivem com hipertensão devem realizar para manter a saúde e a qualidade de vida, bem como para evitar complicações decorrentes da HA. Os profissionais de saúde enfatizam mais o papel da pessoa que vive com hipertensão no cuidado com a HA do que esta condição crônica em si.

Os elementos na cor verde representam as palavras mais evocadas pelo grupo dos familiares. Com relação ao elemento *pressão*, as palavras *mãe, pai* apresentam associação com este elemento, indicando a relação da causa da hipertensão arterial com a hereditariedade para este grupo, bem como a convivência com o familiar que vive com hipertensão. O elemento *cuidado* aparece associado à pessoa que tem hipertensão, como também os elementos *alimentação e exercícios*, que aparecem interligados entre si e remetem aos dois

principais cuidados que a pessoa que vive com hipertensão deve ter. Os elementos *comer* e *sal* aparecem relacionados e referem-se ao cuidado com a alimentação. Os elementos *mudar* e *hábito* estão relacionados com as mudanças de hábitos de vida necessárias para *evitar* problemas *graves* em decorrência da hipertensão arterial, como o AVC e as possíveis *sequelas* que podem ocorrer.

Observa-se que a representação da pessoa que vive com hipertensão neste grupo se relaciona com as mudanças de hábitos e estilos de vida para evitar as consequências da hipertensão arterial, principalmente o AVC, que pode deixar sequelas. Estas mudanças relacionam-se principalmente com a alimentação e o exercício, e são vistas como uma forma de cuidado diante desta condição crônica. Já a hipertensão arterial é representada como uma doença grave, hereditária e que exige cuidados. Assim, observa-se que as conexões entre os elementos ilustrados na figura 8 indicam que a representação social da hipertensão arterial e da pessoa que vive com hipertensão nos grupos estudados se organiza a partir destes elementos.

5.4.2. Corpus tratamento

O corpus “tratamento” foi submetido a análises textuais com o uso do programa IRaMuTeQ e apresentou 106.251 ocorrências de palavras, com 5.063 palavras distintas, com uma frequência média de 20,98 ocorrências para as palavras do corpus. Este corpus foi posteriormente submetido a uma Classificação Hierárquica descendente (CHD) realizada pelo programa IRaMuTeQ. Os 60 textos iniciais foram desdobrados pela CHD em 3.012 segmentos de texto. Destes, 2.526 segmentos de texto foram classificados, correspondendo a 83,86% do total.

A CHD distinguiu cinco classes. Na primeira partição, o corpus foi dividido em dois subcorpus, separando a classe 5 do restante do material. Em uma segunda partição, o restante do material foi dividido, separando as classes 2 e 3 das classes 4 e 1. Uma terceira partição separou as classes 2 e 3. A quarta e última partição separou a classe 4 da classe 1. A classe 1 apresentou o maior número de segmentos de texto (ST), correspondente a 34,4%, seguida pela classe 3, com 20,9% dos ST. A classe 3 apresentou 17,9% dos ST e, por fim, as classes 5 e 4 apresentaram 14,3% e 12,6% dos ST, respectivamente, conforme observa-se na figura 9.

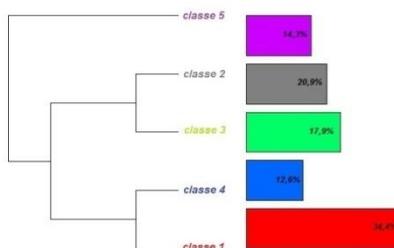


Figura 9. Divisão do corpus “tratamento” em 5 classes pela CHD.

A figura 10 representa a nuvem de palavras referente ao corpus “tratamento” analisado. Esta ilustração possibilita identificar graficamente os elementos principais do corpus, sendo que quanto maior a palavra, maior a sua frequência no corpus.



Figura 10. Nuvem de palavras pertencentes ao corpus “tratamento”.

A palavra *tomar* aparece como a mais frequente no corpus ($n=1.512$), seguida de *pessoa* ($n=1.256$), *remédio* ($n=1.066$), *pressão* ($n=668$), *tratamento* ($n=542$), *medicação* ($n=518$), *médico* ($n=446$) e *comer* ($n=428$). Desta forma, o tratamento é centralizado no uso da medicação, sendo que as palavras *tomar* e *remédio* aparecem mais frequentemente neste corpus. Observa-se também a referência à pessoa que vive com hipertensão ao se falar sobre este tema pela alta frequência do elemento *pessoa*. O médico aparece também relacionado ao tratamento e tem um papel importante, receitando medicações, pedindo

exames e passando orientações à pessoa que vive com hipertensão. O elemento *comer* relaciona-se com o tratamento não medicamentoso, sendo que o cuidado com a alimentação é considerado como principal, em conjunto com o uso da medicação.

A figura 11 mostra o dendrograma da CHD do corpus “tratamento” dividido nas cinco classes com o vocabulário dos seus respectivos segmentos de texto. Cada classe foi nomeada de acordo com seu conteúdo associado.

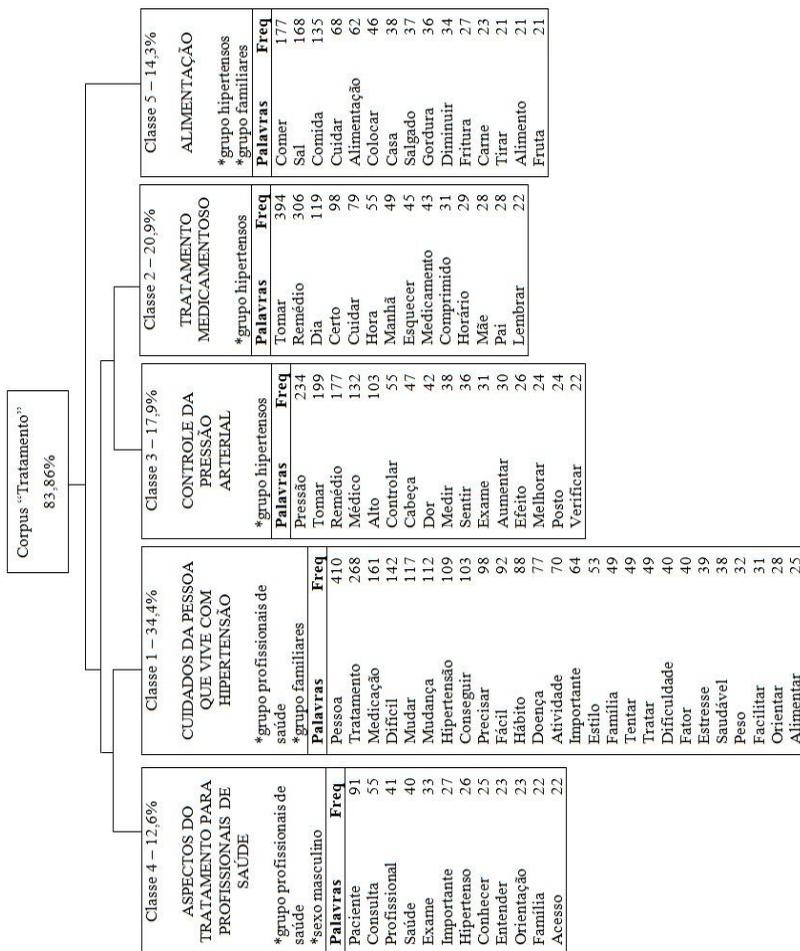


Figura 11. Dendrograma da CHD relativa ao corpus “tratamento”.

Classe 5 – Alimentação

Esta classe, nomeada *alimentação*, relaciona-se com os hábitos alimentares que contribuem para o tratamento da hipertensão arterial. Esta classe apresentou 14, 3% dos ST do corpus e a maior parte destes foi produzido pelos grupos das pessoas que vivem com hipertensão e dos familiares e pelas pessoas que declararam ter renda até 6 salários mínimos.

Com a maior frequência nesta classe, está o elemento *comer*. Juntamente com este, os elementos *comida*, *alimentação* e *alimento* destacam este cuidado como importante para o tratamento da hipertensão arterial, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*a alimentação da minha mãe mudou de forma geral, ela mudou tudo o que ela costumava comer, até a forma de fazer a comida ficou diferente*” (familiar, sexo feminino, 26 anos).

O elemento *cuidar* retrata a importância do cuidado com a alimentação, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*eu cuido da alimentação, eu tento fazer tudo certo e todo mundo aqui em casa cuida também*” (sexo feminino, 58 anos, vive com hipertensão há 15 anos). Dentre estes cuidados, destaca-se o controle do sal, representado pelos elementos *sal*, *salgado*, *colocar* e *diminuir*. Os participantes destacam a importância de diminuir a quantidade de sal na alimentação para o controle da pressão arterial, conforme o exemplo:

“*O médico mandou diminuir o sal, então eu fiz isso, eu diminui bastante o sal da comida, eu comia a comida bem salgada, colocava bastante sal, hoje eu cuido com o sal*” (sexo feminino, 71 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

Além do cuidado com o sal, destaca-se o cuidado com consumo de alimentos gordurosos, que é representado pela presença dos elementos *gordura* e *fritura*, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*é muito importante que a pessoa se conscientize com a alimentação, que evite comida salgada, fritura, gordura*” (profissional de saúde, sexo masculino, 38 anos).

O elemento *casa* refere-se ao cuidado com a alimentação em casa, no dia a dia, e à mudança na rotina. Destaca-se ainda a importância de mudar os costumes alimentares em casa para toda a família, facilitando o cuidado e a realização do tratamento, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*eu controlo o sal da comida, aqui em casa ninguém*

toma refrigerante e depois que meu marido teve pressão alta, eu diminui o sal e comecei a comprar mais frutas” (familiar, sexo feminino, 62 anos).

O elemento *tirar* está associado às mudanças alimentares e aos tipos de alimentos que tiveram que ser retirados do dia a dia em função do tratamento da hipertensão arterial. Esta mudança resulta em evitar certos alimentos que se costumava consumir, conforme ilustra o exemplo a seguir: *“eu tirei o açúcar, tirei o sal, a gordura, a fritura, muitas coisas que faziam mal eu fui tirando da alimentação para melhorar”* (sexo feminino, 61 anos, vive com hipertensão há 22 anos).

Os participantes relatam o cuidado com o consumo de carnes com muita gordura e o consumo de carne vermelha, bem como o aumento do consumo de carnes brancas e grelhadas. Este cuidado contribui para a manutenção da saúde e para o controle da pressão arterial, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“minha mãe cuida com a alimentação, ela diminuiu o sal, ela come menos carne vermelha e mais carne branca, mais carne de frango”* (familiar, sexo feminino, 44 anos). O aumento do consumo de frutas também ganha destaque, conforme ilustra o exemplo a seguir: *“hoje eu faço dieta, caminhadas, como mais frutas e verduras, fui me habituando aos novos hábitos de consumo”* (sexo feminino, 44 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

Esta classe enfatizou os cuidados com a alimentação como importantes para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Assim, a diminuição do consumo de certos alimentos, principalmente o sal, traz benefícios para a saúde e é visto como uma das principais mudanças para o tratamento da hipertensão arterial. Aliado a isto, a diminuição do consumo de gorduras, frituras e carnes são importantes para manter hábitos alimentares saudáveis.

Classe 2 – Tratamento medicamentoso

Esta classe, nomeada *tratamento medicamentoso*, apresentou 20,9% dos ST do corpus. O conteúdo desta classe está relacionado ao tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial. A maior parte dos ST desta classe foi produzida pelos grupos das pessoas que vivem com hipertensão e por pessoas que declararam ter renda entre 1 e 3 salários mínimos.

O conteúdo desta classe descreve o uso do medicamento como importante no tratamento, sendo seu principal aspecto, o que se pode observar pela alta frequência dos elementos *tomar* e *remédio* nesta classe. Os elementos *medicamento* e *comprimido* também se referem ao

tratamento medicamentoso e aparecem nesta classe. O segmento de texto a seguir ilustra a importância dada à medicação no tratamento para a hipertensão arterial: “*tem que tomar o remédio, eu não faço as outras coisas, eu só tomo o remédio*” (sexo feminino, 63 anos, vive com hipertensão há 25 anos). Este aspecto pode ser observado também neste exemplo: “*é só tomar o comprimido, a gente pensa que não vai dar nada porque a gente está tomando o comprimido*” (sexo feminino, 66 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

A importância de tomar o remédio de forma contínua também é evidenciada nesta classe pela presença do elemento *dia*. Observa-se este aspecto no segmento de texto a seguir: “*eu tomo o remédio todo dia, todo dia eu tomo um comprimido, desde que eu descobri a hipertensão até hoje*” (sexo masculino, 87 anos, vive com hipertensão há 4 anos). Os elementos *certo, hora, horário e manhã* ilustram a importância do controle do horário da medicação. Os participantes ressaltam este cuidado com a medicação para garantir a continuidade do tratamento e seguiu-o de maneira correta, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*é só tomar o medicamento prescrito na hora certa, eu tomo um de manhã e um de noite*” (sexo masculino, 76 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

Outro aspecto que se relaciona com a importância de tomar o medicamento no horário prescrito é evidenciado pelos elementos *esquecer e lembrar*. Os participantes ressaltam a importância de lembrar-se de tomar o medicamento todo dia, no horário correto, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*é muito difícil eu esquecer de tomar o remédio, eu deixo de noite o remédio da pressão em cima da mesa para lembrar de tomar de manhã, eu tomo todo dia*” (sexo feminino, 66 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

O cuidado com a hipertensão arterial é evidenciado pela presença do elemento *cuidar* nesta classe. Este cuidado relaciona-se com as mudanças de hábitos, como alimentação e exercícios, bem como o cuidado com a medicação, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*para a pressão é bom caminhar, tem que se cuidar bastante, tem que tomar o remédio, tem que cuidar com a alimentação*” (sexo masculino, 68 anos, vive com hipertensão há 6 anos). Os elementos *mãe e pai* referem-se ao familiar que vive com hipertensão, neste caso, um dos pais ou ambos, e se relaciona principalmente com o cuidado com a alimentação e com a medicação, conforme ilustra o exemplo a seguir: “*meu pai toma a medicação e cuida com a alimentação, então a pressão dele está sempre nivelada*” (familiar, sexo feminino, 41 anos).

Os elementos desta classe referem-se principalmente aos aspectos do tratamento medicamentoso. Esta classe está relacionada também com os cuidados associados ao tratamento da hipertensão arterial, os quais se destacam a alimentação e os exercícios, contudo a medicação é o que tem maior destaque nesta classe. Os principais cuidados com a medicação referem-se a lembrar de tomá-la todos os dias, no horário certo, sendo esse cuidado fundamental.

Classe 3 – Controle da pressão arterial

A Classe 3, denominada *controle da pressão arterial*, apresentou 17,9% dos ST do corpus. A maior parte dos ST desta classe foi produzido pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão e por pessoas que declararam ter renda até 6 salários mínimos. Nesta classe, o tratamento é representado como uma forma de evitar que a pressão suba demais e de evitar os sintomas associados à hipertensão arterial, bem como as possíveis consequências decorrentes desta condição crônica.

O tratamento aparece aqui associado à pressão arterial, com a presença do elemento *pressão* em maior frequência nesta classe. Os cuidados com a pressão arterial estão representados pela presença nesta classe dos elementos *alto*, *controlar*, *exame* e *médico*, e estão ilustrados neste exemplo: “*tem que ir ao médico regularmente fazer exames porque a pressão alta dá problema no coração, então tem que controlar bem a pressão*” (familiar, sexo feminino, 32 anos).

Nesta classe os sintomas aparecem associados à alteração da pressão arterial, sendo os principais a dor de cabeça e dor na nuca, o que pode ser verificado pela presença dos elementos *dor*, *cabeça* e pelo segmento de texto a seguir: “*eu começo a sentir dor de cabeça, eu já penso que a minha pressão pode estar alta, já verifico se eu tomei o remédio*” (sexo masculino, 56 anos, vive com hipertensão há 3 anos). Destaca-se a importância de medir a PA para verificar se ela está alta ou não, principalmente quando se sente estes sintomas descritos. A presença dos elementos *medir*, *verificar*, *posto* e *sentir* indicam esta relação, o que pode ser observado pelo exemplo a seguir: “*um dia eu senti uma tontura dentro de casa, fui buscar o aparelho de pressão para medir e vi que ela estava alta*” (sexo masculino, 59 anos, vive com hipertensão há 2 anos). O elemento *posto* refere-se ao centro de saúde, local aonde os participantes vão com frequência para fazer a verificação da PA.

O elemento *aumentar*, presente nesta classe, refere-se ao aumento dos níveis pressóricos. Assim, há sempre a preocupação da pressão

arterial estar alta e ter algum problema com relação a esse aumento, conforme mostra o segmento de texto a seguir: “*é complicado, meu pai sabe que se ele não tomar o remédio, os sintomas voltam e a pressão dele aumenta, ele já teve que ir para o hospital por causa da hipertensão*” (familiar, sexo feminino, 19 anos). Este elemento também está associado ao aumento da dosagem do remédio, quando esta não está mais contribuindo para o controle da pressão arterial e dos sintomas, conforme o exemplo a seguir: “*eu cuido da medicação, eu fui ao médico e o cardiologista achou melhor aumentar a dosagem e mudar a medicação, e isso me fez muito bem por sinal*” (sexo feminino, 71 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

Associado ao uso da medicação está o efeito colateral, que pode causar sintomas desconfortáveis para quem faz o uso contínuo. Muitos participantes que vivem com hipertensão relatam os desconfortos causados pela medicação, o que os leva a procurar o médico para fazer a troca da medicação ou da dosagem, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*o médico tinha dado uma medicação que estava dando efeito colateral e eu não estava me sentindo bem, eu voltei ao médico, ele trocou a medicação e realmente parou o sintoma que eu tinha*” (sexo masculino, 76 anos, vive com hipertensão há 12 anos). Em alguns casos, os efeitos colaterais dos medicamentos podem levar ao abandono do tratamento, como pode ser observado pelo exemplo a seguir: “*não é difícil tomar o remédio, mas eu resolvi parar de tomar a medicação por causa do efeito colateral*” (sexo feminino, 32 anos, vive com hipertensão há 9 anos).

Por fim, o elemento *melhorar* refere-se à melhora sentida pelas pessoas que vivem com hipertensão após iniciarem o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os participantes associam a melhora devido à estabilização da pressão arterial e o alívio dos sintomas, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*a pessoa vai melhorando aos poucos, é muito ruim a pessoa sentir esse desconforto, então tomando o remédio a pessoa já vai melhorar*” (familiar, sexo feminino, 44 anos).

Nesta classe, o tratamento aparece associado ao uso da medicação, ao alívio dos sintomas relacionados com a hipertensão arterial e ao controle dos níveis pressóricos. Assim, o tratamento da HA, principalmente através do uso da medicação, possibilita o controle da pressão arterial e o alívio dos sintomas.

Classe 1- Cuidados da pessoa que vive com hipertensão

A Classe 1, nomeada *cuidados da pessoa que vive com hipertensão*, apresentou o maior número de ST do corpus, 34,4%. O conteúdo desta classe está relacionado com os cuidados que os participantes consideram que as pessoas que vivem com hipertensão devem ter para seguir o tratamento de forma adequada. A maior parte dos ST desta classe foi produzido pelos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares e por pessoas que declararam ter renda acima de 7 salários mínimos.

Os elementos *pessoa* e *tratamento* aparecem em maior frequência nesta classe. Os participantes relatam a importância da pessoa que vive com hipertensão realizar o tratamento, bem como sua responsabilidade em seguir ou não as orientações, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*algumas pessoas começam o tratamento e seguem tudo certo, e outras não, então vai de pessoa para pessoa*” (familiar, sexo feminino, 47 anos).

O tratamento da hipertensão arterial é retratado nesta classe como algo que traz mudanças para a vida da pessoa que vive com hipertensão, principalmente mudanças de hábitos e estilo de vida. Este aspecto pode ser observado pela presença nesta classe dos elementos *hipertensão*, *mudança*, *mudar*, *hábito*, *estilo* e *saudável*. O segmento de texto a seguir exemplifica estes aspectos: “*o tratamento da hipertensão arterial é um conjunto de hábitos de vida saudáveis, então é importante realizar estas mudanças*” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

A presença do elemento *medicação* com alta frequência nesta classe mostra que o uso da medicação está muito associado com o tratamento. Muitos participantes dão destaque à medicação como a principal forma de tratar a hipertensão arterial, deixando as mudanças de hábitos e estilos de vida como secundárias. Assim, a medicação ganha importância quando se fala sobre o tratamento da hipertensão arterial, como pode ser observado no exemplo a seguir:

“Os pacientes são resistentes a tomar medicação, mas eles são mais resistentes ainda a mudar qualquer coisa na vida deles, então se tem a opção de tomar a medicação, a pessoa vai optar por isso ao invés de optar por fazer caminhadas” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

Outro destaque nesta classe é o fato do tratamento ser retratado como fácil de seguir e de realizar, não exigindo muito da pessoa que vive com hipertensão. De forma oposta, muitos participantes consideram o tratamento como algo difícil de realizar, que exige muito esforço e motivação para conseguir seguir de maneira adequada. Esta contradição pode ser observada pela presença dos elementos *fácil* e *difícil* nesta classe. Pode-se verificar os segmentos de texto a seguir que mostram essa contradição: “*a mudança no estilo de vida é difícil para todo mundo, para a gente também é difícil, exige vontade, disciplina*” (profissional de saúde, sexo feminino, 33 anos). De forma contrária, este segmento de texto mostra o tratamento visto como algo fácil de fazer: “*eu acho fácil fazer o tratamento, não tem nada de difícil, é só a rotina, não tem mistério, nem sacrifício, não depende de outras pessoas*” (familiar, sexo feminino, 59 anos).

O tratamento também é relacionado com aspectos que facilitam e dificultam a sua realização, o que pode ser observado pelos elementos *dificuldade* e *facilitar*. A facilidade do tratamento aparece associada ao entendimento da hipertensão arterial e a aceitação desta condição, bem como o acesso aos serviços de saúde, conforme exemplo a seguir: “*o que facilita o tratamento é a pessoa querer se tratar, aceitar, buscar informação e ter acesso aos serviços saúde, isso tudo facilita*” (familiar, sexo feminino, 18 anos). A facilidade do tratamento aparece associada também ao uso da medicação, que é o aspecto considerado mais fácil e simples de fazer, sendo que a dificuldade do tratamento aparece associada às mudanças de hábitos, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: “*tomar a medicação é fácil, mas a mudança do estilo de vida é uma dificuldade bem grande*” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

Os elementos *conseguir* e *precisar* presentes nesta classe estão associados às mudanças de hábitos necessárias para realizar o tratamento. Outros aspectos que aparecem relacionados ao tratamento nesta classe são a alimentação, a atividade física e os cuidados com o peso e com o estresse, representados pelos elementos *fator*, *atividade*, *estresse*, *alimentar* e *peso*. Estes aspectos contribuem para a manutenção da saúde e principalmente para manter o controle da pressão arterial, conforme o exemplo a seguir: “*o tratamento não é só tomar a medicação, mas fazer exercício físico, ter uma boa alimentação, tentar levar uma vida mais saudável, com menos estresse, são vários fatores*” (familiar, sexo feminino, 41 anos). A questão do sobrepeso também aparece relacionada ao tratamento da hipertensão arterial, como parte da mudança necessária: “*não é fácil, tem a questão da perda de peso que é*

algo difícil, é difícil para qualquer um seguir uma dieta e perder peso, não só para os hipertensos” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

Os elementos *importante* e *tratar* estão associados com a importância da pessoa que vive com hipertensão realizar o tratamento para evitar complicações decorrentes desta condição crônica, conforme exemplo a seguir: *“é importante ela tratar e entender a gravidade da hipertensão”* (familiar, sexo masculino, 25 anos). Destaca-se também a importância da pessoa que vive com hipertensão se esforçar para tentar realizar o tratamento, o que é representado pelo elemento *tentar*, conforme o segmento de texto a seguir: *“então tem que encarar o tratamento como uma coisa maior, tentar mudar o ritmo de vida”* (familiar, sexo feminino, 30 anos).

A família aparece como um importante apoio para a realização do tratamento. O apoio da família nos cuidados com a saúde e com as mudanças facilita para a pessoa que vive com hipertensão seguir o tratamento. De forma oposta, a falta de apoio da família pode prejudicar o tratamento, dificultando a realização das mudanças necessárias, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“a família pode tanto ajudar quanto dificultar o tratamento, mas na maioria das vezes, o apoio da família ajuda bastante”* (profissional de saúde, sexo feminino, 33 anos).

Por fim, o elemento *orientar* relaciona-se com a orientação dada pelos profissionais de saúde com relação à hipertensão arterial e ao tratamento. Esta orientação facilita o entendimento da pessoa que vive com hipertensão sobre sua condição crônica, conforme ilustra o exemplo a seguir: *“não tem como fazer o tratamento por conta própria, tem que ter o acompanhamento médico para ter essa orientação, isso é muito importante”* (familiar, sexo feminino, 47 anos).

Os elementos desta classe referem-se aos aspectos do tratamento, principalmente os relacionados às mudanças que as pessoas que vivem com hipertensão devem fazer para realizar o tratamento. Esta classe ilustra a hipertensão arterial como uma doença que precisa ser tratada, sendo que a pessoa que vive com hipertensão deve realizar mudanças de hábitos e do estilo de vida para conseguir fazer o tratamento de forma adequada. Ademais, esta classe mostra os fatores que facilitam e dificultam o tratamento, sendo que fatores como o acesso aos serviços de saúde e a busca de informação sobre hipertensão arterial facilitam o tratamento.

Classe 4 – Papel dos profissionais de saúde no tratamento

A Classe 4, nomeada *papel dos profissionais de saúde no tratamento*, apresentou 12,6% dos ST do corpus. O conteúdo desta classe está relacionado com o papel dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial. A maior parte dos ST desta classe foi produzido pelo grupo dos profissionais de saúde e por pessoas que declararam ter renda acima de 7 salários mínimos. Esta classe também está relacionada com o sexo masculino.

Nesta classe, os elementos de maior frequência são *paciente e consulta*, referentes à pessoa que vive com hipertensão e ao atendimento dado pelos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde, em sua maioria, utilizam o termo paciente e hipertenso ao se referirem à pessoa que vive com hipertensão, conforme o exemplo a seguir: “*a gente tenta botar na cabeça do paciente que ele realmente tem aquilo, a gente mostra os exames*” (profissional de saúde, sexo feminino, 37 anos).

A consulta médica é considerada importante no tratamento para fazer o acompanhamento do paciente, pedir exames e dar orientações referentes ao tratamento. É representada também pela presença do elemento *exame* nesta classe, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“*Nenhum tratamento exclui o médico, a pessoa tem que ir ao médico, por isso a gente marca as consultas, é importante, na consulta a gente orienta, dá medicação se for necessário e pede exames*” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

O elemento *profissional* relaciona-se com o modo dos participantes referirem-se aos profissionais de saúde, inclusive os próprios profissionais utilizam esse termo ao se referir à sua própria categoria. Os participantes nesta classe relacionam o que eles acreditam serem as atribuições do profissional de saúde no tratamento, conforme se pode perceber pelo exemplo a seguir: “*a pessoa hipertensa precisa de ajuda profissional, ela precisa da orientação do profissional de saúde, pode ser o médico ou enfermeiro*” (familiar, sexo feminino, 56 anos).

Ao se referir ao tratamento da HA, a saúde aparece associada nesta classe como importante aspecto do tratamento. O elemento *saúde* aparece também associado aos centros de saúde, local de referência no cuidado com a hipertensão arterial: “*os centros de saúde oferecem a*

facilidade de pegar o medicamento e possibilitam realizar as consultas” (profissional de saúde, sexo feminino, 36 anos). Este elemento aparece ainda associado às equipes de saúde e aos profissionais de saúde, com destaque para as agentes de saúde, que tem um papel importante no tratamento da HA, conforme ilustra o exemplo:

“O acompanhamento dos pacientes é feito pela equipe de saúde. Então mensalmente a agente de saúde faz a visita domiciliar e faz perguntas, não só sobre a hipertensão, mas sobre várias outras coisas” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

O elemento *importante* presente nesta classe refere-se a vários fatores relacionados à prática profissional e que são considerados fundamentais para que o tratamento dê certo. Um destes é representado pelo elemento *conhecer*, que se refere ao paciente conhecer o profissional de saúde que o atende, mas principalmente, ao profissional de saúde conhecer melhor o paciente e o seu contexto, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“É importante ter um vínculo com algum profissional de saúde, isso ajuda muito. É importante também conhecer o contexto deste paciente, identificar os fatores que podem ajudar ou não durante o tratamento” (profissional de saúde, sexo feminino, 29 anos).

O elemento *conhecer* refere-se também à pessoa que vive com hipertensão conhecer melhor sua própria condição crônica. Juntamente com o elemento *entender*, destaca-se a importância da pessoa que vive com hipertensão buscar informações sobre a HA, entender o que é e como funciona o tratamento, pois isso facilita sua realização, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“se você é hipertenso, qual a importância que você vai dar para o tratamento se você não entende o que é hipertensão e quais os riscos?”* (profissional de saúde, sexo feminino, 35 anos).

Para que a pessoa que vive com hipertensão entenda mais sobre a HA e o tratamento, a orientação dada pelos profissionais de saúde é essencial. Assim, o elemento *orientação* refere-se às informações repassadas pelos profissionais de saúde, conforme ilustra o exemplo a seguir: *“a gente oferece para o paciente o acesso a informação, o*

vínculo, a orientação sobre a medicação, alimentação, mas quem decide é sempre o paciente” (profissional de saúde, sexo feminino, 35 anos).

A participação da família no tratamento e nas consultas médicas também se destaca, sendo que o apoio dos familiares neste sentido contribui para o tratamento, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“o apoio da família é fundamental, é importantíssimo”* (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 5 anos). A inclusão da família no tratamento também é importante para que a família possa entender e possa ajudar o familiar com hipertensão: *“às vezes a gente chama a família também quando é possível, porque é difícil dizer para a pessoa fazer uma coisa se o restante da família faz outra”* (profissional de saúde, sexo feminino, 33 anos).

Por fim, o acesso aos serviços de saúde também é um fator que influencia para a realização do tratamento. A dificuldade de acesso aos serviços, como consultas médicas e a medicação, pode ser uma barreira para a realização do tratamento. O acesso à informação também é destacado como um fator que influencia positivamente na realização do tratamento. Estes aspectos podem ser observados no segmento de texto a seguir: *“o acesso aos serviços, à medicação e à informação, o vínculo com os profissionais, são fatores que podem facilitar o tratamento”* (profissional de saúde, sexo feminino, 35 anos).

Esta classe evidencia o papel dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial. As consultas médicas e os exames regulares são aspectos que contribuem para a manutenção da saúde e a realização do tratamento. As orientações dos profissionais de saúde a respeito da HA e do tratamento, o vínculo com os profissionais de saúde e o apoio da família também influenciam positivamente no tratamento.

Foi realizada uma análise de similitude com as palavras que compõem os segmentos de texto do corpus “tratamento”. A figura 12 apresenta uma representação gráfica que mostra as relações entre as palavras e suas co-ocorrências. Foram selecionadas palavras com frequência acima de 5.

Pode-se verificar que o elemento *pessoa* aparece como central e apresenta uma forte conexão com o elemento *tomar*. Já o elemento *tomar* apresenta forte conexão com os elementos *remédio* e *pressão*, ilustrando que o tratamento da HA está associado principalmente ao uso do remédio para controlar a pressão arterial.

representação social do tratamento nos grupos estudados se organiza a partir destes elementos. Verifica-se que de forma geral, o remédio está associado à *receita* médica e a compra do medicamento, representada pelo elemento *farmácia*. Ademais, tomar a medicação no *horário* certo também aparece como um importante aspecto do tratamento, assim como o *acompanhamento* médico.

O elemento pessoa, que remete à pessoa que vive com hipertensão, está associado a elementos como *difícil*, que expressa a dificuldade de seguir o tratamento pelo fato de ter que mudar a *rotina* e alguns hábitos de vida, como *diminuir o sal* e o consumo de comidas muito *salgadas*, sendo este o principal cuidado. O tratamento é citado ainda como importante para a pessoa *melhorar* a saúde, contudo, é preciso a pessoa *querer* realizar o tratamento, sendo esta motivação o principal facilitador para a realização o tratamento. Outro facilitador é o apoio da *família*, que é fundamental para que as pessoas que vivem com hipertensão possam realizar as mudanças necessárias de forma mais fácil.

As palavras em cor azul na figura 12 representam as palavras evocadas pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Os elementos centrais *tomar*, *remédio* e *pressão* apareceram mais frequentemente neste grupo. Assim, o tratamento para este grupo é representado pelo uso da medicação, sendo que o remédio aparece associado ao *posto*, local aonde os participantes deste grupo costumam ir retirar a medicação. Tomar o remédio é associado ao *cuidado* com a hipertensão arterial, bem como tomar *chá*, que aparece em menor frequência, mas que também é associado ao cuidado e ao tratamento da hipertensão arterial. A palavra *médico* aparece relacionada a tomar o remédio, referente ao medicamento receitado pelo médico, sendo que o profissional de saúde tem um papel de destaque no tratamento. *Esquecer* de tomar o remédio aparece como algo que acontece com frequência, sendo que o uso do remédio é considerado como algo *ruim*. Tomar o remédio aparece ainda associado como uma forma de *controlar* a pressão, sendo que *medir* a pressão arterial também é uma forma de controle.

Com relação à pessoa que vive com hipertensão, destaca-se a realização do tratamento para evitar consequências graves e a *morte*. A realização do tratamento envolve, além da medicação, o cuidado com o *sal*, considerado por estes participantes como o principal fator que contribui para a alteração da PA. Desta forma, observa-se que a representação do tratamento para este grupo está mais centrada no uso da medicação para controlar a PA e no papel do profissional de saúde no

tratamento, com destaque para o profissional médico. O tratamento não medicamentoso aparece com menos palavras relacionadas, tendo destaque o cuidado com o sal.

As palavras em cor vermelha representam as palavras evocadas pelo grupo dos profissionais de saúde. Observa-se que este grupo associa o remédio aos possíveis *efeitos* colaterais que podem ocorrer em decorrência da medicação. O remédio é associado ainda à *exames* e *consulta*, que fazem parte da prática profissional e do cuidado no tratamento da pessoa que vive com hipertensão. O uso do remédio é associado também ao cuidado com a alimentação *saudável*, sendo ambos importantes para o tratamento da hipertensão arterial.

Com relação à pessoa que vive com hipertensão, ressalta-se a importância da realização do *tratamento* para a *hipertensão*, destacando-se o elemento *conseguir*, relacionado à motivação e esforço da pessoa que vive com hipertensão para realizar o tratamento. Destaca-se a *importância* da pessoa que vive com hipertensão buscar *informações* a respeito da HA e do tratamento, bem como receber *orientações* dos profissionais de saúde sobre estas questões. O tratamento também é retratado como benéfico para a *saúde* e está relacionado com a mudança dos *hábitos e estilo* de vida, com destaque para o cuidado com a alimentação, representado pelo elemento *dieta*. O tratamento aparece ainda relacionado à relação entre *profissional* de saúde e *paciente*, demonstrando a importância de estabelecer um *vínculo* com o paciente. O *acesso* ao tratamento e aos medicamentos também aparece como importante. Estes dois últimos elementos são considerados facilitadores para a realização do tratamento.

A representação dos profissionais de saúde sobre o tratamento da HA pauta-se no papel da pessoa que vive com hipertensão diante do tratamento, relacionado com as mudanças de hábitos e estilos de vida, com destaque para o cuidado com a alimentação. Este grupo destaca ainda a importância de buscar informações sobre a HA e receber orientações dos profissionais de saúde a respeito do tratamento, bem como a importância do vínculo estabelecido entre profissional de saúde e paciente.

A cor verde representa as principais palavras evocadas pelo grupo dos familiares. Este grupo relacionou o uso da medicação com o cuidado com a *alimentação*, tendo destaque evitar *comidas gordurosas* e *frituras*. Os familiares consideraram a realização do tratamento como *complicada*, em função das *mudanças* de hábitos necessárias que alteram a rotina da pessoa que vive com hipertensão. O elemento *mudar* ilustra a importância da pessoa que vive com hipertensão mudar hábitos

e estilos de vida como parte do tratamento. Dentre estas, destacam-se as mudanças alimentares, a realização de *exercícios* e o controle do *estresse*.

A representação dos familiares a respeito do tratamento está relacionada com os cuidados que a pessoa que vive com hipertensão deve ter. Dentre estes cuidados, destacam-se a mudança de hábitos e estilos de vida, consideradas como essenciais para a realização do tratamento, aliadas ao uso da medicação. Contudo, o foco do tratamento está nas mudanças de hábitos e não apenas no uso da medicação.

5.4.3. Análise do papel dos grupos no tratamento da HA

Neste tópico, foram analisadas as respostas às questões referentes ao papel dos grupos no tratamento da HA. Para isso, foi realizada análise temático-categorial, com o auxílio do programa Atlas.ti 7. Foi analisada também a frequência de aparecimento das unidades de registro. Conforme Bardin (2011), a importância de uma unidade de registro aumenta com a sua frequência de aparição. Assim, a regularidade quantitativa de aparição da unidade de registro indica o que se considera como significativo com relação ao que se procura atingir. A apresentação das categorias, sub-categorias e unidades de registro de cada tema será feita separadamente.

Tema 1 - Papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento

Neste tópico, foram analisadas as respostas da pergunta “qual o papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento?”. Estas respectivas respostas deram origem a duas categorias, três sub-categorias e 14 elementos temáticos (unidades de registro), e estão ilustradas na tabela 17.

Tabela 17.

Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise (UR) relacionadas à questão “Papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento”.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
1. Cuidados relacionados à hipertensão arterial	1.1. Mudança de hábitos	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de álcool - Tabagismo - Alimentação - Praticar exercícios - Controle do estresse - Mudança não especificada
	1.2. Diferentes formas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Uso correto da medicação - Acompanhamento médico - Lazer - Cuidados não especificados
2. Responsabilidade pelo tratamento	2.1. Assumir seu papel no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Busca de informações sobre a hipertensão arterial e o tratamento - Conscientização - Aceitar a doença - Responsabilização

1. Cuidados relacionados à hipertensão arterial

Esta categoria agregou o conjunto de elementos referentes à como os participantes compreendem os cuidados com a saúde que as pessoas que vivem com hipertensão devem ter. Ela é composta por duas sub-categorias: a primeira relacionada às mudanças de hábitos e a segunda diz respeito a outras formas de cuidado relacionadas à hipertensão arterial e ao tratamento.

1.1. Mudança de hábitos

Com relação à sub-categoria mudança de hábitos, os participantes relataram a importância dos cuidados com a alimentação, prática de exercícios, controle do estresse e lazer. Os participantes ainda citaram como fatores de risco o consumo de álcool e de tabaco. Estes hábitos estão associados ao desenvolvimento da hipertensão arterial e ao agravamento de problemas relacionados a esta condição crônica, sendo

referidos pelos participantes como aspectos que requerem mudança. A frequência das UR desta sub-categoria dividida por grupo pode ser observada na figura 13.

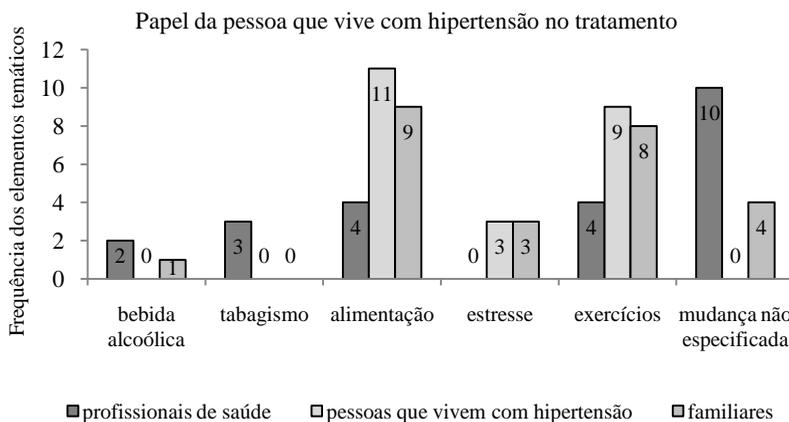


Figura 13. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria mudança de hábitos.

O consumo de álcool (3 UR) apareceu como um fator que pode prejudicar o tratamento, assim como o tabagismo, citado apenas pelos profissionais de saúde (3 UR). A interrupção do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool foram consideradas como uma mudança que deve ser buscada para que haja cuidado com a saúde: *“Tem que parar de beber, de fumar. Então tem que assumir essa responsabilidade e fazer essas mudanças, fazer esse cuidado com estes fatores”* (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

A alimentação teve um maior destaque quando relacionada aos cuidados com a saúde e tratamento da HA, com 24 UR no total. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram os cuidados necessários com a alimentação (11 UR), que envolvem o cuidado com o sal, comidas industrializadas, gorduras e o aumento do consumo de frutas, verduras e água. Estas mudanças aparecem associadas com um maior controle da pressão arterial e como um aspecto importante do tratamento, conforme o exemplo:

“Tem que cuidar com a alimentação, eu tenho que cuidar, se eu não posso comer tal coisa, eu não vou comer, tem que comer mais verdura, frutas, comer menos gordura, então tem que aceitar isso” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 5 anos).

Os profissionais de saúde (4 UR) e os familiares (9 UR) citaram o cuidado com a alimentação como um dos principais papéis da pessoa que vive com hipertensão e como uma responsabilidade que a pessoa que vive com hipertensão deve assumir. Este cuidado envolve a dieta equilibrada, cuidados com o sal e comidas industrializadas. Os profissionais de saúde enfatizaram também o cuidado diário com o exagero e excessos na alimentação para um bom controle da pressão arterial, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Não quer dizer que a pessoa não possa ir nunca mais a uma janta, a um churrasco, não é isso, mas se ela for fazer isso todo dia, provavelmente vai ter um impacto maior. Então são os excessos, de vez em quando não tem problema fazer um excesso, desde que tu saibas que é de vez em quando, em dia de festa, naquela situação, mas não pode ficar o tempo todo fazendo isso” (profissional de saúde, sexo masculino, 53 anos).

“É importante ela entender que ela precisa mudar a alimentação e isso depende só da pessoa [...] não pode esperar que alguém vá ter esses cuidados com a alimentação por ela, não é porque em casa alguém faz a comida com pouco sal para ela que ela vai no restaurante e vai encher o prato de sal, ela tem que ter consciência disso, de não exagerar na alimentação” (familiar, sexo masculino, 25 anos).

O estresse, com 6 UR, foi citado pelos participantes como algo que contribui para a elevação da pressão arterial e seu controle está associado ao tratamento, como uma forma de manter a pressão estável e evitar possíveis complicações decorrentes da hipertensão arterial.

Os participantes que vivem com hipertensão (3 UR) e os familiares (3 UR) citaram o estresse associado com o fato de se incomodar com situações do dia a dia, como trabalho, trânsito, etc., e

alguma situação específica. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram ainda o estresse como algo que deve ser evitado por pessoas que vivem com esta condição, conforme o exemplo:

“Eu procuro não me incomodar, porque a incomodação é o pior de tudo, eleva a pressão bem rápido, então eu procuro não me incomodar, não brigar com ninguém, às vezes eu concordo com coisas que estão erradas para não me incomodar” (sexo masculino, 56 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

A prática de exercícios também ganhou destaque como um aspecto importante no tratamento da hipertensão arterial e teve 21 UR. Ela apareceu como uma mudança de hábito importante para o controle da PA. As pessoas que vivem com hipertensão (9 UR) e os familiares (8 UR) destacaram a atividade física como importante e como um hábito que deve ser incorporado no dia a dia, apesar de exigir um esforço para realizar esta mudança, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Se dá preguiça de andar, tem que andar, eu caminho muito, minha esposa pediu para eu ir ao mercado, então vou sair daqui e vou andando até o mercado, já caminho mais um pouco, vou e volto, já ajuda” (sexo masculino, 76 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

“Precisa estar consciente de que precisa fazer algumas mudanças como caminhar, mesmo que não goste, a pessoa precisa ter consciência de que precisa cuidar da saúde, precisa ter esforço para fazer as coisas” (familiar, sexo feminino, 24 anos).

Os profissionais de saúde destacaram a atividade física (4 UR) como uma mudança necessária na vida das pessoas que vivem com hipertensão, para que se possa ter uma vida mais saudável e evitar problemas. O esforço para realizar uma atividade física é visto como uma responsabilidade da pessoa que vive com hipertensão e faz parte do tratamento da HA, conforme o exemplo a seguir:

“Se a pessoa está muito sedentária, ela precisa fazer um exercício, então tem que trazer para si as mudanças, tem que tentar ter uma vida mais saudável, tem que assumir a sua condição e fazer a sua parte” (profissional de saúde, sexo masculino, 53 anos).

O elemento temático mudança de hábitos não especificada, com 14 UR, diz respeito aos relatos dos participantes relacionados às mudanças de hábitos necessárias no tratamento da hipertensão arterial, sem especificar quais seriam. Assim, as mudanças de hábitos foram retratadas de forma generalizada. Os profissionais de saúde (10 UR) e os familiares (4 UR) mencionaram as mudanças comportamentais como fundamentais para o tratamento da HA, evitando complicações decorrentes desta condição crônica, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Precisa mudar os hábitos de vida para ter uma vida mais saudável e na medida em que vai adotando hábitos de vida mais saudáveis, ela vai ter a possibilidade de reduzir os medicamentos, as complicações, os fatores de risco, então hábitos saudáveis de vida são muito importantes” (profissional de saúde, sexo masculino, 53 anos).

1.2. Outras formas de cuidado

Esta sub-categoria envolveu cuidados associados ao tratamento da hipertensão arterial e ao controle da PA, e que, na organização dos dados, diferenciam-se das mudanças de hábitos de vida, mas relacionam-se diretamente com o tratamento. Ela agregou o uso da medicação, o lazer, o acompanhamento médico e cuidados não especificados. A frequência das UR desta sub-categoria dividida por grupo pode ser observada na figura 14.

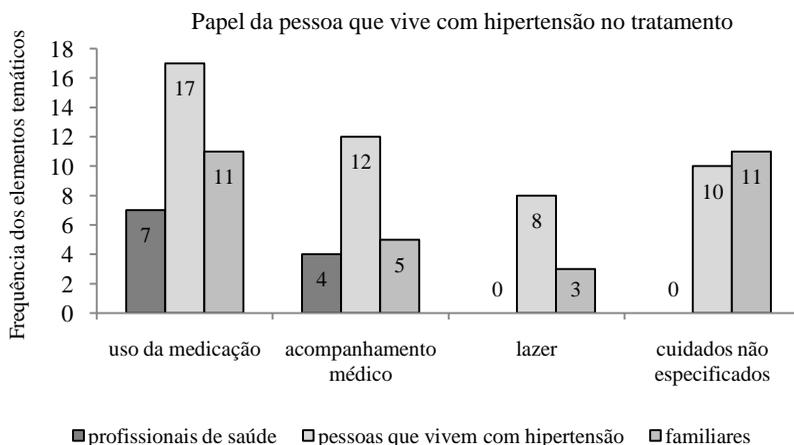


Figura 14. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Outras formas de cuidado.

O uso da medicação teve 35 UR e apareceu associado ao tratamento da hipertensão arterial e ao controle pressórico. Os participantes que vivem com hipertensão citaram o uso da medicação (17 UR) como fundamental no tratamento e a importância de não se esquecer de tomar ou ficar sem a medicação para conseguir ter um controle adequado da pressão arterial, conforme o exemplo a seguir:

“Eu tenho que tratar, tenho que cuidar dela, não posso deixar ela aumentar, não posso deixar ela tomar conta, tenho que tomar os remédios necessários, tenho que tomar os remédios certos, tenho que me cuidar e ir levando a vida” (sexo masculino, 68 anos, vive com hipertensão há 6 anos).

O uso da medicação ganhou destaque no tratamento e foi considerado por muitos participantes que vivem com hipertensão como o cuidado mais importante. Ele apareceu algumas vezes associado com outros cuidados, mas os participantes o destacaram como a maneira principal para evitar problemas em consequência da HA, conforme o exemplo:

“O remédio é muito importante, mas além do remédio, tem que cuidar com o sal e para não se incomodar, mas o remédio faz parte, é o principal, tem que fazer parte do dia a dia, não pode faltar. De manhã quando eu acordo tem que ter o remédio para tomar, e eu preciso do remédio, não posso ficar sem, jamais eu deixo faltar” (sexo masculino, 56 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os familiares (11 UR) e os profissionais de saúde (7 UR) também destacaram a importância de tomar a medicação de forma contínua e na hora certa, para ter um controle efetivo da pressão arterial: *“É preciso a responsabilização do usuário, de que ele precisa seguir essas recomendações, precisa tomar a medicação corretamente”* (profissional de saúde, sexo masculino, 38 anos). Estes grupos ainda associaram o uso da medicação em conjunto com a mudança de hábitos de vida, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“Eu falava para ele (marido) mudar o estilo de vida, a alimentação, e ele não queria, não dava atenção, ele achava que só tomar o remédio já estava bom”* (familiar, sexo feminino, 29 anos).

O acompanhamento médico, com 21 UR, apareceu associado ao tratamento da hipertensão arterial e foi relacionado pelos participantes como uma parte essencial do cuidado com a saúde para evitar problemas decorrentes da HA. As pessoas que vivem com hipertensão (12 UR), os profissionais de saúde (4 UR) e os familiares (5 UR) destacaram o acompanhamento médico como responsabilidade a ser assumida pela pessoa que vive com hipertensão para manter-se saudável, conforme os exemplos a seguir:

“Tem que ir ao médico, não adianta fugir, por isso existe o tratamento. Tem que fazer um acompanhamento porque não adianta dizer estou tomando remédio e estou bem, mas será que você está bem? Você não sabe, por isso que tem que fazer exame, ir ao médico para ver como está, é muito fácil tomar o remédio e não procurar mais o médico depois” (sexo masculino, 59 anos, vive com hipertensão há 2 anos).

“Se for indicado o retorno em 6 meses ou 1 ano, tem que vir aos retornos, se a pessoa tem algum risco e precisa fazer alguns exames para avaliar os riscos, ela tem que fazer isso” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

O lazer, com (11 UR), foi citado pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão (8 UR) e dos familiares (3 UR) como um coadjuvante do tratamento da hipertensão arterial. Os participantes de ambos os grupos destacaram as atividades de lazer como algo que contribui para o bem estar físico e psicológico da pessoa que vive com hipertensão, sendo considerada por estes como parte do tratamento e importante para manter a saúde e para não se preocupar em demasia com a HA, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Tem que fazer alguma atividade que gosta, isso ajuda, um passeio, lazer, isso ajuda bastante, se for mais idosa, tem grupos da terceira idade que a pessoa pode frequentar, qualquer coisa que goste” (familiar, sexo feminino, 47 anos).

“Tem que sair conversar com amigos, ir à praia, pescar [...] isso é muito bom, faz bem para a cabeça jogar uma linha no mar, tem que passear, eu faço tudo isso, eu faço ginástica, vou no grupo dos idosos, a gente conversa, eu acho que a minha vida tem que ser levada assim para a pressão ficar bem e eu ficar bem” (sexo feminino, 86 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

O elemento temático cuidado não especificado, com 21 UR, refere-se aos cuidados destacados pelos participantes de forma geral, mas considerados como um fator importante para o tratamento da hipertensão arterial. As pessoas que vivem com hipertensão (10 UR) e os familiares (11 UR) destacaram a importância do cuidado com a saúde no tratamento da HA e o consideraram como uma maneira de evitar problemas relacionados com esta condição crônica, conforme ilustra o segmento de texto a seguir: *“Se a gente quer viver mais, tem que ser assim, tem que se cuidar, aqui em casa a gente se cuida”* (sexo masculino, 58 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

2. Ser responsável pelo tratamento

Esta categoria agregou o conjunto de elementos referentes aos comportamentos associados pelos participantes como necessários para que a pessoa que vive com hipertensão assuma seu papel diante do tratamento da HA. Ela é composta por uma sub-categoria relacionada ao que os participantes consideram como responsabilidade da pessoa que vive com hipertensão diante do tratamento.

2.1. Assumir seu papel no tratamento

Esta sub-categoria agregou a busca de informações sobre a hipertensão arterial, conscientização e responsabilização pelo tratamento, bem como a aceitação da doença, comportamentos estes que, segundo os participantes, a pessoa que vive com hipertensão deve assumir para ser responsável pelo seu tratamento. A frequência dos elementos temáticos relacionados a esta sub-categoria, dividida por grupos, pode ser observada na figura 15.

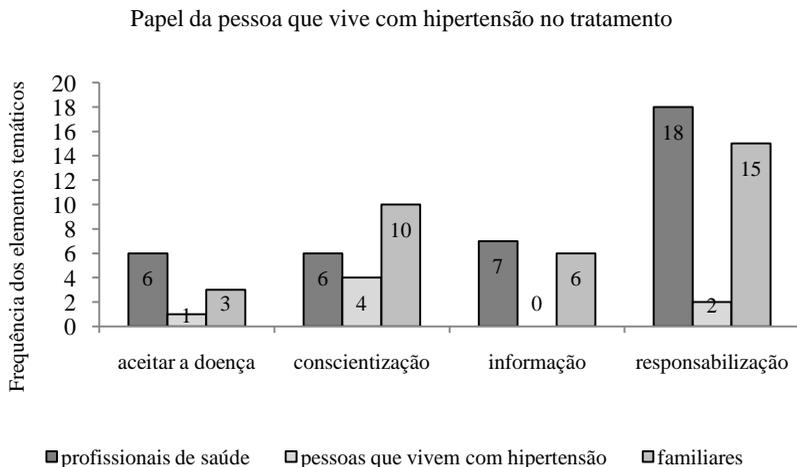


Figura 15. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Assumir papel no tratamento.

O elemento temático aceitar a doença, com 10 UR, foi descrito pelos participantes como parte importante do tratamento. As pessoas que vivem com hipertensão destacaram, em menor frequência (1 UR), a importância de aceitar a doença: *“Tem que aceitar a doença [...], a pessoa tem que ter força de vontade, não é só tomar a medicação, tem que fazer outras coisas também, tem que ter força de vontade e aceitar a doença”* (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 5 anos).

Os profissionais de saúde (6 UR) e os familiares (3 UR) destacaram a aceitação da doença como um fator que facilita a adesão ao tratamento. Estes consideraram a aceitação da doença como a primeira etapa para que a pessoa que vive com hipertensão possa seguir as orientações médicas e decidir realizar o tratamento, conforme o exemplo a seguir:

“Ela tem que ser mais ativa no tratamento dela, e aí entra nessa questão da aceitação, eu acho que elas esbarram na questão da aceitação, elas não aceitam o problema e preferem ficar em uma atitude meio de espectador, sem conduzir, ao invés de tomar a rédea do tratamento dela” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

O elemento temático conscientização, com 20 UR, diz respeito à pessoa que vive com hipertensão se conscientizar das mudanças que precisa fazer em sua vida para poder realizar o tratamento. As pessoas que vivem com hipertensão destacaram a conscientização (4 UR) como importante para se dar conta de que é preciso ter mais cuidado com a saúde e mudar alguns hábitos de vida. Já os familiares (10 UR) destacaram a conscientização dessas mudanças como responsabilidade da pessoa que vive com hipertensão diante do tratamento, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Eu acho que a pessoa tem que ter consciência, não é porque o médico está mandando ou porque a família está dizendo para tomar o remédio para não ter alguma coisa, eu mesma tenho que ter consciência que preciso tomar o remédio, esse é o papel da pessoa que tem pressão alta, então tem que ter essa consciência, eu tenho essa consciência, eu penso isso, tenho que pensar em mim, porque se eu relaxar comigo mesma, o que vai ser depois” (sexo feminino, 42 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

“A pessoa tem que se conscientizar que tem a doença e que ela tem que mudar, porque ninguém vai fazer isso por ela, é ela mesma que tem que fazer isso, então a pessoa tem que se conscientizar e saber que ela própria tem que mudar, não adianta falar um monte de coisa para a pessoa se ela não quer mudar, a gente não consegue mudar por ela” (familiar, sexo feminino, 29 anos).

Os profissionais de saúde citaram a conscientização (6 UR) como fundamental para a pessoa que vive com hipertensão buscar orientação profissional e motivar-se a realizar o tratamento e ter os cuidados necessários com a saúde. Estes participantes citaram ainda a importância da conscientização sobre as escolhas realizadas pela pessoa que vive com hipertensão relacionadas ao seu tratamento, conforme o exemplo a seguir:

“Se a pessoa não fizer o tratamento, que ela esteja consciente do que ela não está fazendo, principalmente consciente das consequências disso, é uma responsabilidade dela, ela tem que estar consciente dos riscos e dos benefícios” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

A busca de informações sobre a hipertensão arterial e o tratamento teve 13 UR. Não houve ocorrência deste elemento temático no grupo das pessoas que vivem com hipertensão. Os profissionais de saúde relacionaram a busca de informação (7 UR) com o interesse demonstrado pela pessoa que vive com hipertensão pela sua condição. Estes participantes destacaram ainda a importância e o benefício da pessoa que vive com hipertensão perguntar informações sobre a HA e sobre o tratamento durante a consulta médica, assumindo responsabilidade sobre o seu tratamento, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“A pessoa tem que saber perguntar o que é isso, para que isso, nem que seja na primeira consulta, nem que seja longa, mas que tenha essa informação, tem que querer saber o porquê, o que pode causar, o que ela pode fazer, ela tem que dizer eu sou hipertensa, tem que perguntar para o

médico o que é hipertensão, mas a maioria não está nem aí, diz meu pai teve, minha mãe teve, o fulano teve, para eles é uma coisa comum, é banal” (profissional de saúde, sexo feminino, 43 anos).

Os familiares relacionaram a busca de informações sobre a hipertensão arterial (6 UR) com o comprometimento da pessoa que vive com hipertensão com o seu tratamento e o interesse dela em buscar informações como uma maneira de assumir a responsabilidade pelo tratamento e engajar-se neste processo. Os familiares destacaram também a importância de ter a disponibilidade de algum profissional de saúde para repassar essas informações para a pessoa que vive com hipertensão, conforme o exemplo a seguir:

“Primeiro de tudo ela precisa de informação, de alguém que a informe, seja médico, enfermeiro. Então eu acho que a pessoa por si só, às vezes, não tem essa consciência de onde buscar informação, mas ela poderia buscar se informar mais sobre a doença que tem, se não vem do médico, vem do enfermeiro, de algum outro lugar, da internet, não é só tomar o remédio, é entender o que acontece” (familiar, sexo feminino, 19 anos).

O elemento temático responsabilização, com 35 UR, está relacionado diretamente com a responsabilidade delegada pelos participantes à pessoa que vive com hipertensão diante do seu tratamento. Apenas dois participantes que vivem com hipertensão mencionaram este elemento temático como parte de seu papel diante do tratamento. Estes relacionaram as mudanças de hábitos como uma responsabilidade que deve ser assumida se a pessoa quer realizar os cuidados necessários para tratar a hipertensão arterial, conforme exemplo a seguir:

“Eu acho que eu que tenho que fazer, sou eu que tenho que cuidar, é um problema que é meu, não é deles, se eu sei que eu não posso comer, eu não como, se eu tenho que fazer, eu faço, ninguém vai poder fazer por mim, [...], ninguém vai fazer

atividade física por mim, ninguém vai comer por mim. Então eu que tenho que fazer, não tem jeito, é da pessoa. Eu não dependo de ninguém para fazer as coisas para mim, então não tem porque os outros se preocuparem comigo, eu que sou responsável pela minha hipertensão”(sexo feminino, 58 anos, vive com hipertensão há 15 anos).

Os familiares também citaram a responsabilização (15 UR) pelo tratamento como um importante papel a ser assumido pela pessoa que vive com hipertensão. Eles destacaram que o papel da pessoa que vive com hipertensão é assumir sua responsabilidade diante do tratamento para realizar o que for necessário, sem delegar isso a outras pessoas. Os familiares relataram ainda a contribuição da família nestas mudanças através do apoio, mas realçaram o papel da pessoa que vive com hipertensão como principal nesses cuidados, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“A pessoa tem que se responsabilizar pelo seu próprio processo, por tudo, a pessoa tem que ir atrás do médico, tem que tomar a medicação, tem que se implicar no seu próprio tratamento, tem que fazer o máximo que ela puder, eu acho que a pessoa fazer o papel dela é o primeiro passo, é a parte mais importante” (familiar, sexo feminino, 26 anos).

Os profissionais de saúde citaram a responsabilização (18 UR) da pessoa que vive com hipertensão com o seu tratamento como fundamental para seguir as orientações e realizar as mudanças de hábitos de vida. Os profissionais destacaram ainda a importância da pessoa que vive com hipertensão conhecer sua condição crônica e assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, conforme o exemplo a seguir:

“A pessoa hipertensa tem a responsabilidade de saber que tem um problema que pode trazer sérias situações físicas no futuro, o compromisso dela é com ela mesma, então a pessoa tem que ter essa responsabilidade com ela mesma” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

Tema 2 - Papel dos profissionais de saúde no tratamento

Neste tópico, foram analisadas as respostas da pergunta “qual o papel dos profissionais de saúde no tratamento?”. Estas respectivas respostas deram origem a duas categorias, quatro sub-categorias e 12 elementos temáticos. Estas categorias e sub-categorias estão ilustradas na tabela 18.

Tabela 18.

Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise relacionadas à questão “Papel do profissional de saúde no tratamento”.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
1. Principais atribuições dos profissionais de saúde	1.1. Criar vínculo com o paciente	- Acompanhamento do paciente - Co-responsabilização pelo tratamento - Sensibilização
	1.2. Realizar os procedimentos necessários	- Procedimentos de rotina - Receitar medicação - Orientação
2. Avaliação do papel dos profissionais de saúde	2.1. Pontos positivos	- Orientação - Receitar medicação - Procedimentos de rotina - Acompanhamento do paciente
	2.2. Pontos negativos	- Falta de tempo - Falta de informação sobre a hipertensão arterial - Falta de orientação sobre o tratamento

1. Principais atribuições dos profissionais de saúde

Esta categoria reuniu o conjunto de elementos que os participantes associaram ao papel dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial. Ela é composta por duas sub-categorias: a primeira relacionada ao vínculo estabelecido com o paciente que vive com hipertensão e a segunda diz respeito aos procedimentos referentes à prática profissional.

1.1. Criar vínculo com o paciente

No que diz respeito à sub-categoria criar vínculo com o paciente, com 47 UR, os participantes destacaram aspectos no relacionamento dos profissionais de saúde com os pacientes considerados importantes no tratamento da HA. Estes aspectos envolveram a co-responsabilização pelo tratamento e o acompanhamento do paciente, que se relacionam com as visitas domiciliares e com o trabalho em equipe. Esta sub-categoria agregou ainda a sensibilização, citada pelos participantes como a forma que os profissionais de saúde se relacionam com seus pacientes. A frequência das UR desta sub-categoria dividida por grupo pode ser observada na figura 16.

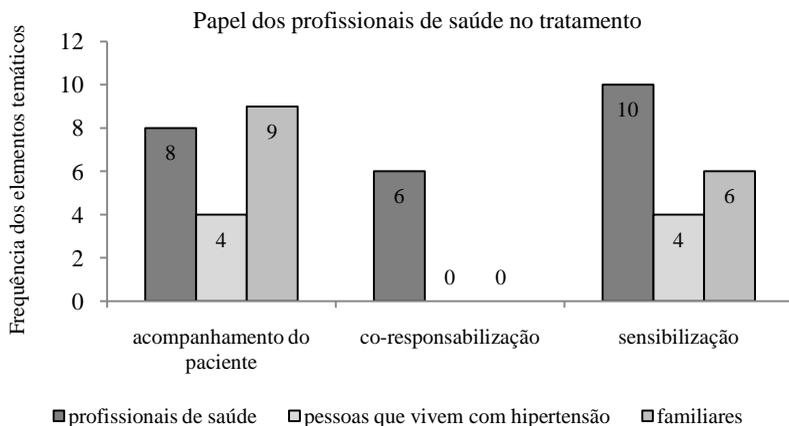


Figura 16. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Criar vínculo com o paciente.

O elemento temático acompanhamento do paciente, com 21 UR, refere-se ao acompanhamento feito pelo profissional de saúde durante a realização do tratamento. Os participantes que vivem com hipertensão relataram o acompanhamento do paciente (4 UR) como uma parte importante do tratamento e é visto como uma maneira eficaz de manter a pressão arterial controlada: *“Então eu acho que o acompanhamento com o médico é a chave para ser um hipertenso bem controlado, é a chave,*

se não fosse o acompanhamento não dava” (sexo masculino, 76 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

Os profissionais de saúde destacaram o acompanhamento do paciente (8 UR) como fundamental para que a pessoa que vive com hipertensão possa realizar o tratamento de forma contínua. Os profissionais de saúde realçaram também o acompanhamento do paciente como uma maneira de esclarecer dúvidas a respeito da HA, conforme o exemplo a seguir:

“Sempre acompanhar, sempre estar disponível para esclarecer dúvida, disponível para atender, disponível para ajudar esse paciente a compreender o tratamento e a seguir esse tratamento, então esse é o principal papel, o do enfermeiro e do médico” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

Eles deram destaque também para as visitas domiciliares como essenciais para que se possa compreender o contexto do paciente e realizar um acompanhamento mais ampliado. Eles destacaram ainda a importância do trabalho em equipe para um bom acompanhamento dos casos atendidos, de acordo com a necessidade de cada paciente, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Cada um tem sua atribuição na equipe e tem o dever de acompanhar esse paciente, até mesmo a agente de saúde, de ir acompanhar o paciente, estar disponível para manter uma ponte entre o serviço de saúde, a equipe e a pessoa. Então cada um tem o seu papel para contribuir na melhora de vida desse paciente” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

Os familiares destacaram a importância do acompanhamento do paciente (9 UR) para que o profissional de saúde possa ajudar a pessoa que vive com hipertensão a mudar os hábitos de vida e a ter um maior cuidado com a saúde, contribuindo para a realização do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os familiares destacaram também a importância das visitas domiciliares para o tratamento não só da HA, mas também de outras condições crônicas, conforme o exemplo a seguir:

“A gente tem uma confiança maior em profissionais de saúde. Então tem que tirar proveito da confiança que as pessoas têm neles e ajudar a mudar os hábitos, acompanhar todo o processo, desde descobrir a hipertensão até fazer o acompanhamento médico de rotina, para ver se a pessoa está melhorando, para ver se precisa diminuir ou aumentar a dose de remédio, porque às vezes a pessoa consegue fazer as mudanças necessárias, acho que é nesse sentido” (familiar, sexo feminino, 19 anos).

A co-responsabilização pelo tratamento foi citada apenas pelos participantes do grupo dos profissionais de saúde (6 UR). Este elemento refere-se ao acompanhamento do paciente e a dividir, junto com o paciente, a responsabilidade pela realização do tratamento. Os profissionais de saúde destacaram a importância da co-responsabilização para que as pessoas que vivem com hipertensão tenham abertura para esclarecer dúvidas e desacordos que possam surgir em relação às indicações do tratamento, apesar da dificuldade de realizar isto, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“A ideia da co-responsabilização é uma coisa difícil, é difícil para o médico às vezes, porque isso envolve habilidade de comunicação, ele precisa saber explicar e isso envolve até um conhecimento um pouco maior sobre a doença, e é uma coisa difícil para o paciente porque gera uma sensação de insegurança no paciente, como assim sou eu que vou decidir. Quando eu pergunto e tento envolver o paciente nas decisões, o paciente fala quem é a médica é a senhora, a senhora é quem tem que decidir, então às vezes eles não querem ter essa responsabilização, mas é uma coisa importante, é importante que os pacientes realmente estejam juntos na tomada de decisão daquilo que se refere ao problema de saúde deles, esse é o nosso objetivo, por mais difícil que possa ser para os dois lados” (profissional de saúde, sexo feminino, 28 anos).

O elemento temático sensibilização, com 20 UR, agregou as atribuições que os profissionais de saúde devem exercer com o paciente

que vive com hipertensão. Os participantes que vivem com hipertensão (4 UR) relacionaram a sensibilização dos profissionais de saúde com a atenção recebida por estes no momento do diagnóstico da HA e em momentos em que estavam precisando de apoio e orientação durante a consulta, conforme ilustra o exemplo a seguir:

“Eu estava apavorada, e ele (médico) ter conversado comigo me tranquilizou, para mim foi bem bom isso. Então eu acho que o profissional deve fazer isso, para mim foi muito importante, fiquei com medo, pensei que ia morrer por causa da pressão alta e ele pediu para eu sentar e conversou comigo, disse para eu não ficar nervosa, conversou comigo, eu fiquei bem, ele me tranquilizou, já é um grande passo, a pessoa vê que não é uma coisa tão ruim, então isso é importante” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os familiares (6 UR) e os profissionais de saúde (10 UR) associaram esta sensibilização com o interesse em conhecer a história de vida do paciente, seu contexto e sua situação atual, para poder compreender melhor este paciente e para conseguir estabelecer vínculo com ele, o que contribui para o tratamento. Estes grupos realçaram ainda a importância de conhecer o paciente para poder realizar um tratamento individualizado, respeitando o contexto e a situação de vida de cada pessoa. Este aspecto foi considerado relevante para que o paciente procure os serviços de saúde e dê continuidade ao tratamento, conforme os exemplos a seguir:

“Eu acho que o profissional precisa estabelecer uma relação de tratamento mais longitudinal, que possa conhecer a pessoa com mais calma, porque como é um diagnóstico crônico, a pessoa vai ter que acompanhar durante muito tempo, é claro que nos dias de hoje fica cada vez mais difícil, mas seria o ideal. Acho que o profissional precisa tentar ter uma relação empática com o paciente, tentar imaginar o que é ter esse diagnóstico, então o profissional precisa se aproximar do paciente e do problema dele” (profissional de saúde, sexo masculino, 53 anos).

“Precisa, principalmente, criar um vínculo com a pessoa, para compartilhar informações e orientações mesmo. Acho que enquanto profissional de saúde, tem que ter noção do papel que está ocupando, principalmente na vida do paciente, tudo o que você falar vai ser levado muito à sério por aquele paciente que está na sua frente, então tem que tomar muito cuidado com essas coisas e tem que ter muita noção disso” (familiar, sexo feminino, 19 anos).

1.2. Realizar os procedimentos necessários

Esta sub-categoria agregou os procedimentos que os participantes associaram à prática profissional direcionada ao tratamento da hipertensão arterial. Dentre estes procedimentos, os participantes destacaram os considerados de rotina, como verificar a pressão, pedir exames e realizar o diagnóstico, a prescrição da medicação, que é citado pelos participantes separadamente dos procedimentos de rotina, e a orientação, considerada como o procedimento principal da prática dos profissionais de saúde. A frequência das UR desta sub-categoria dividida por grupo pode ser observada na figura 17.

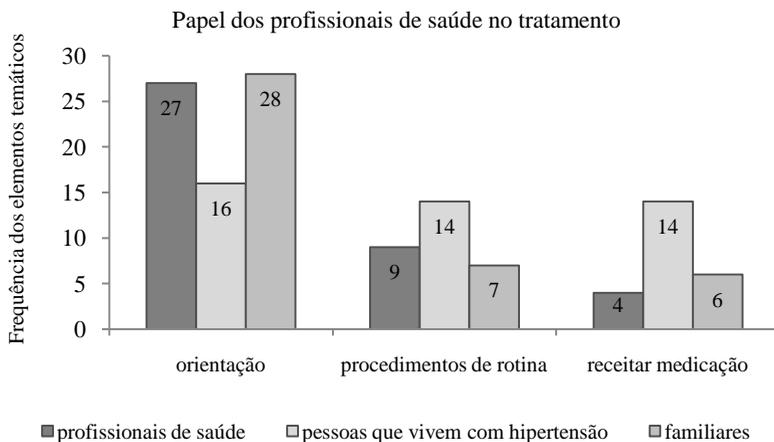


Figura 17. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria realizar procedimentos necessários.

A orientação, com 71 UR, foi considerada pelos participantes como o principal aspecto associado com o papel dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram a orientação (16 UR) dada pelos profissionais de saúde como importantes para obter informações a respeito da hipertensão arterial, entender a doença e os problemas associados. Eles consideraram as orientações como o papel principal dos profissionais de saúde, pois diminuem o medo e a insegurança que eles sentem em relação à sua condição crônica, pela falta de conhecimento a respeito, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Ele tem que ensinar o que ele sabe, o que é melhor para o paciente, porque eu não sei nada. Ele tem que explicar o que pode acontecer com a pessoa, ensinar que precisa se cuidar, tomar o remédio, mas a maioria não entra isso na cabeça. O papel dele é dar essas orientações, mesmo que a gente não siga” (sexo feminino, 63 anos, vive com hipertensão há 25 anos).

Os participantes realçaram também a importância da orientação relacionada à medicação, como horários e possíveis efeitos colaterais. Eles destacaram ainda a importância das orientações relacionadas às mudanças de hábitos de vida, o que contribui para maior entendimento do tratamento, conforme o exemplo a seguir:

“Tem que dar orientação sobre o medicamento, sobre a alimentação, sobre os exercícios, sobre os grupos de atividades, todos os profissionais têm que dar essa orientação para o paciente, esse é o papel deles na consulta médica, dar as orientações gerais necessárias, orientar tudo o que a pessoa precisar fazer para se tratar” (sexo feminino, 42 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

Os profissionais de saúde também destacaram a orientação (27 UR) dada por eles como o papel principal no tratamento da hipertensão arterial. Eles consideraram as orientações como fundamentais para que a pessoa possa ficar informada sobre a HA e sobre os comportamentos que deve adotar para realizar o tratamento. Desta forma, os profissionais de saúde reconheceram como seu papel fazer as orientações necessárias

para o paciente sair bem informado sobre sua condição, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Tem que dar orientações, fazer o esclarecimento da doença em cada consulta e perguntar se a pessoa entendeu, porque às vezes você acha que explicou, mas a pessoa ainda não entendeu. Então tem que repetir e reforçar, verificar se ela entendeu, se ela tem dúvidas sobre a doença, tem que repetir cada vez, mesmo que já tenha falado tudo o que ela precisa fazer, e depois se ela quiser seguir ou não daí é escolha dela, mas a nossa parte é falar todas as coisas” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

Os familiares também consideraram a orientação (28 UR) como papel importante dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial. Os familiares destacaram a orientação com relação à HA, repassando informações sobre o que é a hipertensão arterial e suas possíveis consequências aos pacientes, como também orientações relacionadas ao tratamento, sobre quais mudanças devem ser feitas e como fazê-las, conforme o exemplo a seguir:

“Tem que explicar o que significa a doença, explicar o que a pessoa pode e não pode fazer, o profissional tem que mostrar o que ela pode e não pode fazer, como fazer, e mostrar que a pessoa pode conviver com a doença, tem que falar a verdade para o paciente” (familiar, sexo feminino, 41 anos).

O elemento temático procedimentos de rotina, com 30 UR, foi associado pelos participantes com as práticas profissionais relacionadas com o diagnóstico da HA e inclui a verificação da pressão, o diagnóstico da HA e o pedido de exames. Os participantes que vivem com hipertensão (14 UR) e os familiares (7 UR) consideraram estes procedimentos de rotina como parte importante da prática profissional. Eles destacaram a realização de exames e o monitoramento da pressão arterial como fundamentais para que se possa ter um diagnóstico correto da hipertensão arterial, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Primeiro manda fazer os exames, fazer eletrocardiograma, fazer teste de esteira, esses exames todos que tem que fazer. Então primeiro vem os exames, porque se eu olho para você, eu não sei se você está doente, então tem que fazer um exame para saber o que a pessoa tem, antigamente não era assim, o médico olhava no olho e dizia que a pessoa estava com anemia e pronto, dava o remédio, hoje não é mais assim, hoje tem os exames. Então depois o médico olha os exames e fala para a pessoa o que ela tem” (sexo feminino, 86 anos, vive com hipertensão há 12 anos).

“Eles se preocupam em investigar direito essa questão, se a pressão está alterada eles investigam antes, eu acho que o papel deles é investigar, acompanhar, uma das primeiras coisas que eles indicam para fazer é verificar a pressão todo dia no mesmo horário, durante uma semana, e aí anotar se a pressão variou ou não, aí depois o próximo passo é fazer outros exames, aí faz um eletrocardiograma, faz o teste da esteira” (familiar, sexo feminino, 30 anos).

Os profissionais de saúde associaram, em menor frequência, estes procedimentos de rotina (9 UR) como básicos para realizar o diagnóstico da hipertensão arterial e identificar os fatores que podem estar contribuindo para a alteração da pressão arterial. Eles consideraram estes procedimentos iniciais como importantes para poder indicar o tratamento para a pessoa que vive com hipertensão, contudo, não consideram como a função principal, mas sim como uma etapa inicial do acompanhamento médico, conforme o exemplo a seguir:

“Tem que saber identificar a hipertensão arterial, saber identificar os níveis pressóricos alterados, saber fazer diagnóstico, saber identificar os fatores de risco. Então é prevenir, identificar e tratar” (profissional de saúde, sexo masculino, 32 anos).

O elemento temático receitar a medicação, com 24 UR, foi diferenciado dos procedimentos de rotina pelos participantes. Como um procedimento que ocorre após o diagnóstico da hipertensão arterial e continua durante todo o tratamento, os participantes destacaram aspectos deste procedimento separadamente. Assim, o elemento receitar medicação agregou os procedimentos de dar e renovar a receita médica, alterar a dosagem ou trocar a medicação e explicar os possíveis efeitos colaterais da medicação.

Os participantes que vivem com hipertensão (14 UR) e os familiares (6 UR) destacaram o papel do profissional de saúde, principalmente o médico, na prescrição da medicação para o tratamento da hipertensão arterial. Eles destacaram ainda a confiança depositada no médico ao receber a prescrição da medicação, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“O médico é quem guia a gente, ele dá a receita, se ele achar que precisa, ele pode aumentar o remédio ou diminuir, pode trocar o remédio por outro, ele sabe o que fazer, a gente não sabe, ele é quem trata a gente, ele que sabe o que é preciso fazer” (sexo masculino, 68 anos, vive com hipertensão há 6 anos).

“O médico dá receita para 6 meses para minha mãe, então de 6 em 6 meses ela faz uma nova consulta, avalia o remédio. Então o médico que diz quantos remédios ela vai tomar, o que ela vai tomar, como ela vai tomar, então ele orienta sobre as medicações e se precisar, ele muda a medicação” (familiar, sexo feminino, 44 anos).

Alguns participantes que vivem com hipertensão consideraram a quantidade de remédios dada muito exagerada, conforme o exemplo a seguir: *“O médico dá receita para tomar um monte de remédio”* (sexo masculino, 59 anos, vive com hipertensão há 2 anos). Outros declararam que ao procurar o médico, a única orientação repassada foi com relação ao medicamento, sendo o único cuidado relacionado à HA: *“Ele só me deu o remédio e disse que eu tinha que tomar o remédio para a vida toda, pronto, só ficou nisso”* (sexo feminino, 66 anos, vive com hipertensão há 4 anos).

Os profissionais de saúde citaram, em menor frequência, a prescrição da medicação (4 UR) como parte de sua prática profissional. Estes destacaram ainda a importância de procurar o profissional de saúde, em destaque o profissional médico, para receber a prescrição e orientação adequada com relação à medicação, conforme o exemplo:

“Quem indica a medicação é o médico e quem retira a medicação é o médico. Então a pessoa não se automedica e muito menos se dá alta, quem vai fazer isso é o médico, é ele quem mexe na dose, acrescenta ou tira remédio, o papel da conscientização é de todos, desde o acolhimento, mas o papel terapêutico de prescrever, modificar doses ou não é do profissional médico” (profissional de saúde, sexo masculino, 38 anos).

2. Avaliação do papel dos profissionais de saúde

Esta categoria envolveu a avaliação que os participantes fizeram do papel dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial e envolve as práticas dos profissionais de saúde com relação à pessoa que vive com hipertensão. As práticas profissionais avaliadas como positivas pelos participantes foram a orientação dada pelos profissionais de saúde, a prescrição da medicação, os procedimentos de rotina como exames e verificação da pressão arterial, e o acompanhamento do paciente. Todos esses elementos temáticos já foram descritos anteriormente.

Os fatores considerados como negativos pelos participantes foram a falta de tempo e a falta de orientação dos profissionais de saúde. A falta de tempo, com 4 UR, foi citada por um participante do grupo dos familiares e por 3 participantes do grupo dos profissionais de saúde. Ambos os grupos destacaram a falta de tempo como um importante fator que prejudica a qualidade do atendimento da pessoa que vive com hipertensão, conforme os exemplos a seguir:

“Pela falta de tempo do profissional, pelas consultas serem super rápidas, acho que falta tempo para o profissional conseguir esclarecer a pessoa sobre a doença dela, sobre o tratamento, fazer isso na consulta faz toda a diferença para

que o tratamento seja bem sucedido” (familiar, sexo feminino, 30 anos).

“A gente falha muito, porque a pressão do dia a dia coloca a gente a fazer as coisas de forma muito restrita e muito rápida” (profissional de saúde, sexo masculino, 53 anos).

A falta de orientação dada pelos profissionais de saúde, com 9 UR, foi ressaltada pelos participantes como um fator que dificulta o entendimento da HA e do tratamento. Os participantes que vivem com hipertensão (5 UR) e os familiares (3 UR) destacaram a falta de orientação e informação sobre a hipertensão arterial (5 UR) como algo que prejudica o entendimento destes sobre a HA e sobre as mudanças necessárias para a realização do tratamento, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“O ruim é que a gente vai consultar e os médicos não explicam, eu levei os exames, ele olhou e não disse nada, não disse o que é pressão alta, o que pode fazer, o que não pode fazer, isso que eu acho estranho, a gente cuida da pressão, mas os médicos não dão nenhuma resposta, eles não dizem nada, o médico disse que eu tenho que continuar medindo a pressão, só isso, mas ele não falou o que ela pode causar, a gente fica atento, mas eles não falam, eles estudam tanto, porque eles não explicam para o paciente” (sexo masculino, 58 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

“Muitas vezes o médico diz a senhora toma esse remédio e pronto, é só isso que ele fala, e então a pessoa acha que apenas tomando o remédio está ótimo, ela está fazendo o tratamento, mas ela não sabe que cuidar da alimentação e fazer uma atividade física também vai contribuir para controlar a pressão alta, ela não sabe por que ninguém explicou para ela, então acho que é isso que precisa, explicar, orientar, de uma forma que a pessoa entenda a importância do tratamento” (familiar, sexo feminino, 30 anos).

Um participante do grupo dos profissionais de saúde destacou a falta de orientação como uma falha na prática profissional e como algo prejudicial ao paciente. Este considerou a falta de orientação como um problema que ocorre no dia a dia, durante as consultas, mas é visto como algo que o profissional de saúde deve procurar mudar em sua prática, conforme o exemplo:

“Eu acho que o problema é quando o profissional não orienta nada, a pessoa poderia estar fazendo alguma mudança e não faz porque não sabe que é importante, não sabe as consequências da doença porque ninguém nunca falou para ela, a gente vê bastante isso aqui. Então eu acho que isso é uma falha dos profissionais de saúde, de não dar as orientações e informações adequadas” (profissional de saúde, sexo feminino, 35 anos).

Observa-se que poucos aspectos citados aqui foram considerados pelos participantes como algo negativo na prática profissional. Apesar da baixa frequência de ocorrência, estes aspectos podem ser considerados relevantes na relação estabelecida entre a pessoa que vive com hipertensão e o profissional de saúde. Os participantes, de forma geral, avaliaram positivamente as práticas dos profissionais de saúde, sendo que a maioria dos procedimentos adotados por estes profissionais foi considerada como algo positivo no tratamento da hipertensão arterial e na relação com a pessoa que vive com hipertensão.

Tema 3 – Papel do familiar diante do tratamento

Neste tópico, foram analisadas as respostas da pergunta “qual o papel dos familiares no tratamento?”. Estas respectivas respostas deram origem a duas categorias, quatro sub-categorias e 12 elementos temáticos. Estas categorias e sub-categorias estão ilustradas na tabela 19.

Tabela 19.

Descrição das categorias, sub-categorias e elementos de análise (UR) relacionadas à questão “Papel da família no tratamento”.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
1. Apoio familiar	1.1. Mudança de hábitos	- Alimentação - Exercícios - Controle do estresse
	1.2. Cuidados	- Medicação - Acompanhamento médico - Cuidados não especificados - Orientação
2. Avaliação do papel da família	2.1. Pontos positivos	- Apoio familiar nas mudanças de hábitos - Apoio familiar nos cuidados
	2.2. Pontos negativos	- Falta de apoio com a alimentação - Problemas familiares - Cobrança

1. Apoio familiar

Esta categoria envolveu os elementos que os participantes consideraram como forma de apoio dado pela família da pessoa que vive com hipertensão. Este apoio familiar, de acordo com os participantes, é feito através da ajuda com as mudanças de hábitos e outros cuidados, como a ajuda com a medicação, com o acompanhamento médico, promover a distração e outros cuidados não especificados. Desta forma, esta categoria é composta por duas sub-categorias: mudança de hábitos e cuidados.

1.1. Mudança de hábitos

Esta sub-categoria agregou os elementos relacionados com as mudanças de hábitos e a contribuição do apoio familiar para que a pessoa que vive com hipertensão possa realizar estas mudanças e seguir o tratamento. Este apoio diz respeito à ajuda da família com a alimentação, a prática de exercícios físicos e o controle do estresse. A frequência das UR desta sub-categoria dividida por grupo pode ser observada na figura 18.

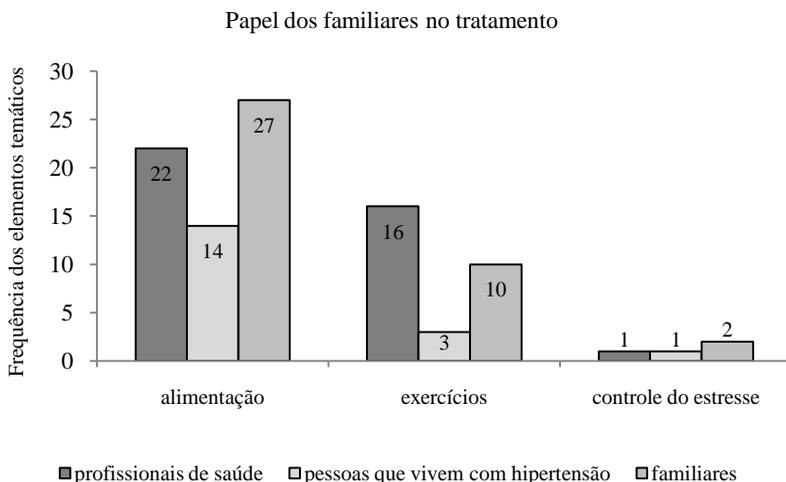


Figura 18. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria mudança de hábitos.

A alimentação, com 63 UR, foi o elemento temático com maior frequência relacionado ao apoio da família na mudança de hábitos. Os participantes relacionaram este apoio como facilitador para a sua realização. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram a importância do apoio familiar para conseguir mudar a alimentação (14 UR) no dia a dia e declararam que se os familiares mudam os hábitos alimentares junto com eles, fica mais fácil manter um controle maior sobre a alimentação, conforme o exemplo a seguir:

“Eu não posso comer comida salgada. Então a família tem que ajudar nessa parte, senão eu vou ter que fazer uma panela de comida só para mim, eu faço tudo igual, mas faço com menos sal, que não prejudique nem a mim e nem a eles, às vezes a comida está mais salgada e eles já sentem e já me avisam também. Então eles me ajudam a controlar o sal, aqui em casa eles são bastante compreensivos com isso, não posso me queixar, eu acho isso muito importante” (sexo feminino, 59 anos, vive com hipertensão há 20 anos).

Os profissionais de saúde também destacaram o benefício dos familiares apoiarem a pessoa que vive com hipertensão nas mudanças com a alimentação (22 UR). Os participantes consideraram que se todos na casa mudarem os hábitos alimentares facilita a mudança e a adequação da pessoa que vive com hipertensão a estes novos hábitos, contribuindo assim para o tratamento da HA, além de ser benéfico para a saúde de toda a família. Os profissionais de saúde ressaltaram ainda a necessidade do cuidado com a alimentação quando é um familiar que cozinha para a pessoa que vive com hipertensão. Quando a esposa cozinha para o marido que tem hipertensão ou alguém cozinha para uma pessoa idosa, este familiar precisa ter um cuidado maior com o preparo da comida, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Se é a esposa que prepara a comida, a gente pede para manear no sal, usar outros temperos, isso é um olhar que a gente tem, normalmente se é um homem não é ele que cozinha. Então a gente pede quem cozinha na casa, se for a esposa, a gente pede se a esposa sabe que ele tem pressão alta, e se ela sabe, a gente pede como que eles conversam sobre isso, se ela sabe o que ele precisa fazer” (profissional de saúde, sexo masculino, 32 anos).

“A pessoa idosa muitas vezes não consegue preparar sozinha sua alimentação, ela precisa de alguém que vá à feira, ao mercado, que prepare a comida. Então precisa de alguém que prepare para ela da forma adequada, cuidando com o sal, ou que a ajude a preparar, fica mais fácil” (profissional de saúde, sexo feminino, 33 anos).

Os familiares (27 UR) ressaltaram que o apoio com as mudanças alimentares contribui para a pessoa que vive com hipertensão realizar o tratamento. Ademais, se todos os familiares aderem a estas mudanças alimentares, facilita para a pessoa que vive com hipertensão mudar os hábitos e traz benefícios para todos da família, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Você não vai comer um churrasco enquanto a pessoa que tem hipertensão fica lá comendo uma salada e olhando você comer o churrasco, tem que fazer a mudança junto. Então vamos todos

comer um frango grelhado bem gostoso, uma carne grelhada, tem que ter esse papel de apoio, a família tem esse papel de apoiar” (familiar, sexo feminino, 45 anos).

Os familiares destacaram ainda que a principal mudança sentida por eles no cotidiano foi com relação à alimentação. Em decorrência do diagnóstico de hipertensão arterial em um membro da família, alguns participantes citaram que o maior impacto sentido por estes foi diante das mudanças alimentares, conforme o exemplo:

“Por causa do meu marido, eu cortei o sal. Então a gente fez essa mudança geral para todos na casa e isso melhorou tudo, para todos, então todos entraram nessa mudança junto. Então tem que ter esse incentivo, esse estímulo, a gente mudou tudo” (familiar, sexo feminino, 29 anos).

O exercício físico, com 29 UR, apareceu como uma atividade que é beneficiada pelo apoio familiar. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram com menor frequência o apoio da família para a realização de atividades físicas (3 UR), mas consideraram este apoio como importante para ter motivação de iniciar algum exercício: *“Meu marido falou eu vou caminhar contigo. Então isso é um apoio, faz toda a diferença, sozinha eu não iria conseguir”* (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 5 anos).

O apoio familiar para a prática de exercícios físicos também foi citado pelos profissionais de saúde (16 UR) e pelos familiares (10 UR). Os participantes destacaram o apoio da família como essencial para motivar a pessoa que vive com hipertensão a praticar atividades físicas e destacaram ainda o benefício que isso traz também para o familiar, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“A família pode fazer atividade física junto, acho que isso auxilia, pois quando a família adere junto às mudanças, não só alimentação, mas começa a fazer junto a atividade física também, isso acaba motivando a pessoa a fazer, eu percebo isso, as pessoas ficam mais motivadas” (profissional de saúde, sexo feminino, 47 anos).

“A gente pensa na prevenção, então se eu vou criar hábitos bons para meu marido, eu vou criar

para mim também, para eu também ficar bem e saudável, se a pessoa precisa caminhar, tem que ir junto, vai ser bom para você fazer exercício também, todo mundo precisa fazer exercícios, vai caminhar junto com a pessoa. Então a família tem que estar junto, sempre apoiando” (familiar, sexo feminino, 45 anos).

O controle do estresse, com 4 UR, foi destacado em menor frequência como parte do apoio familiar. Os participantes que vivem com hipertensão (1 UR) destacaram o apoio dos familiares para resolver e esquecer dos problemas, e conseqüentemente, aliviar o estresse, conforme ilustra o exemplo a seguir:

“Eu sei que é difícil, todo mundo tem problema, tem que tirar o foco dos problemas. Eu tenho apoio das minhas irmãs, da minha família, para me acalmar, para me dizer que a vida não é assim, tem pessoas piores do que eu por aí, porque elas não têm nem apoio familiar” (sexo feminino, 32 anos, vive com hipertensão há 9 anos).

Os profissionais de saúde destacaram o apoio dos familiares no controle do estresse (1 UR) como uma forma de evitar maiores problemas dentro de casa. Os participantes destacaram a ajuda para resolver os problemas, mas também o apoio para não trazer preocupações em excesso para a pessoa que vive com hipertensão resolver, conforme o exemplo:

“A ajuda é com tudo, a vida já é estressante, daí você traz mais um problema, mais uma dificuldade para sua mãe, para teu marido, tem gente que fica ansiosa, já gera um estresse. Então tem que ter um cuidado com essas coisas” (profissional de saúde, sexo feminino, 43 anos).

Já os familiares destacaram a importância de apoiar a pessoa que vive com hipertensão no controle do estresse (2 UR) ajudando a evitar situações que geram problemas. Os familiares destacaram também como seu papel ajudar a pessoa que vive com hipertensão a reconhecer

situações que estão gerando estresse e alertá-las sobre isso, conforme ilustra o segmento de texto a seguir:

“Eu alertava minha mãe quando ela estava muito estressada, dizia que ela precisava se acalmar senão ia acabar passando mal, eu tentava dar um suporte nesse sentido, no sentido mais prático e no sentido mais emocional, para ela não ficar se preocupando tanto com certas coisas” (familiar, sexo feminino, 26 anos).

1.2. Cuidados

Esta sub-categoria reuniu os elementos temáticos relacionados ao papel da família no cuidado com a pessoa que vive com hipertensão. Estes cuidados envolveram a ajuda com a medicação, com o acompanhamento médico e cuidados gerais não especificados pelos participantes. A frequência dos elementos temáticos divididos por grupos encontra-se na figura 19.

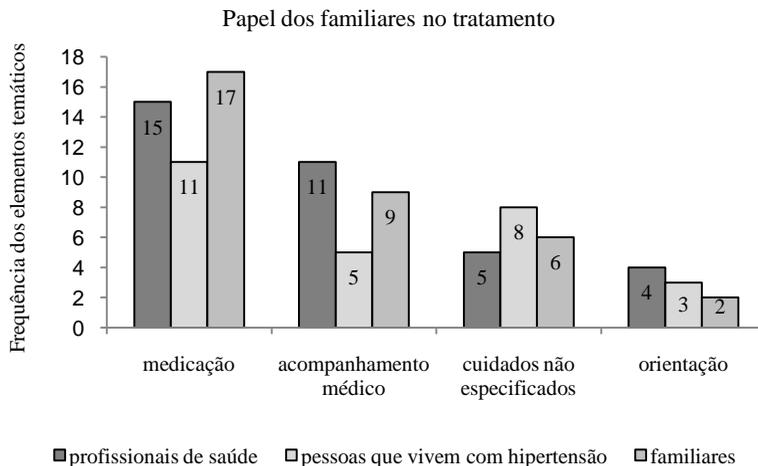


Figura 19. Frequência de ocorrência em cada grupo dos elementos temáticos (UR) relacionados à sub-categoria Cuidado.

Com relação à medicação, com 43 UR, os participantes destacaram a ajuda da família no cuidado com os horários de tomar a medicação e para lembrar de comprá-la. Os participantes que vivem com hipertensão consideraram o apoio da família com a medicação (11 UR) como importante para não se esquecer de tomá-la e para ter o controle de tomá-la no horário indicado, conforme o exemplo:

“Eles me perguntam se eu tomei o remédio, eles me ajudam a controlar, a lembrar do remédio, é bem importante o apoio da família nessa hora, você vê que estão todos te ajudando e você não vai querer deixar de fazer as coisas” (sexo feminino, 43 anos, vive com hipertensão há 3 anos).

Os profissionais de saúde (15 UR) e os familiares (17 UR) enfatizaram o apoio da família com a medicação como essencial nos casos em que a pessoa que vive com hipertensão é idosa ou tem dificuldade para ler e compreender o que está escrito. Os participantes declararam também a importância de incluir a família no tratamento. Assim, a família pode ajudar a pessoa que vive com hipertensão a fazer um controle da medicação, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Às vezes tem paciente que tem uma idade mais avançada ou um nível de compreensão menor. Então a família é envolvida para poder administrar corretamente o medicamento, saber qual medicamento que ele deve tomar, o horário, tudo certo. Então quando esse indivíduo precisa, ele nunca é tratado individualmente, sempre é tratado junto com a família dele. Quando tem familiares que ajudam, que auxiliam, facilita a adesão” (profissional de saúde, sexo masculino, 47 anos).

“Eu acho que dependendo da idade da pessoa tem a questão de lembrar de tomar a medicação, se a pessoa tem uma vida muito corrida também é difícil para lembrar dos horários de tudo. Então o familiar pode ajudar a lembrar do horário da medicação, lembrar a pessoa de tomar a medicação” (familiar, sexo feminino, 26 anos).

O elemento temático acompanhamento médico, com 25 UR, foi relacionado pelos participantes com o papel dos familiares em acompanhar as pessoas que vivem com hipertensão nas consultas médicas. Os participantes que vivem com hipertensão destacaram a importância dos familiares os acompanharem nas consultas médicas e exames de rotina (5 UR), principalmente para pessoas idosas ou que tem algum comprometimento, facilitando assim o entendimento das orientações repassadas pelos profissionais de saúde, conforme o exemplo:

“Se for uma pessoa que não pode ir ao médico, tem que ter alguém da família para ir por ela na consulta ou para levar a pessoa na consulta, levar para medir a pressão, pegar o remédio, tem muitas pessoas que precisam de ajuda porque estão muito idosas” (sexo feminino, 61 anos, vive com hipertensão há 22 anos).

Os profissionais de saúde consideraram importante o acompanhamento dos familiares (11 UR) na consulta médica. A presença dos familiares facilita para o profissional de saúde repassar as orientações e este pode incluir o familiar no tratamento da HA. O acompanhamento da família facilita que pessoas idosas ou com alguma dificuldade possam comparecer às consultas e aos exames, conforme ilustra o exemplo a seguir:

“A família é muito importante porque acaba vindo só a pessoa no consultório e a gente pede se tem algum familiar, porque se é uma mudança de alimentação, por exemplo, a família acaba entrando junto. Então a gente tem que ter um olhar um pouco mais investigativo, a gente conversa com a família, explica o que é importante” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

Os familiares ressaltaram a importância de acompanhar o familiar que vive com hipertensão nas consultas e exames (9 UR). Eles consideraram como papel da família estar disponível para levar a pessoa nas consultas, exames e no que for necessário, bem como participar e seguir as orientações repassadas pelos profissionais de saúde: *“Eu acho que a família deve ser bem participativa, assim como eu fiz com meus*

pais, sempre que pode vai ao médico com eles escutar as orientações” (familiar, sexo feminino, 30 anos).

Com relação aos cuidados não especificados, com 19 UR, os participantes se referiram aos cuidados gerais que os familiares podem contribuir, sem necessariamente estar ligado diretamente com a hipertensão arterial. São cuidados do dia a dia, com a saúde e com o bem estar em geral. Os participantes que vivem com hipertensão (8 UR) destacaram a importância dos familiares terem esse cuidado, associados ou não ao tratamento da HA, referindo-se a eles como parte do papel do familiar, conforme o exemplo:

“O dever da família é ajudar a cuidar, não deixar a pessoa sem ninguém para cuidar, tem muitos que não querem nem saber dos pais, eu acho que é um dever da família ajudar a cuidar, porque tem gente que não está nem aí” (sexo feminino, 61 anos, vive com hipertensão há 22 anos).

Os profissionais de saúde destacaram o cuidado da família relacionado ao tratamento (5 UR) da pessoa que vive com hipertensão. Eles consideraram importante o familiar estar envolvido no tratamento e ter os cuidados necessários com a pessoa que vive com hipertensão. Os profissionais de saúde destacaram ainda que esse cuidado e envolvimento é necessário em qualquer condição crônica: *“A família ajuda nesse cuidado, é importante essa contribuição, essa ajuda, é como qualquer outra doença crônica, é um suporte”* (profissional de saúde, sexo masculino, 38 anos).

Os familiares (6 UR) consideraram importante e como parte do papel da família exercer esse cuidado com a pessoa que vive com hipertensão. Este cuidado envolve os aspectos relacionados ao tratamento da hipertensão arterial e a atenção dada à pessoa que vive com hipertensão, conforme o exemplo:

“Eu tenho que cuidar dele para mim também, eu já cuidei de todo mundo aqui em casa e às vezes eu cuidei mais dele do que mim. Se eu saio de casa e ele fica sozinho, eu me preocupo, porque se ele não está bem, eu procuro não deixar ele sozinho” (familiar, sexo feminino, 62 anos).

O elemento temático orientação, com 9 UR, apareceu associado com o papel do familiar no cuidado da pessoa que vive com hipertensão,

repassando informações à ela sobre os cuidados com as mudanças de hábitos, bem como cuidados com a medicação. As pessoas que vivem com hipertensão destacaram (3 UR) a importância da família como fiscalizadora e orientadora, alertando e chamando a atenção para as mudanças necessárias para a realização do tratamento: *“Tem que orientar, tem que dizer tu tem que fazer isso, senão vai acontecer isso e aquilo, então é jogo aberto”* (sexo masculino, 59 anos, vive com hipertensão há 2 anos).

Os profissionais de saúde também destacaram (4 UR) a relevância da presença dos familiares nas consultas para receber as orientações médicas relacionadas à hipertensão arterial e ao tratamento. Para estes participantes, isso é fundamental para que os familiares tenham as informações necessárias para poder orientar a pessoa que vive com hipertensão no seu tratamento posteriormente, sendo este cuidado importante quando se trata de pessoas idosas, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“O familiar vai ter que entender isso para fazer as coisas, explicar melhor para o idoso o que precisa fazer, repetir as orientações para o idoso, ajudar o idoso a fazer o tratamento, porque o idoso pode esquecer do porque tem que fazer exercício. Então o familiar tem que estar todo dia lembrando, orientando a fazer essas mudanças para o tratamento dar certo” (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

“E tem a questão do conhecimento, se você e seu familiar entendem melhor o problema, o familiar pode orientar e ajudar a diminuir o grau de ansiedade da pessoa hipertensa em relação ao tratamento e a sua doença” (profissional de saúde, sexo masculino, 39 anos).

Os familiares (2 UR) destacaram o apoio dado ao membro familiar. Este apoio, segundo estes participantes, envolve o conhecimento sobre a hipertensão arterial e sobre o tratamento. Assim, com maiores informações, é possível a família orientar melhor a pessoa que vive com hipertensão em seu tratamento, mesmo que, em alguns casos, ela não siga estas orientações, conforme o exemplo:

“A família tem que apoiar e contribuir para a pessoa entender a doença. Então eu chamo a atenção, eu fico o tempo todo orientando, como se fosse uma criança que não sabe o que tem que fazer, mas ele sabe quais são as coisas certas, eu oriento, mas ele não faz o que é certo” (familiar, sexo feminino, 32 anos).

2. Avaliação do papel dos familiares

Esta categoria envolveu a avaliação dos participantes a respeito do papel dos familiares no tratamento da pessoa que vive com hipertensão. Os participantes avaliaram os aspectos considerados como positivos e negativos na relação com a pessoa que vive com hipertensão e na contribuição para realizar o tratamento da HA. O aspecto avaliado como positivo pelos participantes foi o apoio familiar prestado, principalmente em relação à mudança de hábitos e aos cuidados com a medicação, cuidados diários e acompanhamento médico. Os participantes consideraram que estes aspectos, já descritos anteriormente, contribuem para a realização do tratamento da hipertensão arterial.

Os aspectos considerados como negativos pelos participantes foram a falta de apoio com a alimentação, a cobrança por parte dos familiares e os problemas familiares. Os participantes citaram estes aspectos como prejudiciais ao cotidiano da pessoa que vive com hipertensão. No que diz respeito ao tratamento, os participantes consideraram a falta de apoio com a alimentação e a cobrança como aspectos que dificultam sua realização.

A falta de apoio com a alimentação, com 16 UR, foi citada pelos participantes como o principal fator que prejudica a realização do tratamento. Os participantes que vivem com hipertensão consideraram este aspecto (2 UR) como um dificultador, pois sem o apoio dos familiares fica mais difícil mudar a alimentação e manter novos hábitos, conforme o exemplo:

“Às vezes a família ajuda e às vezes atrapalha. A minha família é festeira, quando eu vou tomar café, tem várias coisas na mesa, eu não bebo, às vezes eu tomo uma cerveja, e a família fica insistindo para eu tomar vinho, tomar isso e aquilo, comer isso e aquilo, isso atrapalha, eu

acho que se a família não ficar insistindo para a pessoa comer isso e aquilo já está ajudando, porque ficam dizendo come isso, experimenta isso, meu genro traz mil coisas diferentes para eu comer quando ele viaja. Então a família pode atrapalhar, a família quer agradar, mas acaba atrapalhando, e para não ficar chato, você acaba comendo uma coisa ou outra. Então se não insistir, já está ajudando” (sexo feminino, 61 anos, vive com hipertensão há 22 anos).

Os profissionais de saúde (6 UR) e os familiares (8 UR) também destacaram a falta de apoio com a alimentação como prejudicial para o tratamento da hipertensão arterial. Os participantes ressaltaram que a família precisa apoiar a pessoa que vive com hipertensão na mudança alimentar, de preferência também realizando essas mudanças, pois a falta de apoio nesse sentido dificulta seguir o tratamento, conforme ilustram os segmentos de texto a seguir:

“Eu acho que é muito simples a gente ver um diabético, um hipertenso, e dizer você não pode mais comer isso, mas o resto da família toda come macarrão, batata. Então eu acho que tem participar, a família tem que mudar também, vai ser bom para a saúde de todos e para quem está com a doença. Talvez o que a gente não conseguiu ainda foi isso” (profissional de saúde, sexo feminino, 29 anos).

“Não pode fazer uma comida especial para a pessoa que tem hipertensão, isso não vai dar certo, a pessoa talvez siga por 1 ou 2 semanas, mas depois vai fugir do tratamento. Mas quando a família está junto é muito importante, é muito benéfico, e pode ser muito ruim quando a família não ajuda com a alimentação, quando a família isola a pessoa que tem hipertensão” (familiar, sexo masculino, 25 anos).

Os problemas familiares, com 4 UR, também foram citados como um fator familiar que pode prejudicar o tratamento da pessoa que vive

com hipertensão. Os participantes destacaram os problemas familiares como geradores de estresse, o que pode comprometer o bem estar físico e psicológico da pessoa que vive com hipertensão. Este elemento temático foi citado por 1 profissional de saúde e 3 familiares, e são exemplificados nos segmentos de texto a seguir:

“A família tem que tentar não trazer mais problemas do que já tem no dia a dia, tem que tentar resolvê-los, mas tem gente que não sabe fazer isso, chega e joga o problema para a pessoa como se dissesse me ajuda porque não sei o que fazer, a pessoa vai ficar preocupada” (profissional de saúde, sexo feminino, 43 anos).

“Acho importante mudar as relações dentro de casa, porque uma família que briga o tempo inteiro e discute não ajuda em nada. Então a família deve procurar manter relações saudáveis, uma relação de afeto, sem muita briga, discussão, com respeito um pelo outro, eu acho que essas coisas fazem diferença” (familiar, sexo feminino, 19 anos).

A cobrança, com 14 UR, foi considerada pelos participantes como uma atitude que não traz benefícios para a pessoa que vive com hipertensão. Este elemento temático foi citado pelos profissionais de saúde e pelos familiares. Os profissionais de saúde destacaram que a cobrança (2 UR) pode atrapalhar o tratamento, sendo que o familiar deve sempre buscar apoiar a pessoa que vive com hipertensão ao invés de cobrá-la: *“Eu acredito que cobrar, forçar, obrigar o outro a fazer as coisas, a tomar o medicamento, não vai mudar nada, acho que pode até piorar o tratamento”* (profissional de saúde, sexo feminino, 26 anos).

Os familiares associaram a cobrança (12 UR) com o papel do familiar no tratamento da pessoa que vive com hipertensão. Alguns participantes consideraram a cobrança como uma forma de fazer com que a pessoa que vive com hipertensão siga o tratamento de forma adequada e como uma forma de alertá-la sobre os erros cometidos. Apesar disso, eles consideraram como algo desconfortável de ser feito, não sendo a melhor forma de motivar a pessoa que vive com hipertensão a realizar as mudanças necessárias, conforme o exemplo a seguir:

“O papel do familiar é muito chato, me sinto chata, me sinto culpada porque eu o vejo fazendo as coisas erradas, comendo errado, mas se eu ficar dizendo que não pode comer se torna uma pressão sobre a pessoa e se eu deixar, eu me sinto mal, porque sei que faz mal. Então é bem ruim, não sei o que é pior, me sinto mal por cobrar, mas me sinto mal também se não cobro. Então acabo sempre cobrando dele, é uma situação bem ruim” (familiar, sexo feminino, 47 anos).

A sub-categoria avaliação do papel do familiar no tratamento agregou aspectos considerados positivos e negativos pelos participantes. Os participantes destacaram o apoio como o aspecto positivo principal na relação com a pessoa que vive com hipertensão. Já a falta de apoio com a alimentação, a cobrança e os problemas familiares foram considerados como aspectos negativos com relação ao papel do familiar.

Através da construção de uma rede das categorias, sub-categorias e UR analisadas, verifica-se que algumas categorias relacionam-se entre si, o que pode ser observado na figura 20. Pode-se observar que a UR orientação está relacionada com o papel da pessoa que vive com hipertensão, dos profissionais de saúde e dos familiares. Isso indica que a orientação possibilita uma troca entre esses três grupos, contribuindo para que informações sobre a hipertensão arterial e o tratamento sejam repassadas e compartilhadas por estes. Desta forma, a principal relação entre os três grupos se dá através do compartilhamento e troca de informações, o que possibilita que conhecimentos sejam compartilhados e que haja uma interação entre os membros destes grupos.

Algumas categorias ocorrem de forma comum aos grupos dos familiares e das pessoas que vivem com hipertensão, tendo destaque a categoria cuidado, que ocorre nos dois grupos, bem como algumas sub-categorias referentes a ela. Isso indica que o cuidado com a HA é realizado tanto pela pessoa que vive com hipertensão quanto pelos familiares, sendo compartilhado por estes dois grupos, em que o familiar tem o papel aqui de apoiar e ajudar neste cuidado. As relações entre as categorias e sub-categorias do estudo podem ser verificadas na figura 20.

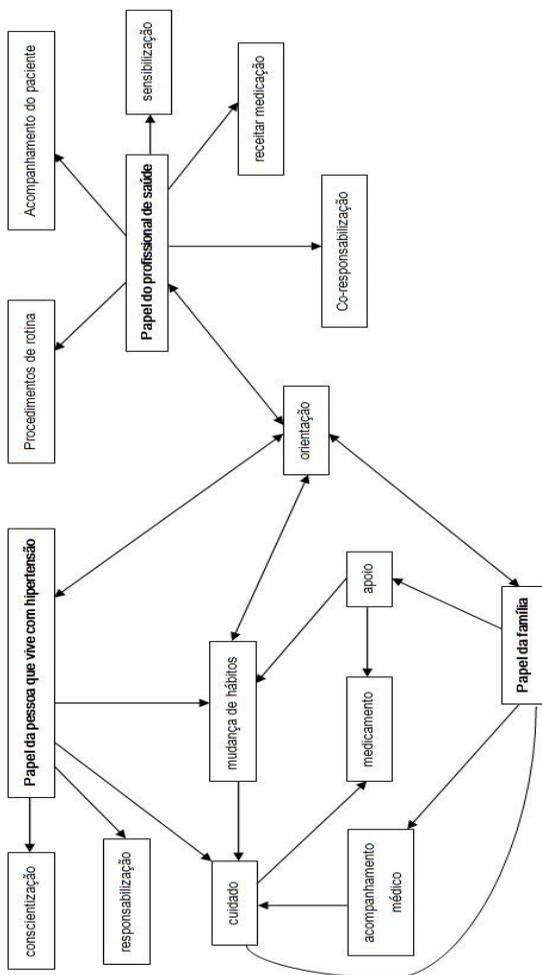


Figura 20. Esquema representando a ligação entre as categorias, sub-categorias e UR analisadas.

6. Discussão

Esta tese teve como objetivo identificar o conteúdo das representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para as pessoas que vivem com hipertensão, profissionais de saúde e familiares. Para melhor organização dos dados, a discussão será dividida em três sessões: na primeira, serão discutidos os resultados relacionados às representações sociais da hipertensão arterial, na segunda os resultados referentes às representações sociais do tratamento e por fim, será realizada uma discussão relacionando os principais aspectos dessas representações e das relações entre os grupos estudados.

6.1. Representações Sociais da Hipertensão Arterial

Os resultados da rede associativa evidenciaram que a hipertensão arterial foi avaliada com uma conotação ligeiramente negativa. Segundo De Rosa (2005), as palavras associadas a determinadas palavras-estímulo são utilizadas como uma variável ilustrativa do campo representacional que emerge em relação ao objeto de investigação. Já os índices de polaridade e neutralidade sintetizam a avaliação e o componente de atitude implícito no campo representacional. Assim, as palavras evocadas pelos participantes indicam que ao se pensar nesta doença, os aspectos negativos relacionados a ela prevalecem, o que pode ser observado também pela baixa neutralidade obtida nas respostas dos participantes.

A análise prototípica das evocações da rede associativa indica que a representação da hipertensão arterial está centralizada nos elementos negativos. Estes elementos relacionam-se com os aspectos emocionais associados a esta condição crônica (medo e estresse), bem como às possíveis consequências (AVC e infarto), sendo que os elementos medo, doença crônica e AVC compõem o primeiro quadrante, ou seja, o sistema central da representação. Observa-se ainda a presença do elemento cuidado neste quadrante, sendo um elemento positivo associado ao tratamento desta condição crônica.

De acordo com Abric (1993; 2003), o sistema central tem uma função consensual, define a homogeneidade de um grupo social e determina a organização e a significação da representação. Já os sistemas periféricos são flexíveis, funcionais e permitem a integração das experiências individuais, bem como a heterogeneidade do grupo, tolerando diferenças interindividuais. Assim, o sistema central desta

representação indica como os participantes retratam de forma comum entre os grupos esta condição crônica. Já os elementos presentes nos sistemas periféricos são indicativos das possíveis diferenças entre os participantes estudados, e incluem elementos relacionados ao tratamento e ao controle da hipertensão arterial.

Quando se analisa a ordem de importância dos elementos evocados, observa-se uma mudança na organização da representação. Esta passa a estar mais centralizada nos cuidados relacionados a esta condição crônica (alimentação, exercícios) e menos nas possíveis consequências da HA. Torna-se composta por elementos mais positivos do que negativos, enfatizando mais os cuidados necessários e menos as causas e as consequências. Observa-se que o sintoma associado à hipertensão arterial permanece no sistema central (dor de cabeça). A mudança de hábitos também permanece como pertencente ao sistema central. O elemento preocupação, antes periférico, passa a fazer parte do sistema central (preocupação).

Conforme De Rosa (2005) a ordem de importância em que os elementos foram classificados implica em um processo cognitivo mais racional, sendo de um nível avaliativo, enquanto que a ordem de evocação é feita com mais velocidade, correspondendo a um nível mais projetivo. Apesar de se verificar que a representação se centraliza em torno de aspectos negativos desta condição crônica, a nível avaliativo se destacam aspectos positivos relacionados ao cuidado e ao tratamento da hipertensão arterial. Dany, Urdapilleta e Monaco (2015) sugerem que os elementos que não mudam na ordem de evocação e de importância são mais estáveis e menos sensíveis às variações do contexto. Possivelmente, ao se avaliar os elementos evocados relacionados à hipertensão arterial, a mudança de centralidade destes se deve ao fato do enfoque no cuidado ser avaliado como positivo e mais importante. Desta forma, os aspectos relacionados ao cuidado e ao tratamento se tornam centrais e os aspectos negativos relacionados à HA passam a ser periféricos.

Ao se realizar a análise das ligações semânticas das palavras evocadas, observa-se que o elemento doença crônica aparece como organizador da representação, ligando-se às consequências decorrentes desta condição crônica, como problemas no coração (infarto) e AVC, e aos cuidados relacionados, com destaque para o uso da medicação e a alimentação. O elemento doença crônica aparece associado às complicações e a sentimentos negativos (preocupação e medo). A hipertensão arterial é representada ainda como uma doença silenciosa, perigosa e ruim, e está associada com a preocupação de morrer ou ficar

inválido. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (Almeida, Paz, & Silva, 2011; Hsiao, Chang, & Chen, 2012; Leão e Silva et al, 2013; Nivedita, 2015; Ross, Walker, & MacLeod, 2004; Silva & Bousfield, 2016), em que a hipertensão arterial foi representada pela sua cronicidade, respostas emocionais relacionadas à ela e às possíveis consequências negativas.

Com o intuito de aprofundar a análise do conteúdo das representações sociais, foi realizada a análise das entrevistas, em que utilizou-se a CHD. Esta análise identificou que a representação da hipertensão arterial é organizada predominantemente em torno de duas perspectivas: as características desta condição crônica (sintomas, causas e consequências) e os cuidados associados à HA, aspectos estes que foram evidenciados anteriormente pela análise da rede associativa.

Neste estudo, observa-se que há uma representação social comum aos três grupos estudados, que se organiza em torno das causas, sintomas, consequências e cuidados relacionados a esta condição crônica, envolvendo aspectos do conteúdo especializado e do senso comum. Este dado vai ao encontro de diversos estudos na literatura, que destacam a representação da hipertensão arterial organizada a partir destes aspectos (Nivedita, 2015; Duwe et al, 2014; Petrie & Waidman, 2012; Nowicka-Sauer et al, 2016).

Verifica-se o intercâmbio do conhecimento leigo e especializado nas representações sociais compartilhadas pelos grupos. Esta organização do conhecimento é feita a partir de nossa cultura, assim, as crenças sobre a doença são baseadas em conhecimentos adquiridos no contexto sociocultural (mídia, família, amigos), de autoridades na área, como profissionais de saúde ou de campanhas de cuidados com a saúde, e da experiência pessoal com a doença. Portanto, todos têm uma experiência coletiva de doença que é moldada culturalmente e que influencia o modo como entendemos a doença e a maneira de tratá-la (Jodelet, 2013; Kleinman, 1988; Nivedita, 2015). A cultura biomédica é largamente difundida e dominante em nossa sociedade, sendo que a representação da doença se constrói no contato com ela e por sua influência. Termos e aspectos biomédicos estão presentes em nosso discurso relacionado às doenças. De forma semelhante, qualquer profissional de saúde tem também uma representação não científica que se relaciona com a experiência pessoal vivida pelo profissional (Laplantine, 2010).

A análise de similitude evidenciou ainda a organização e a correlação dos elementos do corpus analisado. A análise de similitude pode ser um complemento dos resultados obtidos na CHD (Flament,

1981). Assim, observa-se que de forma comum aos grupos, a representação da hipertensão arterial se estrutura em torno da pessoa que vive com hipertensão e da sua condição crônica, sendo que estes elementos aparecem relacionados e organizam a representação compartilhada pelos grupos. Nesta análise se destaca os cuidados com a hipertensão arterial, principalmente com os fatores de risco.

A presença dos sintomas também é destacada, indicando que apesar de sua característica assintomática, o aumento da pressão arterial pode desencadear alguns sintomas, como dor de cabeça e dor na nuca. McBane e Halstater (2011) destacam que o público leigo nem sempre reconhece a hipertensão arterial como uma condição assintomática. Leão e Silva et al (2013) destacam que as pessoas que vivem com hipertensão realizam mudanças de hábitos de vida com maior frequência quando experimentam algum sintoma físico relacionado à HA. Assim, a identificação da hipertensão arterial pelos sintomas indica uma mudança no organismo e a manifestação da doença, sendo um fator importante para a realização de práticas de controle da pressão arterial. Sem a presença de sintomas, é mais provável que a pessoa que vive com hipertensão não reconheça a existência de um risco e em consequência disso, não realize as mudanças necessárias, principalmente as mudanças de hábitos de vida (Brito et al, 2008; Leão e Silva et al, 2013; Silva, 2014).

Os resultados da análise de similitude confirmam e complementam os resultados encontrados na rede associativa e na CHD, em que se observa este intercâmbio entre o conhecimento leigo e especializado. O conhecimento do senso comum coexiste com o conhecimento especializado na construção das informações disponíveis no dia a dia e as representações sociais referem-se a esta troca diária através da comunicação midiática e interpessoal (Emiliani, 1993). Termos e conhecimentos científicos passam a fazer parte do senso comum, contribuindo para a formação de representações sociais (Silva, Bousfield, & Cardoso, 2013).

A comunicação sempre ocorre com uma finalidade e envolve aspectos psicológicos, cognitivos, culturais e sociais, sendo diretamente influenciada por estes. Sendo a representação social um produto das interações e das comunicações, ela funcionará como um filtro interpretativo através do qual os indivíduos irão decodificar e interpretar as situações vividas e a comunicação interpessoal (Abric, 1996).

Observa-se que há diferenças na organização no campo representacional quando se estuda os grupos separadamente. A análise de cada grupo mostrou diferentes dimensões desta representação.

6.1.1. Representação Social da HA para pessoas que vivem com hipertensão

Apesar da análise da rede associativa demonstrar que as causas e consequências da HA foram evocadas com menor ocorrência no grupo das pessoas que vivem com hipertensão, na análise das entrevistas estes aspectos foram característicos deste grupo, evidenciando que a representação é organizada de forma predominante pelas causas, consequências e cuidados com a HA (Classes 1 e 2). Este fato pode ser devido à tendência que se tem, ao se pensar sobre a doença, de criar explicações sobre suas causas, sua evolução e seu tratamento. Conhecendo a causa, conseguimos explicar a origem da doença e como fazer para tratá-la, tornando a doença menos estranha para nós (Flick, 1992; Laplantine, 2010).

As principais causas destacadas pelos participantes que vivem com hipertensão foram os aspectos emocionais (preocupação excessiva e incômodo) e o fator biológico (hereditariedade). Entender o que as pessoas que vivem com hipertensão associam como a causa da HA é importante para melhorar os cuidados com a saúde. Estudos apontam que as causas da hipertensão arterial aparecem associadas a sintomas psicológicos, como nervosismo, decorrente de conflitos interpessoais, estresse e fatores sociais e ambientais (Campos-Navarro et al, 2002; Kronish et al, 2012; Leão e Silva et al, 2013; Pickett, Allen, Franklin, & Peters, 2014; Strahl, 2003). Silva (2014) verificou em seu estudo que os participantes sofriam alterações na pressão arterial ao se preocupar com alguma situação adversa, mesmo com o uso contínuo de medicamentos. Assim, os participantes tinham como prática tentar não se preocupar em demasia para não aumentar a pressão arterial.

Pesquisas apontam que as pessoas que vivem com hipertensão que consideram fatores emocionais como causas desta condição crônica podem focar no controle destes fatores, tentando, quando possível, evitar se preocupar em excesso, e acabam não realizando as mudanças de hábitos. Assim, as causas associadas à hipertensão arterial influenciam na maneira de tratá-la e nas mudanças realizadas para controlar a pressão arterial (Diefenbach & Leventhal, 1996; Duwe et al, 2014; Warren-Findlow & Issel, 2010; Perkins-Porras, Whitehead, & Steptoe, 2006; Weiman, Petrie, Sharp, & Walker, 2000; Petrie & Weinman, 2006).

As pessoas que vivem com hipertensão neste estudo apontaram os fatores emocionais e biológicos (hereditariedade) como as principais causas da HA. Assim, os participantes podem perceber-se como tendo

um menor controle sobre estes fatores, e consequentemente, menor responsabilização pela sua ocorrência, o que pode influenciar no fato destes participantes destacarem a medicação como a forma principal de controle da HA e darem menos enfoque às mudanças de hábitos (Duwe et al, 2014; Petrie & Weinman, 2006).

As principais consequências da HA apontadas pelos participantes que vivem com hipertensão foram os problemas de coração, como o infarto, e o derrame. Apesar do AVC aparecer em destaque na rede associativa, nas entrevistas o derrame em decorrência do AVC é mais citado. Os participantes associam ainda o medo de ficar acamado devido a estas consequências. Desta forma, as possíveis consequências decorrentes do AVC e do infarto ganham maior destaque nas entrevistas do que estes eventos em si.

Conforme Petrie e Weinman (2006), a visão da pessoa sobre as consequências da doença reflete a severidade percebida subjetivamente sobre sua condição. Assim, ao se pensar sobre a doença, a pessoa tende a refletir sobre o grau de severidade, que pode ou não corresponder com a severidade clínica da doença. Neste estudo, estes participantes relataram o medo das possíveis consequências imaginadas e associadas à HA, incluindo o medo de morrer. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura e destacam o medo e preocupação sentido pelas pessoas que vivem com hipertensão pela possibilidade de ocorrência dessas complicações (Péres, Magna, & Viana, 2003; Leão e Silva et al, 2013; Silva & Bousfield, 2016).

A categoria “sentimentos” retratada pela análise da rede associativa, ou seja, os aspectos subjetivos relacionados com a HA, também apresentaram maior ocorrência para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão, com destaque para os sentimentos negativos, como medo, preocupação e insegurança. Considerando que as representações sociais se constroem no processo de interação social, as emoções e sentimentos se mobilizam nos grupos e reforçam as crenças. Assim, elas exercem um papel preponderante na seleção de informações e posicionamentos favoráveis ou desfavoráveis frente ao objeto da representação e sua rede de significados (Banchs, 1996). Este dado vai ao encontro da literatura, em que as pessoas que vivem com hipertensão destacam sentimentos negativos associados a HA, relacionados à experiência com a doença (Almeida, Paz, & Silva, 2011; Hsiao, Chang, & Chen, 2012; Leão e Silva et al, 2013; Nivedita, 2015; Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

Os cuidados relacionados à hipertensão arterial são retratados como positivos, possibilitando maior qualidade de vida e controle dos

níveis pressóricos. A principal forma de cuidado associado a esta condição crônica pelas pessoas que vivem com hipertensão são tomar a medicação e fazer o acompanhamento médico. Silva et al (2013) apontam que a HA muitas vezes não é associada à perda de saúde. Assim, as pessoas que vivem com hipertensão não se consideram doentes pelo fato da HA não apresentar sintomas físicos e não restringir nenhuma atividade, apesar do uso contínuo e diário de medicações. Desta forma, os participantes procuram realizar um controle dos níveis pressóricos através do acompanhamento médico, medição da pressão e do tratamento medicamentoso, com o uso contínuo da medicação, resultado este que corrobora os achados na análise da rede associativa. Conforme Sousa et al (2011), grande parte do conhecimento científico sobre a hipertensão arterial (valores ideais, prevenção e tratamento) advém do uso da medida casual da HA, possibilitando um melhor manejo desta condição crônica.

Há a tendência das pessoas que vivem com hipertensão atribuírem ao medicamento a solução das possíveis complicações da HA. Isto indica uma fé no saber médico e na autoridade do conhecimento creditado ao profissional de saúde. Assim, acredita-se que a medicação tem o poder de controlar os níveis pressóricos e considera-se que apenas o uso dos medicamentos é suficiente para a realização do tratamento da HA, conforme apontam outros estudos (Costa e Silva et al, 2008; Costa e Silva et al, 2011; Demaio et al, 2013; Leão e Silva et al, 2013; Nations et al, 2011; Nunes, Nogueira, & Pedrosa, 2012; Péres, Magna, & Viana, 2003; Silva et al, 2013; Silva, 2014).

Os participantes destacaram ainda o fato da hipertensão arterial ter sido descoberta ao acaso, em função de consultas rotineiras ou devido à algum sintoma específico. Esta é a forma mais comum da descoberta da HA, evidenciada também em outros estudos (Castro & Car, 2000; Silva, 2014; Silva & Bousfield, 2016).

Destaca-se que estes participantes referem-se à hipertensão arterial pelo termo pressão alta e a consideram como algo normal, pela alta prevalência na população. Segundo Silva (2014), a presença constante do termo popular “pressão alta” indica uma modificação no organismo da pessoa que vive com hipertensão, caracterizando uma anormalidade. De acordo com Silva, Bousfield e Cardoso (2013), o termo pressão alta é usado como sinônimo da hipertensão arterial nas campanhas de saúde no Brasil. Assim, a utilização da linguagem popular nos materiais de divulgação sobre saúde e doença pode contribuir para aproximar o conhecimento técnico do conhecimento de senso comum. Ademais, estes participantes destacaram os profissionais

de saúde como a principal fonte de informação sobre a HA, o que contribui para esta aproximação com o conhecimento especializado, difundido pelas informações repassadas pelos profissionais de saúde.

A análise de similitude evidenciou que este grupo enfatizou mais a questão da doença, suas causas e consequências do que o papel da pessoa que vive com hipertensão no tratamento, que aparece em menor ocorrência, corroborando os resultados encontrados nas análises anteriores. Pode-se considerar que a representação social da hipertensão arterial para este grupo está ancorada nos conhecimentos e informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde e nas crenças e experiência pessoal diante desta condição crônica, sendo que esta representação aparece objetificada na medicação. Ademais, as representações da hipertensão arterial para este grupo não são totalmente discordantes do conhecimento especializado, mostrando que há um intercâmbio entre estas duas formas de conhecimento. Resultados semelhantes foram encontrados por McBane e Halstater (2011). A organização da representação social deste grupo pode ser observada na figura 21.

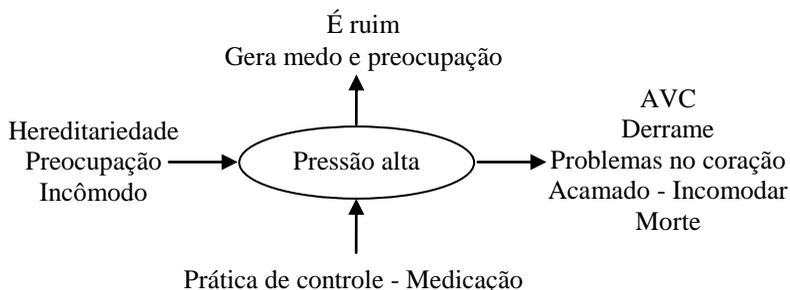


Figura 21. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão.

6.1.2. Representação Social da HA para Profissionais de saúde

Os profissionais de saúde destacaram nas evocações as mudanças de hábitos de vida como parte do tratamento. As categorias relacionadas à “definição da hipertensão”, as “causas” e “consequências” também apresentaram alta ocorrência neste grupo. Jeoffrion et al (2016) apontam que as representações sociais de doenças crônicas para profissionais de saúde envolvem as características e definições das doenças, relacionadas

diretamente com a prática profissional e o discurso especializado. A hipertensão arterial é representada por este grupo como uma doença crônica, sendo que os aspectos evocados indicam que os profissionais de saúde possuem conhecimento sobre a fisiopatologia e as características desta doença, resultado semelhante apontado por estudos da literatura (Silva & Moura, 2011; Spink, 1994).

Na análise das entrevistas, os aspectos relacionados às mudanças de hábitos ficaram mais evidentes. Para os profissionais de saúde, a representação social da hipertensão arterial se organiza em torno dos fatores de risco associados com o desenvolvimento das HA (Classe 5). A Classe 3, referente aos cuidados da pessoa que vive com hipertensão, é compartilhada pelos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares.

Dentre os principais fatores de risco apontados por este grupo para o desenvolvimento da hipertensão arterial destacam-se a falta de exercícios e a má alimentação, que aparecem em maior frequência. A prática de exercícios é considerada pelos profissionais de saúde como uma forma eficaz de prevenir o desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como de outras doenças. A falta de cuidado com a alimentação é considerada pelos profissionais de saúde como um fator que influencia no desenvolvimento da HA, sendo que o consumo de alimentos processados, ricos em gordura e o consumo exagerado de sal estão associados com o aumento do risco. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos (Silva & Moura, 2011; Sengwana & Puoane, 2004; Rahman et al, 2015).

Aliado a estes fatores, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool também aparecem associados ao desenvolvimento de doenças crônicas. A genética também foi destacada como um fator que pode contribuir para a causa da hipertensão arterial. Frequentemente, os profissionais de saúde referem-se à HA em termos médicos e aspectos relacionados às características e descrição da doença (Jeoffrion et al, 2016). Assim, fatores que podem levar ao desenvolvimento desta condição crônica são mais característicos deste grupo, que leva em consideração a característica multifatorial da HA. Contudo, observa-se que a mudança destes fatores de risco está relacionada às mudanças de hábitos em conjunto com o tratamento medicamentoso, corroborando com os resultados encontrados na análise da rede associativa.

Silva e Moura (2011) destacam que embora os profissionais de saúde dêem enfoque nas mudanças dos hábitos de vida, estes afirmam que, na condição das pessoas que vivem com hipertensão, também teriam dificuldade de adesão a essas medidas, pois sua característica

assintomática e crônica dificulta a realização destas mudanças. Rahman et al (2015) destacam que os profissionais de saúde acreditam que as mudanças de hábitos dos pacientes são a chave para manter o controle da pressão arterial, sendo considerado o aspecto principal do tratamento. Assim, quando o paciente não consegue ter a pressão arterial controlada, muitas vezes o profissional de saúde atribui este fato ao baixo esforço feito pelo paciente para mudar os hábitos de vida. Um estudo realizado por Coca (2017) aponta que a alimentação, excesso de consumo de álcool e o tabagismo são fatores que os profissionais de saúde associam à causa da hipertensão arterial.

Observa-se que a representação social dos profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial está ancorada no conhecimento técnico a respeito desta condição crônica, sendo que esta representação se objetifica no cuidado relacionado à mudança de hábitos, ou seja, no tratamento da hipertensão arterial. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, demonstrando que a representação social da HA para os profissionais de saúde se ancora nos conhecimentos da área profissional e influencia na prática específica deste grupo, nas orientações e prescrições realizadas por estes, e na sua relação com o paciente (Fava et al., 2013; Jeoffrion, 2009; Jeoffrion et al, 2016; Piaser, 2000; Rahman et al, 2015).

A análise de similitude realizada em complemento à CHD mostrou que os profissionais de saúde representam a pessoa que vive com hipertensão como alguém que vive com uma doença crônica associada a fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e sobrepeso. Ainda destaca-se a importância da pessoa que vive com hipertensão realizar o tratamento e mudar o estilo de vida para evitar complicações decorrentes desta condição crônica. O medicamento também aparece como parte do tratamento e como uma forma de controle da pressão arterial. Estes dados corroboram os resultados encontrados nas análises anteriores. A organização da representação deste grupo pode ser verificada na figura 22.

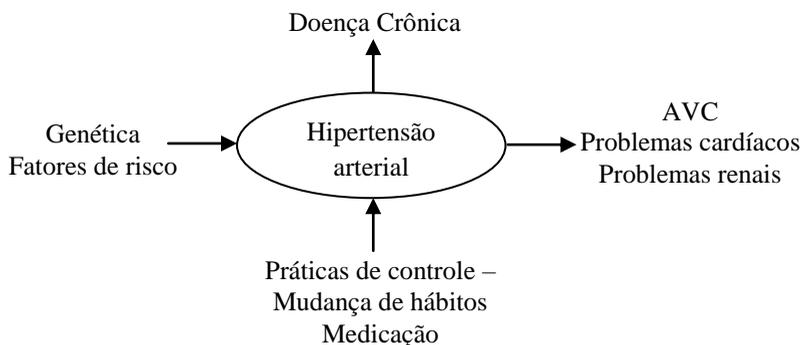


Figura 22. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo dos profissionais de saúde.

Os cuidados da pessoa que vive com hipertensão com relação à HA também foram destacados nas entrevistas por este grupo e pelo grupo dos familiares. Estes cuidados referem-se basicamente aos aspectos do tratamento da hipertensão arterial. O tratamento é considerado como uma importante maneira de evitar consequências em decorrência desta condição crônica, sendo que as mudanças dos hábitos de vida se destacam. Os participantes citam ainda que a falta de cuidado por parte das pessoas que vivem com hipertensão é um fator que influencia negativamente o tratamento. A mudança de hábitos é considerada por estes grupos como algo difícil de fazer, porém possível de conseguir. A informação e entendimento a respeito da hipertensão arterial e do tratamento possibilitam um maior cuidado com a saúde.

As ações de cuidado e controle da hipertensão arterial, na visão dos profissionais de saúde, passam pelas mudanças de hábitos de vida e é a medida prioritária repassada aos pacientes. Resultados semelhantes foram descritos na literatura (Almeida et al., 2011; Coca, 2017). Para Lopes e Marcon (2009) as famílias consideram que alimentar-se de forma saudável, com diminuição do uso de sal e de gordura nos alimentos, são as formas mais eficazes de controlar a doença. De forma semelhante nos dois grupos, os cuidados são ressaltados envolvendo a pessoa que vive com hipertensão na realização destes. Diferentemente do grupo das pessoas que vivem com hipertensão, estes dois grupos enfatizaram mudanças pessoais e comportamentais neste cuidado, enquanto que o grupo das pessoas que vivem com hipertensão enfatizou

o cuidado com a HA através do uso da medicação, acompanhamento médico e medição da pressão arterial.

6.1.3. Representações Sociais da HA para familiares

Pode-se verificar que na análise categorial da rede associativa, a categoria “cuidado” foi a que apresentou maior ocorrência no grupo dos familiares. O tratamento não medicamentoso também apareceu em maior ocorrência para este grupo. A família exerce funções de apoio e cuidado ao membro familiar doente, sendo importante não só no período de diagnóstico como também para a realização do tratamento, tendo destaque a ajuda nos cuidados, principalmente com a alimentação, conforme aponta outros estudos (Faquinello et al, 2011; Flynn et al, 2013; Lopes, 2007; Lopes & Marcon, 2009; Marcon et al, 2005; Waidman et al, 2012). A família exerce essa função de cuidado, tendo sua própria visão de saúde, doença e do que é esse cuidado. O apoio da família para as mudanças de hábitos também se destaca como parte do cuidado com a pessoa que vive com hipertensão (Lopes & Marcon, 2009).

Os familiares deste estudo representam a hipertensão arterial a partir dos sintomas associados à HA (Classe 4), que pode ser observado na análise das entrevistas. Castillo, Godoy-Izquierdo, Vázquez e Godoy (2013) apontam que pessoas que não têm hipertensão costumam considerar esta condição crônica como sintomática, estável e crônica, podendo ser controlada pela pessoa que vive com hipertensão. Isso indica a necessidade das pessoas procurarem por indicadores da presença da doença através de sinais, como os sintomas.

Alguns participantes descreveram, em menor frequência, a hipertensão arterial como uma doença silenciosa, reconhecendo o caráter assintomático da doença. Castillo et al (2013) destacam que a tontura é o sintoma predominante associado a esta condição crônica. Neste estudo, este grupo destacou, além da tontura, sintomas como dor de cabeça e dor na nuca, que são frequentemente associados à hipertensão arterial. De acordo com Jodelet (2005), há a tendência de fazer da doença uma entidade concreta, presente materialmente no corpo através de seus sintomas. Moscovici (2005) ressalta que o intercâmbio entre conhecimentos leigos e especializados justifica a presença de elementos díspares numa representação social. Este autor cita o estudo de Jodelet (1985) no qual a autora verificou que os participantes representavam a doença mental como contagiosa, porém comiam no

mesmo prato que os considerados “loucos”. De forma semelhante, apesar da HA ser considerada como assintomática, conhecimento este advindo de informações especializadas, os participantes ainda se baseiam na presença dos sintomas para reconhecer a alteração da pressão arterial, tornando-se uma característica para identificação da HA.

A análise de similitude realizada como complemento à CHD mostrou que o grupo dos familiares associa a causa da hipertensão arterial à hereditariedade, bem como aos hábitos de vida. Resultado semelhante foi encontrado por Lopes e Marcon (2009), no qual os familiares destacavam a hereditariedade como principal causa da hipertensão arterial. O cuidado aparece novamente na análise de similitude, associado à alimentação e à prática de exercícios. Estes cuidados aparecem associados às mudanças de hábitos, corroborando os resultados das análises anteriores. Ademais, estes cuidados são relacionados com a prevenção de agravos, com destaque para o AVC, que pode deixar sequelas, aspecto esse citado por este grupo. Lopes e Marcon (2009) destacam a realização das mudanças de hábitos com o apoio da família para evitar o surgimento destas possíveis complicações, sendo que estas mudanças acabam sendo medidas preventivas para toda a família.

Estes resultados possibilitam observar que as percepções dos familiares sobre a hipertensão arterial estão relacionadas com o conhecimento de senso comum. Contudo, com relação aos cuidados associados à pessoa que vive com hipertensão, observa-se neste âmbito uma representação social que não destoa tanto da dos profissionais de saúde. Assim, verifica-se que a representação social da hipertensão arterial para os familiares está ancorada nos conhecimentos e informações compartilhados socialmente, bem como na experiência com o membro familiar que vive com hipertensão. Esta representação agrega ainda aspectos do tratamento da HA. A organização dos elementos representacionais deste grupo pode ser observada na figura 23.

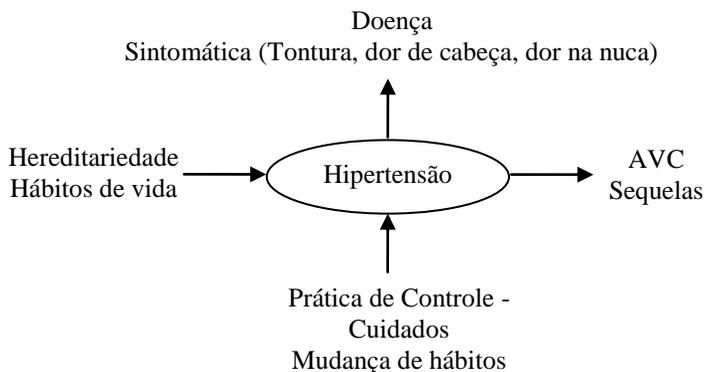


Figura 23. Organização da representação social da hipertensão arterial para o grupo dos familiares.

6.2. Representações sociais do tratamento

A análise da rede associativa a partir do termo indutor “tratamento” indicou que o tratamento da hipertensão arterial foi avaliado com uma conotação positiva. Já que os índices de polaridade e neutralidade sintetizam a avaliação e o componente de atitude implícito no campo representacional (De Rosa, 2005), as palavras evocadas indicam que o tratamento é avaliado como positivo pelos participantes, o que pode ser observado também pela baixa neutralidade obtida nas respostas, não havendo diferença significativa entre os grupos.

Ao realizar a análise prototípica das evocações da rede associativa, observa-se que a representação do tratamento está centralizada nos principais aspectos: o uso da medicação e a mudança de hábitos, com destaque para a medicação, que aparece com frequência alta. Assim, o sistema central desta representação indica que o tratamento é representado a partir do aspecto medicamentoso e não medicamentoso, sendo esta uma visão comum aos três grupos. Os elementos presentes nos sistemas periféricos são indicativos das possíveis diferenças entre os participantes estudados e incluem elementos relacionados ao cuidado, acompanhamento médico, informação e continuidade do tratamento, sendo que todos estes elementos complementam o tratamento da hipertensão arterial.

Quando se analisa a ordem de importância dos elementos evocados, observa-se uma mudança na organização da representação, que passa a estar centralizada na alimentação. Observa-se que o medicamento e os exercícios passam a compor a periferia. Esta mudança na organização da representação indica que, em nível avaliativo, o cuidado com a alimentação foi considerado pelos participantes como mais importante. A medicação, anteriormente evocada prontamente, passa a ter menos importância ao se avaliar os aspectos do tratamento que são considerados prioritários. Conforme Dany et al (2015), o cuidado com a alimentação pode ser um elemento mais estável da representação. Assim, tanto a medicação quanto a prática de exercícios são considerados, em ordem de importância, complementares ao cuidado com a alimentação.

Ao se analisar as ligações semânticas da rede associativa, observa-se que a representação do tratamento se estrutura a partir dos elementos alimentação, exercícios e medicamento, corroborando o resultado encontrado na análise prototípica. A palavra alimentação aparece como central, apresentando o maior número de ligações com outras palavras e tendo destaque na representação do tratamento, indicando que este se centraliza na alimentação. O cuidado aparece associado a estes três elementos principais, indicando que o cuidado com a saúde é realizado a partir deste eixo. Apesar do tratamento apresentar uma conotação positiva, sentimentos negativos aparecem associados na rede, como a frustração e a necessidade de realizar o tratamento, visto como uma obrigação.

O tratamento da HA constitui-se no uso de medicação anti-hipertensiva e na mudança dos hábitos de vida, como cuidados com a alimentação, práticas regulares de atividades físicas, controle da ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo que, associados com o uso de medicação, reduzem os riscos de complicações da doença (Machado & Barbosa, 2008; Malachias et al, 2016). Assim, a representação do tratamento se associa diretamente com as práticas e comportamentos que se relacionam com o controle da pressão arterial. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, nos quais a representação social do tratamento aparece objetificada nas práticas de controle da pressão arterial (Costa e Silva et al, 2008; Pickett et al, 2014; Silva, 2014; Silva & Bousfield, 2016).

Conforme Jodelet (2001), as representações sociais nos guiam no modo de interpretar aspectos da realidade, tomar decisões e se posicionar frente a eles. Enquanto sistemas de interpretação da realidade, elas orientam e organizam as condutas e as comunicações

sociais. Como fenômenos cognitivos, elas envolvem a interiorização de práticas e modelos de conduta socialmente transmitidos. Abric (1998) destaca funções básicas da representação social, como a função de saber, que permite que os indivíduos adquiram conhecimentos e os integrem em um quadro compreensível para eles, e a função de orientação, em que as representações desempenham o papel de guia dos comportamentos e das práticas.

As representações e as práticas sociais se engendram mutuamente e são como um sistema que forma um todo (Abric, 1994). Portanto, as práticas referem-se a um processo de interação entre sujeito, objeto e grupo social, sendo que estes não podem ser considerados de forma isolada. Assim, é na ocorrência dessas interações que as práticas se consolidam e adquirem significados (Almeida, Santos, & Trindade, 2000). Sá (1994) destaca ainda que o estudo das representações sociais deve estar ligado às práticas sociais, possibilitando que o aspecto cognitivo da representação possa emergir na vida cotidiana.

Os resultados referentes à rede associativa indicam que o campo representacional do tratamento se organiza principalmente em torno de elementos positivos relacionados ao tratamento. A análise do corpus “tratamento” com a utilização da CHD identificou que a representação do tratamento da HA é organizada predominantemente em torno de duas perspectivas: os aspectos do tratamento (medicamentoso e não medicamentoso), aspectos estes que foram evidenciados anteriormente pela análise da rede associativa; controle da pressão arterial e o papel dos profissionais de saúde no tratamento. Observa-se que há uma representação social comum aos três grupos estudados, que se organiza em torno dos cuidados relacionados ao tratamento. Isto evidencia que as representações sociais do tratamento para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão e familiares apresentam aspectos semelhantes com o grupo dos profissionais de saúde.

Na classe correspondente aos cuidados da pessoa que vive com hipertensão diante da HA (Classe 1), associada com os grupos dos profissionais de saúde e familiares, destaca-se a contradição entre a facilidade ou dificuldade em realizar o tratamento. A dificuldade associada ao tratamento se relaciona ao processo de mudança da pessoa que vive com hipertensão, o que requer uma adaptação gradativa (Silva & Moura, 2011). Já a facilidade do tratamento está associada ao uso da medicação, que aparece como parte da rotina da pessoa que vive com hipertensão.

A análise de similitude evidenciou ainda a organização e a correlação dos elementos do corpus analisado. Assim, observa-se que de

forma comum aos grupos, a representação do tratamento da HA se estrutura em torno da pessoa que vive com hipertensão e da medicação, sendo que estes elementos aparecem relacionados e organizam a representação compartilhada pelos grupos. O tratamento é destacado ainda como algo difícil de realizar, tendo importância o apoio familiar. Estes dados confirmam e complementam os resultados encontrados na rede associativa e na CHD. Observa-se que há diferenças na organização desse campo quando se estuda os grupos separadamente, evidenciando diferentes dimensões desta representação.

6.2.1. Representação social do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão

Os resultados da rede associativa indicaram que este grupo associa o tratamento da hipertensão arterial com o uso da medicação como principal prática de controle. Os resultados da análise do corpus “tratamento” mostraram que no grupo das pessoas que vivem com hipertensão a representação é organizada de forma predominante pelos aspectos do tratamento (Classes 2, 3 e 5). Este grupo destacou a importância de fazer um controle da pressão arterial através de medições frequentes dos níveis pressóricos, bem como a realização de exames e acompanhamento médico. O cuidado com a alimentação também foi destacado por este grupo como parte do tratamento da hipertensão arterial. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, em que as pessoas que vivem com hipertensão destacam estes aspectos relacionados ao tratamento (Péres et al, 2003; Nunes, Nogueira, & Pedrosa, 2012; Silva, 2014; Silva & Bousfield, 2016).

O cuidado com o medicamento é associado a não esquecer de tomar, uso contínuo e tomar na hora certa. Nunes et al (2012) destacam que o medicamento é associado com a prevenção de possíveis consequências da HA, havendo uma prevalência do uso da medicação sobre outras práticas, como as mudanças de estilo de vida. A sobreposição do medicamento ajuda a diminuir a responsabilização individual pela saúde e pelo controle da pressão arterial. Se a pessoa que vive com hipertensão não se sente responsável pela sua participação no tratamento, as chances dela realizar mudanças no estilo de vida diminuem, assim, esse comportamento pode persistir quando se verifica a possibilidade de controle dos níveis pressóricos com apenas o uso do medicamento (Jankowska-Polańska, Blicharska, Uchmanowicz, & Morisky, 2016).

Os participantes destacaram o acompanhamento médico e a realização de exames. Resultados semelhantes foram encontrados por Péres et al (2003) e Strelec, Pierin e Mion Jr (2003). Estes autores ressaltam que as pessoas que vivem com hipertensão tendem a depositar no médico e na medicação o controle da pressão arterial. Isto contribui para uma valorização do acompanhamento médico, tornando-se um comportamento recorrente adotado pelas pessoas depois que descobrem ter hipertensão arterial. Neste estudo, apenas um participante declarou não realizar o acompanhamento médico, fato este que corrobora os achados na literatura.

Este grupo destacou ainda o cuidado com a alimentação no tratamento, com destaque para o sal. Kamran et al (2014) e Kim e Andrade (2016) apontam que o cuidado com a alimentação no controle da hipertensão arterial é a estratégia mais efetiva no tratamento não medicamentoso. Apesar da importância da alimentação no cuidado, muitas pessoas que vivem com hipertensão não seguem as instruções de dieta e poucos aceitam esta mudança alimentar como parte do tratamento. Pessoa (2008) destaca que apesar da clareza da importância destas recomendações, muitas pessoas que vivem com hipertensão parecem não reconhecer a relação disso com o controle da pressão arterial. Este fato se relaciona com os participantes deste estudo, que apesar de citarem este cuidado como importante, a prática relacionada ao uso da medicação prevalece.

A análise de similitude realizada indicou ainda que o remédio aparece associado ao centro de saúde, local aonde os participantes deste grupo costumam ir retirar a medicação. Os centros de saúde surgem como um local onde é possível validar e confirmar as informações relacionadas ao tratamento (Araújo & Guimarães, 2007; Silva, 2014). Tomar o remédio é associado ao cuidado com a hipertensão arterial, bem como tomar chá, que aparece em menor frequência. Leão e Silva et al (2013) e Soares et al (2014) destacam que as práticas culturais de cada região podem interferir no tratamento, bem como complementá-lo. Assim, o uso de chás associado ao uso da medicação pode ser um complemento ao tratamento recomendado pelo profissional de saúde.

Neste estudo, 13 participantes que vivem com hipertensão declararam apenas o uso da medicação como prática de controle da pressão arterial e 5 participantes citaram o uso da medicação aliado às mudanças de hábitos. Observa-se que a representação do tratamento para este grupo está centralizada na medicação, considerada o aspecto principal para manter o controle da pressão arterial. Conforme já citado anteriormente, constata-se que o modelo da medicalização exerce maior

controle sobre a qualidade de vida e sobre a rotina das pessoas que vivem com HA. Este fato evidencia a valorização existente do uso da medicação em detrimento de outras práticas como os exercícios, a perda de peso e a mudança de hábitos alimentares para este grupo (Costa e Silva et al, 2008; Costa e Silva et al, 2011; Demaio et al, 2013; Leão e Silva et al, 2013; Nations et al, 2011; Nunes et al, 2012; Péres et al, 2003; Silva et al, 2013; Silva, 2014).

O tratamento relaciona-se com as práticas que possibilitam o controle da pressão arterial e evitam complicações. Considerando que as representações guiam as práticas, o uso da medicação neste grupo como prática principal de controle da pressão arterial pode estar associado com o fato da causa da HA estar relacionada neste grupo a fatores biológicos como a hereditariedade. Assim, pode haver menor percepção de controle e menor responsabilização destes participantes sobre a sua condição de saúde. A organização dos elementos desta representação pode ser observada na figura 24.

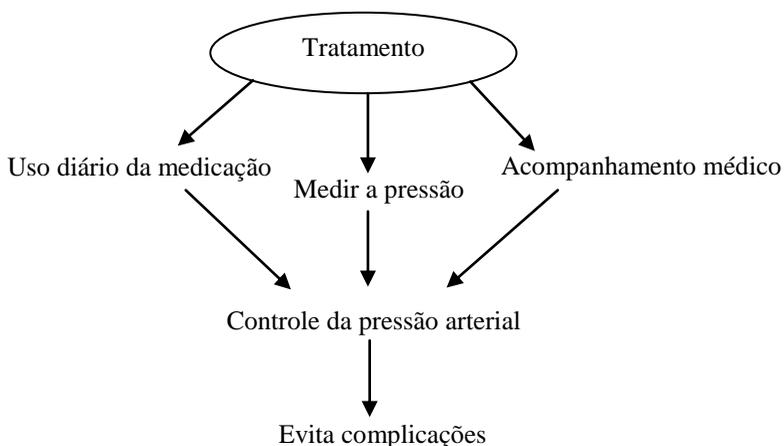


Figura 24. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão.

6.2.2. Representação social do tratamento para profissionais de saúde

Os resultados da análise da rede associativa indicaram que os profissionais de saúde destacaram no tratamento as mudanças de hábitos e os cuidados diante da HA. A análise das entrevistas corrobora estes resultados e evidencia que a representação social do tratamento para este grupo se organiza em torno dos cuidados da pessoa que vive com hipertensão e do papel dos profissionais de saúde no tratamento (Classes 1 e 4).

O tratamento não medicamentoso da HA envolve medidas nutricionais, como redução do consumo de sal e gorduras, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool, controle de estresse, entre outros (Malachias et al, 2016). Diversos estudos mostram o enfoque dado pelos profissionais de saúde na mudança de hábitos de vida para o controle da pressão arterial (Chung et al, 2008; Hyman & Pavlik, 2000; Rahman, 2015; Rodrigues et al, 2015; Sengwana & Puoane, 2004; Silva & Moura, 2011).

Rahman et al (2015) ressaltam que os profissionais de saúde tem a expectativa de que os pacientes realizem as mudanças no estilo de vida bem como o uso diário da medicação. Assim, profissionais de saúde acreditam que o comportamento do paciente é a chave para o controle da pressão arterial. O foco nas mudanças de hábitos de vida prevalece como parte principal do tratamento da HA para os profissionais de saúde. Ademais, as principais causas da hipertensão arterial associadas por este grupo foram os fatores de risco, o que pode contribuir para que o enfoque do tratamento seja as mudanças de hábitos de vida.

As práticas relacionadas ao controle da pressão arterial estão associadas a um cuidado com os hábitos de vida, com destaque para os fatores de risco e a alimentação. Assim, verifica-se uma relação de adição não simbólica, representada pelos excessos: excesso de tensão, alimentação inadequada, consumo de álcool, tabagismo (Laplantine, 2010), fatores estes que em excesso contribuem para a pessoa desenvolver a doença. As práticas que envolvem as mudanças destes fatores estão associadas com a diminuição destes comportamentos, o que pode ser verificado pela presença nas entrevistas dos termos tirar, retirar, cortar, diminuir (exemplo: tirar o sal da alimentação).

A Classe 4 destaca a prática profissional deste grupo com relação ao tratamento da HA. Este grupo destaca a importância das consultas e exames de rotina, o acesso aos serviços de saúde e a orientação dada ao paciente. Rahman et al (2015) destacam a importância da orientação

dada pelos profissionais de saúde a seus pacientes. Através destas orientações, é possível fazer com que o paciente entenda sua condição e a importância de realizar o tratamento. Estes autores destacam ainda que muitas vezes os pacientes não realizam as mudanças de hábitos por não entender a relação destas com o controle da PA, acreditando que apenas o uso da medicação é suficiente. Assim, explicar e orientar o paciente sobre as mudanças e a relação destas com o controle da PA é fundamental para que o paciente entenda mais sobre a HA e sobre o tratamento. Destaca-se ainda que o paciente que recebe explicações acessíveis e claras compreende melhor a importância do tratamento e sente mais vontade de cooperar (Kronish et al, 2012; Mirzaei et al, 2013; Waidman et al, 2012).

A análise de similitude mostrou que a representação dos profissionais de saúde sobre o tratamento da HA está centralizada nas práticas realizadas pela pessoa que vive com hipertensão para o controle da pressão arterial, corroborando os resultados das análises anteriores. Este grupo destaca ainda a importância de buscar informações sobre a hipertensão arterial e receber orientações dos profissionais de saúde a respeito do tratamento.

O papel do profissional de saúde também é destacado, através do vínculo entre profissional e paciente, fator importante para que o paciente siga o tratamento e as orientações dadas. Rahman et al (2015) destacam que a percepção dos profissionais de saúde a respeito da HA influencia na sua prática profissional. Assim, os profissionais de saúde têm grande responsabilidade no manejo da hipertensão arterial, sendo que a interação e a comunicação entre profissional de saúde e paciente é fundamental para o paciente entender e seguir as orientações. Desta forma, este grupo destaca também a própria prática profissional diante desta condição, considerando que o profissional de saúde também tem um papel ativo no tratamento da HA. A organização dos elementos representacionais pode ser observada na figura 25.

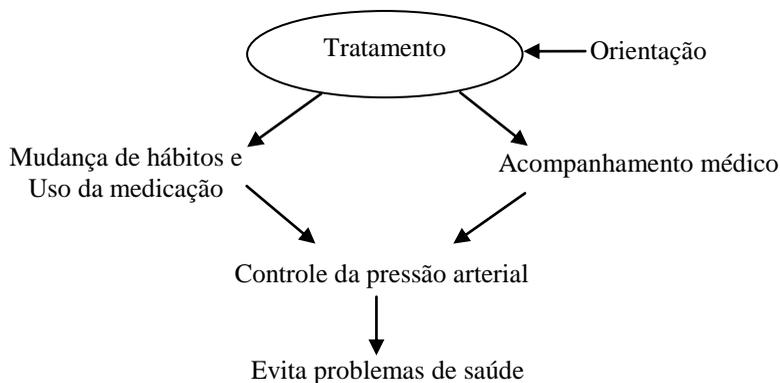


Figura 25. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo dos profissionais de saúde.

6.2.3. Representação social do tratamento para familiares

Para os familiares, a representação social do tratamento se organiza em torno dos cuidados da pessoa que vive com hipertensão e a realização das mudanças de hábitos. A análise das entrevistas confirma estes achados e destaca o cuidado com a alimentação como parte destas mudanças (Classes 1 e 5). Resultados semelhantes foram encontrados por Lopes e Marcon (2009) e Saraiva et al (2007), em cujos estudos as famílias consideraram que alimentar-se de forma saudável, com diminuição do uso de sal e de gordura, e tomar os medicamentos corretamente são as formas mais eficazes de controlar a pressão arterial.

Os resultados encontrados na análise de similitude corroboram estes dados, evidenciando que a representação do tratamento para os familiares está centralizada nos cuidados que a pessoa que vive com hipertensão deve ter. Dentre estes cuidados, destacam-se a mudança de hábitos e estilos de vida. Estas mudanças mostram uma contradição neste grupo entre a facilidade e a dificuldade de realizá-las e envolvem o cuidado com a alimentação, evitando alimentos gordurosos e frituras, bem como a realização de exercícios e o controle do estresse. Estas medidas são consideradas como essenciais para a realização do tratamento, aliadas ao uso da medicação.

De acordo com os participantes, o profissional de saúde foi a fonte principal de informação sobre a HA. Assim, os conhecimentos disponíveis a respeito da HA e do tratamento são baseados nas orientações repassadas pelos profissionais de saúde acerca das práticas de cuidado, bem como de suas experiências pessoais. Pode-se observar que as percepções sobre o cuidado não diferem totalmente da visão dos profissionais de saúde, indicando um intercâmbio entre o conhecimento leigo e especializado.

A família age, diante de uma doença, de acordo com seus conhecimentos disponíveis, baseados em experiências pessoais, na interação com amigos e vizinhos e na orientação recebida pelo profissional de saúde. Esse conjunto de valores, crenças e conhecimentos constituem o referencial cultural que guia as ações da família na prevenção e promoção da saúde de seus membros, bem como no tratamento da doença (Marcon et al, 2005).

Destaca-se que o grau de parentesco pode ser um determinante no apoio e cuidado prestados pela família, centralizando-se no membro familiar com relação mais próxima. Normalmente, o papel de cuidador na família é prestado pela mulher, pelo fato de ser atribuída a ela a responsabilidade de cuidado. Assim, o cuidado prestado pelas mulheres frequentemente se refere tanto às tarefas domésticas quanto à saúde dos membros familiares, desde crianças até idosos ou familiares dependentes (Catani & Girardon-Perlini, 2004; Lopes & Marcon, 2009; Saraiva et al, 2007). Neste estudo, o grupo dos familiares foi composto por 20 participantes e destes, 19 eram mulheres, corroborando os achados na literatura referentes ao cuidado e apoio familiar.

A família age como multiplicador de suas experiências de cuidado para outras pessoas através das trocas sociais (Lopes & Marcon, 2009). Assim, o entendimento da hipertensão arterial facilita a compreensão das práticas de cuidado que devem ser realizadas. Lopes e Marcon (2009) destacam que pela associação da hipertensão arterial com o fator hereditário, a preocupação com o desenvolvimento e consequências da HA acaba abrangendo toda a família, e não só a pessoa que vive com hipertensão. Assim, a preocupação maior com os hábitos de vida como os cuidados com a alimentação, prática de exercícios e outros fatores de risco pode se tornar uma forma de prevenção da hipertensão arterial para todos os membros da família. A organização dos elementos representacionais pode ser observada na figura 26.

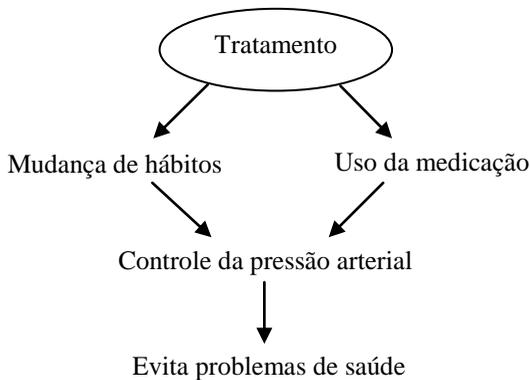


Figura 26. Organização da representação social do tratamento da HA para o grupo dos familiares.

6.3. Relação entre as representações sociais da HA e do tratamento e relação entre os grupos

6.3.1. Relação entre as representações sociais da HA e do tratamento

Os resultados deste estudo permitiram verificar as similaridades e diferenças entre os elementos das representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento. A representação da hipertensão arterial neste estudo aparece relacionada com a representação do tratamento, sendo que ambas se organizam a partir das práticas de controle dos níveis pressóricos, aspecto este que pode ser verificado nos três grupos estudados. Silva (2014) ressalta resultado semelhante, em que a noção de hipertensão arterial se relaciona com a noção de tratamento, sendo que ambas se baseiam no contexto prático. Este autor destaca ainda que a representação social da hipertensão arterial e do tratamento “dependem uma da outra, formando um complexo onde ambas partilham uma identificação com o contexto prático que envolve o controle da doença” (Silva, 2014, p. 114).

Resultados semelhantes também foram encontrados por Silva e Bousfield (2016), que mostram que os conteúdos apresentados nas representações sociais da hipertensão arterial relacionaram-se

diretamente com o tratamento, em que “tratamento e doença se inter-relacionam diretamente” (Silva & Bousfield, 2016, p. 907). Desta forma, há uma sobreposição da representação social do tratamento sobre a hipertensão arterial, em que os elementos representacionais das duas representações associam-se com as práticas de controle.

A representação social da hipertensão arterial aparece associada às características da doença, bem como às possíveis consequências, tendo uma conotação mais negativa para os participantes deste estudo. Já a representação social do tratamento se relaciona com as práticas e comportamentos que possibilitam controlar a pressão arterial e evitar estes possíveis problemas de saúde, tendo uma conotação mais positiva para os participantes. Assim, a HA aparece associada ao contexto prático, relacionada aos comportamentos que possibilitam o controle da pressão arterial, a supressão de possíveis sintomas e a prevenção de problemas associados a esta condição crônica. Como a HA aparece representada pela alteração da pressão arterial e pelo medo de sofrer as consequências, a sobreposição do tratamento prevalece, por este ser o meio possível de realizar este controle e possibilitar uma vida normal e saudável.

Camargo e Wachelke (2010) destacam que as representações sociais relacionadas ao mesmo tema mantêm relações entre elas. Esta relação entre as representações sociais se associa com o fato de que elas são organizadas em redes derivadas do processo de ancoragem (Breakwell, 1993). Segundo Wachelke (2012), toda representação pode formar uma vasta rede com outras representações, sendo que aspectos de uma representação social podem ativar aspectos de outra representação social que está conectada. Este autor destaca também que há objetos que não estão diretamente associados com uma única representação, mas sim com duas ou mais, sendo que estes objetos são ativados de acordo com o contexto. Assim, podemos utilizar diferentes representações sociais no nosso cotidiano para as diferentes situações.

Apesar de estruturalmente as duas representações apresentarem diferenças, alguns elementos relacionados ao tratamento aparecem nas duas representações, indicando um predomínio do tratamento sobre a doença. Assim, observa-se que apesar da representação social da hipertensão arterial ser permeada por elementos relacionados às características desta condição crônica, a análise das entrevistas permitiu evidenciar que os aspectos relacionados ao tratamento predominam. Desta forma, a representação social da hipertensão arterial envolve o contexto prático relacionado ao tratamento, confirmando uma inter-relação entre as duas representações.

Segundo Silva (2014), as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento são possíveis fatores de influência sobre a realização das práticas de controle, refletindo em maior ou menor realização dos comportamentos associados ao tratamento da HA. Assim, a adoção de determinadas práticas de controle em detrimento de outras se relaciona com as representações sociais elaboradas sobre a hipertensão arterial e o tratamento.

Rouquette (1998) afirma que as representações sociais podem contribuir para explicar as práticas. As práticas sociais estão integradas aos sistemas de valores, crenças e normas, e relacionam-se com o modo que indivíduos e grupos se apropriam dos fatores cognitivos, simbólicos e representacionais (Abric, 1994). Dificilmente as pessoas agem sem consultar o sistema de crenças e o conhecimento compartilhado no grupo a que pertencem. Assim, as representações sociais são um sistema de conhecimento que orienta o grupo como um todo e os membros do grupo (Wagner, 1993).

6.3.2. Relação entre os grupos e o papel dos grupos no tratamento da HA

Conforme Jesuíno (2014), nem todos têm a mesma informação e os mesmos conhecimentos sobre um tema, sendo que diferentes níveis de crenças e atitudes podem contribuir para uma imagem redutora ou estereotipada do objeto. As representações dão uma definição específica ao objeto representado, destacando-se esta oscilação entre percepções que variam de grupo para grupo. Estas definições partilhadas por um mesmo grupo possibilitam a construção de uma visão consensual da realidade, que pode entrar em conflito com a visão de outros grupos, sendo um guia para a ação e troca cotidiana (Jodelet, 2001). Desta forma, as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento diferem entre os grupos. Considerando que cada grupo estudado estabelece uma relação diferente com o objeto representado, as práticas de cada grupo também diferem e assim, cada grupo tem um papel específico associado ao tratamento da hipertensão arterial.

A representação social da hipertensão arterial para o grupo das pessoas que vivem com hipertensão está associada à hereditariedade como causa principal, aos sentimentos relacionados a esta condição crônica, às consequências que podem ocorrer e ao uso da medicação como forma de evitar estes possíveis problemas. Sendo a causa da HA considerada principalmente como hereditária por este grupo, a responsabilização pela ocorrência da HA diminui. A herança genética

faz com que, pela doença já estar instalada, a pessoa não teria como evitá-la e, portanto, não foi provocada por ela. O patrimônio genético é menos comandado por uma etiologia externa, sendo que a causa está nos seus genes, é inato, então a pessoa não se sente responsável por ela (Laplantine, 2010). Desta forma, as práticas de controle no tratamento da hipertensão arterial que envolvem as mudanças alimentares e a prática de exercícios são realizadas em menor frequência por este grupo, em que se destaca a prática medicamentosa.

Já os grupos dos profissionais de saúde e dos familiares relacionaram as causas principais da hipertensão arterial associadas aos fatores de risco e hábitos de vida. A hereditariedade também aparece associada, mas em menor frequência. Estes dois grupos destacaram as mudanças de hábitos como principal forma de controle da pressão arterial. Assim, há a tendência de atribuir o sucesso do tratamento ao comportamento da pessoa que vive com hipertensão. Desta forma, a HA é associada por este grupo, em maior frequência, como tendo origem no exterior da pessoa, assim, ela poderia ter evitado, e até certo ponto, pode se atribuir uma culpa à pessoa. A causalidade externa pode ser prevenida e evitada, tendo a visão de uma responsabilidade do indivíduo que provoca a doença, semelhante à visão de doença como punição, por negligência ou excessos, e consolida a relação do doente com o social (Laplantine, 2010).

Herzlich (2005) destaca que representações diferentes podem ocasionar condutas semelhantes, da mesma forma que uma representação partilhada coexiste com comportamentos diferentes. Ao transitarem por diferentes espaços sociais, as representações sociais passam por transformações estruturais que resultam em diferentes representações de um mesmo objeto, que são sustentadas por grupos distintos. Nestes casos, as representações se distinguem não por seu objeto, mas pelos grupos que as partilham, podendo verificar o que varia em cada representação (Trindade, Santos, & Almeida, 2014). Assim, para considerar a existência de uma representação social para um grupo, deve haver um consenso interno quanto às crenças acerca do objeto, que derivam da relação do grupo com o objeto representado. Este consenso se reflete nas ações do grupo, ou seja, nas práticas comuns dos membros do grupo referentes ao objeto (Mazzotti & Campos, 2014).

Observa-se neste estudo que as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento apresentam diferentes aspectos para cada grupo, já que cada grupo estabelece uma relação própria com o objeto representado, o que resulta em práticas diferenciadas relativas à HA e ao tratamento em cada grupo estudado. Assim, verifica-se que as

práticas das pessoas que vivem com hipertensão estão relacionadas ao uso do medicamento como forma de tratamento da hipertensão arterial. No grupo dos profissionais de saúde, elas estão relacionadas com as suas práticas profissionais. Já as práticas dos familiares relacionam-se ao cuidado e apoio que pode ser dado por este grupo às pessoas que vivem com hipertensão. Assim, esta diferença entre as representações dos grupos pode ser explicada pela relação estabelecida por cada grupo com a hipertensão arterial e os aspectos do tratamento.

Ao final da entrevista, perguntou-se aos participantes como estes representavam o papel do seu grupo e dos outros grupos no tratamento da hipertensão arterial. Os participantes avaliaram então os comportamentos que mais se adequavam a cada grupo e ao seu próprio grupo. A atribuição do comportamento entre membros de grupos distintos está ligada às funções sociais de cada grupo, sendo que a explicação do próprio comportamento e dos outros se relaciona com crenças compartilhadas socialmente e a posição dos grupos na sociedade (Hewstone, Jaspars, & Lalljee, 1982).

Através da análise de conteúdo realizada, foi possível verificar as respostas associadas com o papel de cada grupo. Com relação ao papel da pessoa que vive com hipertensão, as mudanças de hábitos e o uso da medicação foram as práticas mais associadas. Contudo, conforme já verificado nas outras análises, as mudanças de hábitos foram associadas em maior frequência pelos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares, enquanto que o grupo das pessoas que vivem com hipertensão destacou o uso da medicação como principal prática associada ao próprio grupo. Mansour, Monteiro e Luiz (2016) destacam que há baixa adesão à medicação pelas pessoas que vivem com hipertensão, o que difere dos resultados encontrados neste estudo, em que a adesão à medicação predomina frente às outras práticas relacionadas ao tratamento.

A diferença entre as representações sociais do tratamento em cada grupo já foi discutida anteriormente, em que as mudanças comportamentais estão associadas à responsabilidade da pessoa que vive com hipertensão diante de seu tratamento. Destaca-se que tanto o comportamento baseado nas prescrições médicas quanto os outros comportamentos são mantidos devido a resultados positivos que ocorrem, perpetuando aqueles que se apresentam como menos aversivos aos pacientes (Soares et al, 2014).

Os participantes destacaram ainda, em menor frequência, a importância da aceitação da doença para o tratamento. Jankowska-Polańska et al (2016) destacam que a aceitação se relaciona com menor

reação emocional negativa associada com a doença, promovendo maior participação da pessoa no processo terapêutico e maior aderência ao tratamento. Apenas uma pessoa do grupo das pessoas que vivem com hipertensão destacou este aspecto, sugerindo uma maior dificuldade de aceitação da doença por estes participantes, bem como maior associação destes com sentimentos negativos relacionados à hipertensão arterial.

Com relação à responsabilização da pessoa que vive com hipertensão diante do tratamento, os profissionais de saúde e os familiares destacaram este aspecto, enquanto que apenas dois participantes do grupo das pessoas que vivem com hipertensão o citaram. A busca de informação sobre a HA também foi destacada pelos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares. Conforme já explicitado anteriormente, há a tendência dos profissionais de saúde e familiares responsabilizarem a pessoa que vive com hipertensão pelas mudanças comportamentais no tratamento, o que pode ser verificado nos estudos da literatura (Castillo et al, 2013; Silva & Moura, 2011; Rahman et al, 2015; Wexler et al, 2009).

Este aspecto aparece relacionado com a representação social destes grupos sobre a HA e seu tratamento. A responsabilização da pessoa que vive com hipertensão aparece como uma classe específica nas entrevistas, característica dos grupos dos profissionais de saúde e dos familiares. Já o grupo das pessoas que vivem com hipertensão percebe uma baixa responsabilização diante do tratamento. As crenças associadas com a HA se relacionam com as práticas de controle e a avaliação pessoal da possibilidade de realização deste controle. Diante de uma doença crônica, a pessoa pode perceber-se como tendo baixo controle sobre o seu corpo e sua saúde, e acaba por não sentir-se responsável pelo seu tratamento (Duwe et al, 2014; Ross et al, 2004; Long, Ponder, & Bernard, 2016; Petrie & Weinman, 2006). Ademais, pelo fato da hipertensão arterial não ser uma condição crônica sintomática, as pessoas que vivem com hipertensão tendem a não se sentirem doentes, o que pode dificultar a realização do tratamento (Silva et al, 2013).

Com relação ao papel dos profissionais de saúde, os participantes associaram o vínculo com o paciente e os procedimentos de rotina como as principais categorias relacionadas à prática profissional deste grupo. O vínculo com o paciente agrega principalmente o acompanhamento do paciente e a co-responsabilização pelo tratamento. O acompanhamento do paciente é um aspecto que aparece associado à prática do profissional de saúde nas análises anteriores, destacando a importância desta atividade na relação entre paciente e profissional de saúde.

Pode-se observar que os profissionais de saúde entrevistados reconhecem a importância das atribuições da equipe de atenção básica, como o vínculo, a co-responsabilização e o acompanhamento do paciente (Brasil, 2012b), que são destacadas com frequência por este grupo nas entrevistas. O vínculo entre paciente e profissional de saúde é destacado pelos participantes dos três grupos como fundamental para a realização do tratamento. Segundo Spink (1994), criar vínculo implica em estabelecer relação de empatia para que o paciente possa conversar e desabafar, o que contribui para que ele revele os aspectos envolvidos com a sua condição crônica. Assim, a criação de um vínculo entre profissional de saúde e paciente possibilita a busca de informações e permite conscientizar o paciente da importância de sua cooperação no tratamento.

A co-responsabilização pelo tratamento foi destacada como parte integrante do papel dos profissionais de saúde e foi citada apenas por este grupo. Estes destacam a importância do profissional de saúde ter um papel ativo no tratamento do paciente. Assim, há o compartilhamento de responsabilidade do cuidado entre profissionais de saúde e usuários, sendo que este cuidado é construído de forma singular, com base nas potencialidades de realização de cada paciente, pois as situações que surgem no cotidiano são específicas das vivências individuais destes usuários (Almeida et al, 2011).

As necessidades de saúde são diferentemente concebidas e representadas e implicam na negociação de saberes sobre os cuidados possíveis (Oliveira, 2014). Desta forma, profissional de saúde e paciente são atores que constroem e negociam continuamente, através da vivência e das representações que criam nas relações cotidianas. Assim, a co-responsabilização do cuidado entre profissionais de saúde e pacientes contribui para melhor realização do tratamento de diversas condições crônicas (Almeida et al, 2011; Buendía, 2012; Kronish et al 2012; Nations et al, 2011; Ribeiro et al, 2011; Rodrigues et al, 2015).

O acompanhamento do paciente foi associado com o papel do profissional de saúde no tratamento da HA pelos três grupos e envolve a continuidade do cuidado prestado pelo profissional de saúde. Os aspectos relacionados às práticas de rotina dos profissionais de saúde também se destacaram e incluem a prescrição de medicação, procedimentos como exames e a orientação dada pelos profissionais de saúde, que ocorre durante a consulta. Ao entrar em um consultório médico, o paciente recria com o profissional de saúde uma imagem de uma relação que ocorre de forma cristalizada há muito tempo. A relação entre paciente e profissional de saúde se dá no encontro de um saber

comum e um saber especializado, em que este saber especializado deve ser traduzido de forma a ser compreendido pelo paciente (Moscovici, 1992).

As interações com os profissionais de saúde são formadas por crenças e comportamentos que influenciam na dinâmica e na comunicação entre estes dois grupos (Major, Mendes, & Dovidio, 2013). Nesta interação, dois campos de conhecimento se relacionam: o empírico e o simbólico, o saber comum e o especializado, o orgânico e o psicológico, o campo do doente e do médico (Laplantine, 2010). Esta interação deve envolver a habilidade do profissional de saúde identificar as representações do paciente sobre sua doença e promover a oportunidade do profissional de saúde conhecer a visão do paciente sobre a doença e sobre o tratamento, o que possibilita uma melhor comunicação entre este dois grupos (Petrie & Weinman, 2012).

A comunicação se estabelece como um meio de ação que orienta o conteúdo que é transmitido ao outro, sendo que o ato de comunicar estabelece uma relação entre o emissor e o receptor, tendo como principal função esta interação. Assim, a comunicação não se reduz à transmissão de mensagens originais sem mudanças (Moscovici, 1961/2012). Ao receber uma mensagem, o indivíduo realiza uma interpretação e dá uma significação a ela, que se relaciona com aspectos cognitivos, afetivos e sociais (Abric, 1996).

Esta comunicação efetiva é essencial na relação entre profissionais de saúde, paciente e familiar. É por meio dela que o profissional de saúde pode ajudar o paciente e seus familiares a compreender o problema de saúde e auxiliá-los no enfrentamento. Muitas vezes o conteúdo transmitido pelo profissional de saúde não é apreendido pelo paciente e familiar em função da linguagem técnica empregada. Assim, quanto maior a habilidade do profissional de saúde em correlacionar o saber do paciente com o seu, melhor será o desempenho deste profissional no processo de repassar informações e conteúdos aos pacientes e familiares (Silva, 2002).

As orientações repassadas devem envolver esta troca, melhorando a comunicação entre estes grupos e o entendimento do paciente sobre sua condição. A orientação dos profissionais de saúde é o aspecto associado com maior frequência pelos participantes dos três grupos. Esta orientação envolve a comunicação e relação entre médico e paciente, pois é no momento da consulta que as orientações são repassadas.

A falta de orientação foi citada pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão e familiares como o fator negativo na prática dos

profissionais de saúde. Contudo, dentre os 20 participantes do grupo das pessoas que vivem com hipertensão, 18 deles consideraram a orientação recebida pelos profissionais de saúde como boas e/ou importantes. Isso indica que apesar destes participantes estarem satisfeitos com as orientações recebidas, a falta de orientação é considerada por este grupo como um fator que pode prejudicar o tratamento. Apenas um participante do grupo dos profissionais de saúde destacou a falta de orientação como um fator negativo. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura sobre a relação entre médico e paciente (Almeida et al, 2011; Buendía, 2012; Chen, Tsai, & Lee, 2009; Hyman & Pavlik, 2000; Jeoffrion, 2009; Kronish et al, 2012; Nations et al, 2011; Ribeiro et al, 2011).

Com relação ao papel dos familiares no tratamento, este foi associado com o apoio para as mudanças de hábitos e para os cuidados com a saúde, conforme revelado pelas análises anteriores. O apoio no cuidado com a medicação e no acompanhamento médico também foi destacado por todos os grupos como importante. O apoio com a alimentação e com a medicação foi associado com maior frequência pelos três grupos. De forma oposta, a falta de apoio com estes cuidados foi referida como uma barreira para a realização do tratamento.

A família possibilita o cuidado com a saúde, sendo uma prática diferente do cuidado profissional, porém, complementar a esta. Keogh et al (2011) destacam que as percepções dos familiares podem influenciar nas suas decisões de apoiar o membro familiar na realização do seu tratamento. Assim, a participação da família é muito relevante nas mudanças no estilo de vida e aquisição de novos hábitos, bem como no seguimento do tratamento medicamentoso. O apoio dos familiares, segundo os participantes, ocorre no preparo da alimentação, no acompanhamento médico, no gerenciamento da medicação e possíveis orientações sobre o tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, destacando o apoio familiar nestes cuidados (Lopes & Marcon, 2009; Saraiva et al, 2007).

A falta de apoio dos familiares com a alimentação foi citada pelos participantes como uma barreira à realização do tratamento. Apenas dois participantes do grupo das pessoas que vivem com hipertensão citaram este aspecto, provavelmente pelo fato da importância dada ao uso da medicação no tratamento. As rotinas familiares são modificadas quando os membros da família se deparam com uma doença em seu meio. Essas modificações ocorrem em função do membro familiar doente, mas atingem toda a família. Contudo, quando estas modificações não são realizadas, pode ocorrer o comprometimento do tratamento do membro

familiar que vive com hipertensão. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura (Faquinello et al, 2011; Flynn et al, 2013; Lopes & Marcon, 2009; Santos et al, 2011; Saraiva et al, 2007).

A modificação dos hábitos alimentares é decorrente das prescrições feitas à pessoa que vive com hipertensão, contudo, quando realizada também pelos familiares, contribui para favorecer a realização do tratamento. As mudanças na prática de atividades físicas e de lazer, realizando-as com mais frequência e em companhia da pessoa que vive com hipertensão, contribuem também para que esta incorpore estes novos hábitos em sua rotina com mais facilidade (Lopes & Marcon, 2009).

Os grupos dos profissionais de saúde e dos familiares destacaram a cobrança dos familiares como um ponto negativo no tratamento da pessoa que vive com hipertensão. Santos et al (2011) destacam que a cobrança pode se tornar uma forma de vigilância e controle excessivo, o que pode impor padrões de comportamento e dificultar o autocuidado. A cobrança dos familiares não foi destacada pelo grupo das pessoas que vivem com hipertensão e quando citada, foi associada como uma forma de apoio dada, interpretada como “puxão de orelha” útil para a realização do autocuidado. Ademais, o grupo das pessoas que vivem com hipertensão relatou poucos pontos negativos com relação aos familiares, o que indica que este grupo tem uma visão positiva do apoio e do cuidado prestado pela família.

Observa-se que a orientação e as informações são um ponto de encontro entre estes três grupos. Estas informações são úteis para promover intervenções terapêuticas, bem como para possibilitar um maior conhecimento sobre a hipertensão arterial e o tratamento em pacientes e familiares, promovendo melhor manejo das práticas de cuidado relacionadas a esta condição crônica por ambos os grupos (Castillo et al, 2013). Assim, os pacientes e seus familiares são grupos para os quais a educação em saúde tem um efeito direto nos cuidados referentes à HA. Há que se destacar que pacientes e familiares associam as informações disponíveis para encontrar uma solução para os problemas encontrados, fazendo paralelos entre os conhecimentos comuns e especializados (Jodelet, 2005). Destaca-se ainda que a doença crônica não é uma condição individual, mas que envolve as relações com os profissionais de saúde, a família, o trabalho, a sociedade e as instituições sociais. Assim, a concepção da pessoa sobre sua doença envolve também a concepção de sua relação com os outros (Herzlich & Pierret, 1988).

A avaliação do papel dos grupos no tratamento da hipertensão arterial indicou que as práticas refletem as representações de cada grupo sobre a HA e seu tratamento. Considerando que as representações sociais contribuem para a formação da identidade grupal (Doise, 2013; Moscovici & Hewstone, 1983) e permitem aos grupos organizarem suas práticas sociais (Castro, 2014), pode-se observar que a representação social destes grupos está ligada aos comportamentos e práticas de cada grupo diante da hipertensão arterial. As avaliações indicaram um papel de cooperação entre eles, sendo que os três grupos se complementam no cuidado diante da hipertensão arterial.

Conforme Moscovici (1988) destaca, as representações sociais emancipadas refletem experiências de cooperação entre diferentes grupos sociais, resultado da comunicação que atravessa os diferentes grupos. De acordo com Vala (1997), os grupos partilham significados e representações que constroem sobre si próprios e sobre os grupos com quem interagem. Estas representações se ancoram em experiências partilhadas e nas atividades entre grupos, não sendo coercitivas, nem indiscutíveis. Assim, nas representações sociais emancipadas, representações geradas pelos grupos são menos distintivas e guiam a construção da informação sobre o endogrupo e o exogrupo.

Os resultados deste estudo indicam que as representações sociais da HA e do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão e familiares, apesar de diferentes, tem alguns elementos em comum com as representações dos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito às práticas de controle. Herzlich (2005) destaca que o saber dos pacientes é, em parte, dependente do saber dos médicos. Contudo, não se pode reduzir as representações à pura reprodução de um saber. Ademais, a autora destaca a dificuldade de reduzir o funcionamento das representações à distância que separa leigos e médicos, estes últimos detentores do saber dominante. Embora a doença esteja no campo da medicina, ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa. Desta forma, as relações entre saber médico e concepções do senso comum se estabelecem nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com vai-e-vem entre as duas formas de pensamento e conhecimento (Herzlich, 2005).

A integração entre paciente, profissionais de saúde e familiares promove um melhor conhecimento para realizar o cuidado diante da HA, sendo que o profissional de saúde é o centro desta integração, pois é através dele que os pacientes e familiares adquirem informações e orientações. A família é um importante núcleo de incentivo ao cuidado, assim, é importante o envolvimento da família nas ações dos

profissionais de saúde, o que garante uma melhor assistência às pessoas que vivem com hipertensão (Almeida et al, 2011; Chung et al, 2008). Esta relação pode ser observada na figura 27.

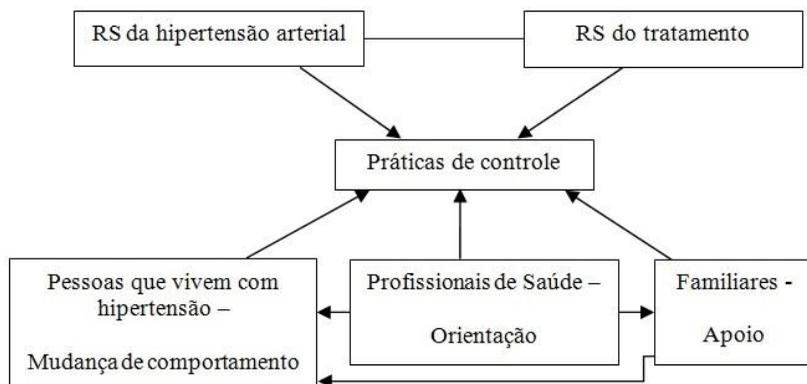


Figura 27. Relação entre as RS da HA e do tratamento e o papel dos grupos no tratamento da HA.

Conforme figura 27, verifica-se que há relação entre os grupos diante do tratamento da HA. As representações e avaliações sobre o papel de cada grupo indicam que há um consenso sobre a importância da integração destes três atores no tratamento da hipertensão arterial. Ademais, as representações sociais da HA e do tratamento para os grupos estudados relacionam-se com as práticas associadas a cada grupo diante da hipertensão arterial. Os resultados do estudo permitem observar ainda que estas representações possuem elementos em comum compartilhados por todos os grupos. Estes elementos estão relacionados às crenças sobre a HA, ancoradas em um fundo cultural que forma um campo constituinte das representações e percepções a partir do qual este objeto é representado.

7. Considerações Finais

O objetivo desta pesquisa foi descrever as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares. Procurou-se também verificar a relação existente entre estas duas representações e comparar estas representações nos três grupos estudados. A pergunta de pesquisa foi elaborada considerando que as representações sociais da HA e do tratamento apresentavam relação entre si e diferenças entre os grupos estudados.

Os resultados desta tese foram obtidos a partir de diferentes tipos de análise de dados. A utilização de diferentes tipos de análise foi feita com o intuito de consolidar e confirmar os dados desta tese, o que possibilitou verificar diferentes aspectos nos resultados, permitindo maior exploração do material obtido e contribuindo para melhor compreensão dos dados.

A partir dos resultados apresentados, verificou-se que as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento apresentam relação e que esta se dá através das práticas de controle da pressão arterial. Verificou-se que estas práticas diferem-se em função dos grupos, pois cada grupo estabelece diferentes relações com o objeto representado. As pessoas que vivem com hipertensão têm suas práticas associadas com a realização do tratamento, através do uso da medicação e das mudanças de hábitos. Contudo, para este grupo, o uso da medicação é a prática que prevalece. No grupo dos profissionais de saúde, elas estão associadas às práticas profissionais. Os familiares apresentam práticas voltadas à vivência com o membro familiar que vive com hipertensão, sendo que estas práticas se fundamentam no cuidado e apoio para o uso correto da medicação e mudança de hábitos.

Os participantes deste estudo apresentaram uma representação compartilhada sobre a HA e o tratamento. A representação social da hipertensão arterial se organizou a partir das causas, consequências (AVC e infarto), sintomas e cuidados. Já a representação social do tratamento envolve os cuidados e práticas relacionadas ao controle da pressão arterial, com o intuito de evitar possíveis consequências da HA. Conclui-se que a representação social da hipertensão arterial e do tratamento estão relacionadas, sendo que há uma interposição do tratamento sobre a doença.

Apesar de verificar-se uma visão compartilhada entre os participantes, cada grupo apresentou especificidades destas representações. O grupo das pessoas que vivem com hipertensão

representou a HA a partir de suas consequências e da hereditariedade como causa principal do desenvolvimento da HA. O tratamento aparece representado para este grupo pelo uso da medicação como forma principal de controle da pressão arterial. Os profissionais de saúde apresentaram representações relacionadas às características da hipertensão arterial, ancoradas no conhecimento especializado a respeito desta condição crônica. Este grupo considerou ainda como causa da HA os fatores de risco e hereditariedade como principais, destacando a característica multifatorial da hipertensão arterial. Com relação à representação social do tratamento, as práticas de controle e o cuidado diante da HA organizam a representação deste grupo. A hipertensão arterial aparece representada no grupo dos familiares como uma condição que necessita de cuidados e mudança de hábitos para evitar problemas, sendo que o tratamento é organizado a partir destas práticas de cuidado.

Os papéis atribuídos a cada grupo apresentam comportamentos específicos esperados de cada grupo diante do tratamento da HA. Os grupos dos profissionais de saúde e dos familiares associaram o papel da pessoa que vive com hipertensão relacionado à realização das mudanças necessárias, sendo que as pessoas que vivem com hipertensão relacionaram seu papel principalmente ao cuidado com a medicação. O papel dos profissionais de saúde foi associado com a prática profissional, sendo que a orientação foi o aspecto mais destacado entre os participantes. Os familiares tiveram seu papel associado ao apoio e ao cuidado com a pessoa que vive com hipertensão, com destaque principalmente para o apoio com as mudanças de hábitos.

Observou-se que há uma relação entre estes três grupos no tratamento da hipertensão arterial, sendo que esta relação apresenta-se na forma de uma interação entre estes atores para que haja melhor adesão da pessoa que vive com hipertensão ao tratamento. Assim, os grupos compartilham aspectos semelhantes, o que sugere que as representações dos grupos estudados possam ser consideradas como representações sociais emancipadas, por serem menos distintivas e por refletirem experiências de cooperação entre os grupos.

Os resultados desta tese mostram que há relação entre as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento, com predomínio das práticas de controle. Destaca-se que os profissionais de saúde apresentam um papel central nesta relação, pois é através deles que as informações e orientações sobre a HA e sobre o tratamento são adquiridas, já que os profissionais de saúde foram citados pelos grupos

das pessoas que vivem com hipertensão e familiares como a principal fonte de informação sobre a HA.

Verificou-se que há uma relação direta entre as representações sociais da HA e do tratamento com o contexto prático de controle da pressão arterial. Contudo, estas práticas de controle citadas no estudo não foram aprofundadas, constituindo-se em uma limitação importante. Assim, a realização de futuros estudos que aprofundem a análise sobre as práticas associadas com a HA podem esclarecer melhor esta questão.

Outra limitação apresentada pelo estudo foi o número de participantes. O número de participantes, principalmente sua distribuição em cada grupo, restringe a capacidade de generalizar os dados. Assim, amostras mais representativas destes grupos, com um maior número de participantes, podem ser alternativas para poder aprofundar melhor alguns aspectos desta tese e permitir maior abrangência de dados referentes a este objeto de estudo.

Ainda com relação aos participantes, por se tratar de uma pesquisa com a realização de entrevistas semi-estruturadas, o tempo estimado para a realização destas foi um fator que pode ter influenciado nos dados, já que alguns participantes dispunham de tempo limitado, o que pode ter delimitado o alcance dos dados obtidos. Assim, pesquisas realizadas com a utilização de entrevistas em profundidade podem possibilitar abordar aspectos das representações estudadas com mais detalhes. Ou ainda, instrumentos mais curtos que demandem menos tempo dos participantes podem possibilitar acessar um maior número de participantes e obter maiores informações para ampliar os aspectos abordados nesta tese.

Os resultados obtidos neste estudo indicam a importância da prevenção da hipertensão arterial. Muitos participantes destacaram a importância das informações obtidas sobre a HA para a prevenção desta condição crônica, e não apenas depois que ela já está instalada. Assim, a educação em saúde, citada por muitos participantes do grupo de profissionais de saúde, se torna um fator importante não só para a realização do tratamento, como também para a prevenção da HA e outras doenças crônicas em pessoas que ainda não as desenvolveram. Informações sobre a importância de mudanças de estilos de vida e fatores de risco podem ajudar a promover comportamentos saudáveis e prevenir o desenvolvimento futuro de doenças crônicas como a HA. O Ministério da Saúde promove campanhas para identificação da HA, prevenção e tratamento. Fazer campanhas focadas na importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida e na relação destes

hábitos com a manutenção da saúde pode ser uma maneira de estimular esta prevenção.

A co-responsabilização entre profissional e paciente, ressaltada pelos profissionais de saúde, pode ser uma alternativa para promover melhor adesão ao tratamento. Promover o entendimento da pessoa que vive com hipertensão sobre a HA e sobre o tratamento também pode contribuir para que o paciente entenda a importância da realização destas práticas, sendo que estas possam fazer sentido para o paciente e este se sinta mais disposto a realizá-las.

A inclusão dos familiares no cuidado também contribui para melhor adesão do membro familiar que vive com hipertensão ao tratamento. A família como suporte do cuidado pode contribuir também nas informações repassadas à pessoa que vive com hipertensão. Assim, o profissional de saúde deve incluir o familiar, quando possível, como coadjuvante no tratamento, pois os participantes que vivem com hipertensão citaram o apoio familiar como importante para a realização das práticas de controle.

Os resultados desta tese podem auxiliar na compreensão de como as pessoas que vivem com hipertensão percebem sua condição crônica. Este conhecimento pode contribuir para entender porque as pessoas que vivem com hipertensão optam por realizar algumas práticas de controle da pressão arterial em detrimento de outras. Ademais, este estudo indica os principais aspectos envolvidos na relação entre profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares. Os profissionais de saúde têm um papel de destaque nesta relação, pois é através deles que familiares e pessoas que vivem com hipertensão adquirem informações a respeito da HA. Já os familiares têm um papel importante de apoio e cuidado com o familiar que vive com hipertensão, destacado como positivo pelos participantes, contribuindo para a realização do tratamento.

Os centros de saúde foram citados pelos participantes como a principal forma de acesso aos médicos, medicamentos e à medição da pressão, sendo destacado como importante na manutenção da saúde e avaliado de forma positiva pelos participantes. Aspectos como a falta de tempo dos profissionais de saúde, a falta de acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e dificuldades sociais e financeiras são fatores que podem dificultar a realização do tratamento. Estes aspectos foram destacados pelos participantes, porém, não foram aprofundados neste estudo. Estudos que abordem estas questões podem contribuir para compreender melhor os fatores que facilitam e dificultam a realização do tratamento.

Esta tese aponta que o tratamento da HA ganha destaque diante da condição crônica. Assim, há diversos aspectos que precisam ser explorados para ter uma melhor compreensão dos processos envolvidos na realização do tratamento, aspectos estes que de maneira alguma se esgotam nesta tese, mostrando que este objeto de estudo apresenta um vasto campo a ser explorado.

8. Referências

- Abric, J-C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*, 2(2), 75-78. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Abric.pdf
- Abric, J-C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. In: J-C. Abric. *Pratiques sociales et représentations*. (pp. 217-239). Paris: Presses universitaires de France.
- Abric, J-C. (1996). *Psychologie de la communication: méthodes et théories*. Paris: Armand Colin.
- Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A.S.P. Moreira & D.C. Oliveira (orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J.-C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. Em: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (orgs). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp.37-57). Goiânia: Editora da UCG.
- Almeida, A.M.O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, 24 (3): 713-737, set./dez. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>
- Almeida, A.M.O., Santos, M.F.S., & Trindade, Z.A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3): 257-267. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a05.pdf>
- Almeida, G.B.S., Paz, E.P.A., & Silva, G.A. (2011). Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 459-465. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a03v24n4.pdf>
- Álvares, J.L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. SP: McGraw-Hill.
- Amodeo, C., Borelli, F.A.O., Sousa, M.G., & Passarelli Jr, O. (2009). Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. In: C.V.

- Serrano Jr.; A. Timerman & E. Stefanini. *Tratado de Cardiologia SOCESP*. (pp. 678-688). 2ª Edição. SP: Manole.
- Apostolidis, T., Duveen, G., & Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie & Société*, 5, 7-11. Retirado de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00516850/document>
- Araújo, J.C., & Guimarães, A.C. (2007). Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 368-374. Retirado de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>
- Associação Médica Americana (2003). *O guia essencial da hipertensão*. RJ: Anima.
- Banchs, M.A. (1996). El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales: invitación para una reflexión teórica. *Papers on social representations*, 5(2), 113-125. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1996/5_1996Banch.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. SP: Edições 70.
- Bauer, M.W., & Gaskell, G. (ed). (2014). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Becker, H. S. (1993). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. SP: Ed. HUCTEC.
- Bernardes, J. S. (2001). História. Em: M. N. Strey, et al. *Psicologia social contemporânea*. 5ª Edição. (pp.19-35). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica*. 2ª Ed. Trad. Juraci A. Cesar. SP: Santos.
- Bousfield, A.B.S. (2007). *Divulgação do conhecimento científico sobre aids e representações sociais*. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2008). *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2012a). *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2012b). *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2013a). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Ações e Programas*. Portal da Saúde. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas>
- Breakwell, G.M. (1993). Social representations and social identity. *Papers on social representations*, 2(3), 1-20. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Brea2.pdf
- Brito, D. M. S., et al. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4), 933-940. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>
- Buendía, J.A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica*, 32, 578-584. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Camargo, B.V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuino, & S.M. Nóbrega. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Camargo, B.V., & Justo, A.M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21, 513-518. doi: 10.9788/TP2013.2-16
- Camargo, B.V., Justo, A.M., Alves, C.D.B., & Schlösser, A. (2013). Efeitos de contexto e comunicação nas representações sociais sobre o corpo. *Psicologia e Saber Social*, 2(1). Retirado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/6926>
- Carmargo, B.V., & Wachelke, J. (2010). The Study of Social Representation Systems: Relationships Involving Representations on Aging, AIDS and the Body. *Papers on social representations*, 19,

- 21.1-21.21. Retirado de
http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2010/19_21Camargo.pdf
- Campos-Navarro, R., Torrez, D., & Arganis-Juárez, E.N. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas: Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5), 1271-1279. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500019>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *Mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castillo, A.D., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M.L., & Godoy, J.F. (2013). Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patients. *Health*, 5(4), 47-58. doi: 10.4236/health.2013.54A007
- Castro, R.V. (2014). Prefácio. In: A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A. Trindade (orgs). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. (pp. vii-xix). Brasília: Technopolitik.
- Castro, V. D., & Car, M. R. (2000). O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 34 (2), 145-153. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a04>
- Catani, R.B., & Girardon-Perlini, N.M. (2004). O cuidar do idoso doente na voz dos cuidadores domiciliares. *Revista eletrônica de enfermagem*, 6(2), 254-271. Retirado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf
- Cervený, C.M.O., & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital*. 2ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chen, S.L., Tsai, J.C., & Lee, W.L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2234-2244. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x

- Chung, N., et al. (2008). Expert recommendations on the challenges of hypertension in Asia. *International Journal of Clinical Practice*, 62(9), 1306–1312. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01838.x
- Clémence, A., & Green, E. (2006). Circulation et transformation de l'information scientifique: du récepteur de la vasopressine au gene de la fidélité. In: V. Hass. (org). *Les savoirs du quotidien: transmissions, appropriations, représentations*. (pp. 37-50). Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Coca, A. (2017). Conocimiento y actitudes sobre la evaluación clínica y el tratamiento de la hipertensión arterial resistente: Estudio RESIST. *Hipertensión y riesgo vascular*, 34(1), 4-16. doi: 10.1016/j.hipert.2016.07.0011889-1837
- Coleta, M.F.D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 18 (1-2), Jan-Dez, 69-78.
- Costa, R.S., & Nogueira, L.T. (2008). Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, setembro-outubro, 16(5). Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_12.pdf
- Costa e Silva, M.E.D., et al. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, jul-ago; 61(4), 500-507. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17.pdf>
- Costa e Silva, M.E.D., Moura, M.E.B., Souza, C.M.M., & Camargo, B.V. (2011). Representações sociais da hipertensão arterial. In: A.O. Silva, I.C.C. Costa, & M.S.C.F. Alves. (orgs). *Investigação em saúde: múltiplos enfoques*. (pp. 189-201). Natal: EDUFERN.
- Creswell, J.H., & Clark, V.L.P. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Penso.
- Demaio, A.R., et al. (2013). Hypertension and hypertension-related disease in Mongolia: findings of a national knowledge, attitudes and practices study. *BMC Public Health*, 13(194). Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/194>

- Dessen, M. A. (1997). Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. *Temas em Psicologia*, 5(3), 51-61. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1997000300006&lng=pt&tlng=pt.
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity*, 49, 489-507. doi: 10.1007/s11135-014-0005-z
- De Rosa, A.S. (2005). A rede associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuíno, & S.M. Nóbrega. (orgs). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 61-117). João Pessoa, Paraíba: Editora da UFPB.
- Diefenbach, M.A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. doi: 10.1007/BF02090456
- Doise, W. (2013). Social Psychology and Social Change. *Papers on social representations*, 22, 7.1-7.22.
- Duveen, G. (2012). Introdução: o poder das ideias. In: S. Moscovici. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (pp. 7-28). 9ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Duwe, E.A.G. et al. (2014). Defining older adults' perceived causes of hypertension in the Brief Illness Perception Questionnaire. *Health Education Journal*, 73(6), 731-745. doi: 10.1177/0017896913516096
- Emiliani, F. (1993). Folk science and social representations: some comments. *Papers on social representations*, 2(3), 1-5. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Emili.pdf
- Erthal, T.C.S. (2009). *Manual de psicometria*. 8ª edição. RJ: Zahar.

- Faquinello, P., Carreira, L., & Marcon, S.S. (2010). A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto Enferm*, Out-Dez; 19(4), 736-744. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>
- Faquinello, P., Marcon, S.S., & Waidmann, M.A.P. (2011). A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, set-out, 64(5), 849-856. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. In: S. Moscovici. *Psicología Social II*. (pp. 495-505). Barcelona: Editora Paidós.
- Farr, R. (1995). Representações Sociais: a teoria e sua história. In: S. Jovchelovich & P. A. Guareschi (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. (pp. 31-59). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fava, S.M.C.L., Zago, M.M.F., Nogueira, M.S., & Dázio, E.M.R. (2013). Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 21(5), 1-7. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1022.pdf
- Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC), & Serviço Social da Indústria (SESI). (2012). *Relatório: Campanha de prevenção à hipertensão arterial*. Santa Catarina.
- Ferreira, J. (2008). O corpo sógnico. In: P.C. Alves & M.C.S. Minayo (orgs), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. 4ª Edição. (pp. 101-112). RJ: Editora FIOCRUZ.
- Filho, W.C.P. (2004). Aspectos clínicos da semiologia da hipertensão arterial. In: E.L.G. Machado. *Propedêutica e semiologia em cardiologia*. (pp. 79-84). SP: Atheneu.
- Flament, C. (1981). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les representations sociales. *Cahiers de psychologie cognitive*, 1, 375-395.

- Flick, U. (1992). La perception quotidienne de la santé et de la maladie: aperçu général et introduction. In: U. Flick (org). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 11-32). Paris: L'Harmattan.
- Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Flynn, S. J. et al (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Dove Medical Press: Patient Preference and Adherence*, 7, 741–749. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S46517>
- Galli, I. (2006). *La teoria delle rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gil, A.C. (2012). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª Edição. SP: Editora Atlas.
- Giorgi, D.M.A., & Lopes, H.F. (2009). Tratamento da hipertensão arterial: fundamentos e objetivos. In: C.V. Serrano Jr., A. Timerman & E. Stefanini. *Tratado de cardiologia SOCESP*. (pp. 670-677). 2ª Edição. SP: Manole.
- Goldman, L., & Ausiello, D. (2009). *Cecil Medicina*. 23ed. RJ: Elsevier.
- Guedes, M.V.C. et al. (2011). Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista brasileira de enfermagem*, 64(6), 1038 - 1042. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600008>
- Gusmão, J.L., Ginani, G.F., Silva, G.V., Ortega, K.C., & Mion Jr, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16(1), 38-43. Retirado de <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>
- Helman, C. (2003). *Cultura, saúde e doença*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Herzlich, C. (2005). A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 57-70. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-30. Retirado de <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/fetch/67765080/De%20ayer%20a>
- Hewstone, M., Jaspars, J., & Lalljee, M. (1982). Social representations, social attribution and social identity: the intergroup images of public and comprehensive schoolboys. *European Journal of Social Psychology*, 12, 241-269. doi: 10.1002/ejsp.2420120302
- Hsiao, C-Y., Chang, C., & Chen, C-D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 28, p. 442-447. doi:10.1016/j.kjms.2012.02.015
- Hyman, D.J., & Pavlik, V.N. (2000). Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians. *Archives of internal medicine*, 160, 2281-2286. doi:10.1001/archinte.160.15.2281
- Irigoyen, M.C., et al. (2009). Fisiopatologia da hipertensão arterial. In: C.V. Serrano Jr., A. Timerman, & E. Stefanini. *Tratado de Cardiologia SOCESP*. (pp. 636-659). SP: Manole.
- Jankowska-Polańska, B., Blicharska, K., Uchmanowicz, I., & Morisky, D.E. (2016). The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 559-568. doi: 10.1177/1474515115626878
- Jardim, P.C.B.V., Sousa, A.L.L., Monego, E.T., & Barroso, W.K.S.S. (2005). Pressão arterial: semiotécnica e avaliação clínica do paciente.

- In: C.C. Porto. 2ª Edição. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. (pp. 503-509). RJ: Guanabara Koogan.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et représentations sociales: une étude multiobjets auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82, 73-115. doi: 10.3917/cips.082.0073
- Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D., & Roland-Lévy, C. (2016). Représentations sociales de la maladie: comparaison entre saviors experts et savoirs profanes. *L'Encéphale*, 42, 226-233. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.007>
- Jodelet, D. (1985). *Civils et Bredins: rapport à la folie et représentations sociales de la maladie mentale*. Tese de doutorado. Paris, Ehess.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. Em: D. Jodelet. (org). *As representações sociais*. (pp. 17-43). RJ: Eduerj.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In: S. Moscovici & F. Buschini (orgs). *Les méthodes des sciences humaines*. (pp. 139-162). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2005). *Loucura e representações sociais*. RJ: Vozes.
- Jodelet, D. (2013). Culture and health practices. In: A.S. De Rosa. (org). *Social representations in the social arena*. (pp. 153-165). New York: Routledge.
- Jenicek, M., & Cléroux, R. (1987). *Epidemiologia, princípios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Salvat.
- Jesuíno, J.C. (2006). A psicologia social europeia. Em: J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social*. 7ª Ed. (pp. 49-60). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Jesuíno, J.C. (2014). Um conceito reencontrado. In: A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A. Trindade (orgs). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. (pp. 41-75). Brasília: Technopolitik.

- Kamran, A., et al (2014). Sodium Intake, Dietary Knowledge, and Illness Perceptions of Controlled and Uncontrolled Rural Hypertensive Patients. *International Journal of Hypertension*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/245480>
- Keogh, K.M., et al. (2011). Psychological Family Intervention for Poorly Controlled Type 2 Diabetes. *The american journal of managed care*, 17(2), 105-113.
- Kim, H., & Andrade, F.C.D. (2016). Diagnostic status of hypertension on the adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *Preventive Medicine Reports*, 4, December, 525-531. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.09.009>
- Kleiman, A. (1988). *The illness narratives*. USA: Basic Books.
- Kleiman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, Illness and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *FOCUS*, 4(1). Retirado de <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/2630/140.pdf>
- Kohlmann Jr., O., & Ribeiro, A.B. (2009). Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. In: C.V. Serrano Jr., A. Timerman & E. Stefanini. *Tratado de Cardiologia SOCESP*. (pp. 689-702). 2ª Edição. SP: Manole.
- Kronish, I.M., Leventhal, H., & Horowitz, C.R. (2012). Understanding Minority Patients' Beliefs About Hypertension to Reduce Gaps in Communication Between Patients and Clinicians. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(1), 38-44. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00558.x
- Krüger, H. (2011). Ideologias, sistema de crenças e atitudes. In: L. Camino, A.R.R. Torres, M.E.O. Lima, & M.E. Pereira. (orgs). *Psicologia social: temas e teorias*. (pp. 171-213). Brasília: Technopolitik.
- Langdon, E.J., & Wiik, F.B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173-181. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.

- Laplantine, F. (2001). Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: D. Jodelet. (org). *As representações sociais*. (pp. 241-259). RJ: Eduerj.
- Laplantine, F. (2010). *Antropologia da doença*. 4ªed. SP: Martins Fontes.
- Leão e Silva, L.O., et al. (2013). Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(2), 121-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200004>
- Lessa, I. (2004). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 931-943. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400014>.
- Lim, S.S., et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Long, E., Ponder, M., & Bernard, S. (2016). Knowledge, attitudes and beliefs related to hypertension and hyperlipidemia self-management among African-American men living in the southeastern United States. *Patient Education and Counseling*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.011>
- Lopes, M.C.L. (2007). *A convivência da família com a hipertensão arterial*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Lopes, M.C.L., & Marcon, S.S. (2009). Concepções sobre saúde e doença de famílias que convivem com a hipertensão arterial: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(3), 1-9.
- Machado, C.A., & Barbosa, R.B. (2008). Epidemiologia e importância clínica. In: O. Passarelli Júnior, F.A.H. Fonseca, F.M.C. Colombo,

- L.C.N. Scala, & R. Póvoa. *Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica*. (pp. 1-3). SP: Segmento Farma.
- Machado, H.B., & Koelln, C.R. (2009). Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 22/23 (1,2,3), 121-134. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v22i1.4992>
- Major, B., Mendes, W.B., & Dovidio, J.F. (2013). Intergroup Relations and Health Disparities: A Social Psychological Perspective. *Health Psychology*, 32(5), 514–524. doi:10.1037/a0030358
- Malachias, M.V.B., et al. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3Supl.3), 1-83. doi: 10.5935/abc.20160152
- Mansour, S.M., Monteiro, C.N., & Luiz, O.C. (2016). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(3), 647-654. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300021>.
- Marchand, P., & Ratinaud, P. (2011). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012*. Liège. 687-699. Retirado de: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>
- Marcon, S.S., et al (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(Esp.), 116-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500015>.
- Mazzotti, A.J.A., & Campos, P.H.F. (2014). Cibercultura: uma nova “era das representações sociais”? In: A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A. Trindade (orgs). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. (pp. 605-647). Brasília: Technopolitik.

- McBane, S., & Halstater, B. (2011). Evaluation of Beliefs About Hypertension in a General Population. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2(2) 96-99. doi: 10.1177/2150131910387609
- McDaniel, S.H., Hepworth, J., & Doherty, W.J. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mirzaei, M. et al. (2013). A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research*, 13(251). Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/251>
- Mohman, D.E., & Heller, L.J. (2007). *Fisiologia Cardiovascular*. 6ª Edição. RJ: Macgraw Hill.
- Morin, M. (2005). Atenção à doença e relação de ajuda: crises das práticas e conflitos de representações. In: D.C. Oliveira & P.H.F. Campos. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. (pp. 109-118). RJ: museu da república.
- Moscovici, S. (1981). On Social Representations. In: J.P. Forgas. *Social Cognition*. (pp.181-209). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250. doi: 10.1002/ejsp.2420180303
- Moscovici, S. (1992). La mentalité prélogique des civilisés. In: U. Flick (org). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 11-32). Paris: L'Harmattan.

- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: D. Jodelet (org). *As representações sociais*. (pp. 45-66). RJ: Eduerj.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2005). Prefácio. In: D. Jodelet. *Loucuras e representações sociais*. (pp.11-31). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moscovici, S. (1961/2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 9ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moscovici, S., & Hewstone, M. (1983). Social representations and social explanations: from the naïve to the amateur scientist. In: M. Hewstone (Ed). *Attribution theory: Social and functional extensions*. (pp. 98-125). Blackwell: Oxford.
- Muhr, T. (1991). ATLAS.ti: a prototype for the support of text interpretation. *Qualitative Sociology*, 14(4), 349-371. doi:10.1007/BF00989645
- Nations, M., Firmo, J.O.A., Lima-Costa, M.F., & Uchôa, E. (2011). Balking blood pressure “control” by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethnoepidemiological inquiry. *Cadernos de saúde pública*, 27, sup 3, 378-389. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001500008>
- Nivedita, S. (2015). Illness Perception and Coping among Hypertension Patients. *Research Journal of Recent Sciences*, 4, 270-273. Retirado de <http://www.isca.in/trjs/archive/v4/iISC-2014/46.ISCA-ISC-2014-Oral-20SHS-12.pdf>
- Nobre, F., Moura Júnior, L.A., & Coelho, E.B. (2005). Hipertensão arterial primária. In: C.C. Porto. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. (pp. 514-520). 2ª Edição. RJ: Guanabara Koogan.
- Nowicka-Sauer, K. et al. (2016). Illness perception in Polish patients with chronic diseases: Psychometric properties of the Brief Illness

- Perception Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1739-1749. doi: 10.1177/1359105314565826
- Nunes, G.B.L., Nogueira, L.T., & Pedrosa, J.I.S. (2012). Simbolismos do medicamento para hipertensos acompanhados pela estratégia saúde da família. *Revista de atenção primária a saúde*, 15(3), 312-319. Retirado de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1458/661>
- Oliveira, D.C. de (2005). O conceito de necessidades humanas e de saúde e sua articulação ao campo das representações sociais. In: D.C. Oliveira & P.H.F. Campos. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. (pp. 119-140). RJ: museu da república.
- Oliveira, D.C. de (2014). A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: A.M.O. Almeida; M.F.S. Santos & Z.A. Trindade (orgs). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. (pp. 773-828). Brasília: Technopolitik.
- Oliveira, P.P., & Bertoldi, E.G. (2013). Hipertensão arterial sistêmica. In: L. Fochesatto Filho & E. Barros. *Medicina Interna na Prática Clínica*. (pp. 38-43). Porto Alegre: Artmed.
- Olmos, R.D., & Benseñor, I.M. (2001). Dietas e hipertensão arterial: *Intersalt* e estudo *DASH*. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8, 221-224. Retirado de <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-2/dietas.pdf>
- Ordaz, O., & Vala, J. (1997). Objectivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. *Análise Social*, 22 (143-144), 847-874. Retirado de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218793753B7iWA0wj8PI84HM9.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital*. Geneva: WHO Global Report.

- Palmonari, A., & Cerrato, J. (2014). Representações sociais e psicologia social. In: A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A. Trindade. *Teoria das representações sociais: 50 anos.* (pp. 401-440). Brasília: Technopolitik.
- Pan American Health Organization. [PAHO] (2013). *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas.* Washington, DC: PAHO.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.* Porto Alegre: Artmed.
- Perdigão, C. (2008). Hipertensão de difícil controle: recomendações das diretrizes Brasileiras e Europeias. In: O. Passarelli Júnior, F.A.H. Fonseca, F.M.C. Colombo, L.C.N. Scala, & R. Póvoa. *Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica.* SP: Segmento Farma.
- Péres, D.S., Magna, J.M., & Viana, L.A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 635-642. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>
- Perkins-Porras, L., Whitehead, D.L., & Steptoe, A. (2006). Patients' beliefs about the causes of heart disease: relationships with risk factors, sex and socio-economic status. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Oct, 13(5), 724-30. doi: 10.1097/01.hjr.0000216551.81882.11
- Pessoa, V.V.B. (2008). *Percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, acompanhados pelo programa de saúde da família de camboinha, sobre as recomendações não medicamentosas.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.
- Petrie, K.J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), November/December, 536-539. doi: 10.7861/clinmedicine.6-6-536

- Petrie, K.J., & Weinman, J. (2012). Patients' Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-65. doi: 10.1177/0963721411429456
- Piaser, A. (2000). La différence statutaire en actes: le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 4, 57-70. Retirado de http://www.persee.fr/doc/dsedu_1296-2104_2000_num_4_1_933
- Pickett, S., Allen, W., Franklin, M., & Peters, R.M. (2014). Illness Beliefs in African Americans With Hypertension. *Western Journal of Nursing Research*, 36(2), 152-170. doi: 10.1177/0193945913491837
- Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (sup 2), 2257-2267. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030
- Porto, C.C. (2005). *Doenças do coração: Prevenção e tratamento*. 2ªEd. RJ: Guanabara Koogan.
- Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. (2013). *Departamento de Territorialização e Cadastramento*. Retirado de: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>
- Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. (2015). *Saúde da Família: prefeito anuncia 100% de cobertura*. Retirado de: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina¬i=13602>
- Rahman, A.R.A., et al. (2015). Perception of hypertension management by patients and doctors in Asia: potential to improve blood pressure control. *Asian Pacific Family Medicine*, 14(2), 1-11. doi: 10.1186/s12930-015-0018-3

- Ratti, A., Pereira, M.T.F., & Centa, M.L. (2005). A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, 7(1), 60-68, jan./abr. Retirado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/viewFile/8054/5676>
- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. In: *Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles* (835–844). Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012, Liège. Retirado de <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>
- Reiners, A.A.O., & Nogueira, M.S. (2009). Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 59-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100010>.
- Ribeiro, A.G., Cotta, R.M.M., Ribeiro, S.M.R., Dias, C.M.G.C., & Araújo, R.M.A. (2011). Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nos da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 (1), 87-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100006>.
- Rolland, J. (1984). Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family Systems Medicine*, 2(3), 245-262. doi: 10.1037/h0091663
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613. doi: 10.1038/sj.jhh.1001721
- Rouquette, M-L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: A.S.P. Moreira & D.C. Oliveira. (orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 39-46). Goiânia: AB.

- Rodrigues, J. et al. (2015). Decisão terapêutica na hipertensão: inquérito às atitudes dos médicos de família na região de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 31(3), 168-184. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300004
- Sá, C.P. (1994). Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socio-culturelles et comportement. *Papers on Social Representations*, 3, 40-46. Retirado de http://psych1.lse.ac.uk/psr/PSR1994/3_1994deSa.pdf
- Saleem, F., Hassali, M.A., Shafie, A.A., Bashir, S., & Atif, M. (2011). Perceptions of disease state management among Pakistani hypertensive patients: findings from a focus group discussion. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 10(6), 833-840. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/tjpr.v10i6.18>
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3ª Ed. SP: McGraw-Hill.
- Santos, M.A. et al. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Saraiva, K.R.O., et al. (2007). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 63-70. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1>
- Scala, L.C, Magalhães, L.B, & Machado, A. (2015). Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: S. M. Moreira & A.V. Paola. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2ª. edição. (pp. 780-785). São Paulo: Manole.
- Scano, S., Junique, C., & Vergès, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations, EVOC2000*. Aix en Provence: Manuel d'utilisateur.

- Schmidt, M.I., et al. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 377, 1949–1961. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
- Segre, M., & Ferraz, F.C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
- Sengwana, M.J., & Puoane, T. (2004). Knowledge, beliefs and attitudes of community health workers about hypertension in the Cape Peninsula, South Africa. *Curationis*, Mar, 27(1), 65-71. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15168626>
- Silva, D.A.S., Petroski, E.L., & Peres, M.A. (2012). Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*: 46(6), 988-998. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600008>.
- Silva, F.M. da., Budó, M.L.D., Silveira, C.L., Badke, M.R., & Beuter, M. (2013). Hipertensão: condição de não doença - o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Jan-Mar, 22(1), 123-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100015>.
- Silva, J.P. (2014). *Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Silva, J.P., Bousfield, A.B.S., & Cardoso, L.H. (2013). A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista *Veja*. *Psicologia e Saber Social*, 2(2), 191-203. Retirado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/8793/6661>
- Silva, M.E.D.C., & Moura, M.E.B. (2011). Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery* (impr.), 15(1), 75-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100011>
- Silva, M.J.P. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10(2), 73-88. Retirado de

- http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215
- Silva, M.L.B., & Bousfield, A.B.S. (2016). Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas em psicologia*, 24(3), 895-909. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-07>
- Simões, K., & Souza Filho, E. (2013). Vivendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. *Universitas Psychologica*, 12(1), 63-71. doi:10.11144/777
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Singer, P., Campos, O., & Oliveira, E.M. (1978). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. RJ: Forense universitária.
- Soares, M.M., et al. (2014). Comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Psicologia, saúde & doenças*, 15(2), 524-537. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150215>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(1), 1-51. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001
- Sotirakopoulou, K, P., & Breakwell, G.M. (1992). The use of different methodological approaches in the study of social representations. *Papers on social representations*, 1(1), 29-38. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1992/1_1992Sotir.pdf
- Sousa, A.L.L. et al. (2011). Medida casual da pressão arterial: vantagens e desvantagens no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. *Revista Hipertensão*, 14(2), 45-50. Retirado de http://www.sbh.org.br/pdf/2012_2.pdf

- Sousa, E. (2006). Atribuição causal: da inferência à estratégia de comportamento. In: J. Vala & M.B. Monteiro. (coord). *Psicologia Social*. 7ª Edição. (pp. 159-186). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Souza, R.C.F., & Camargo, B.V. (2002). Representações sociais e relações intergrupais de duas categorias profissionais. *Revista de Ciências Humanas, Especial temática representações sociais: questões metodológicas*, 35-43.
- Spink, M.J.P. (1994). Permanência e diversidade nas representações sociais da hipertensão arterial essencial. *Temas em Psicologia*, 2. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X1994000200020&script=sci_arttext
- Strahl, H. (2003). Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology & Medicine*, 10 (3), 309-324. doi: 10.1080/1364847032000133834.
- Strelec, M.A.A.M., Pierin, A.M.G., & Mion Jr., D. (2003). A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 81(4), 343-348. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n4/17716.pdf>
- Stuhler, G.D., & Camargo, B.V. (2012). Representações Sociais do diabetes de pessoas que vivem com esta condição crônica. *Tempus Actas de saúde coletiva*, 6(3), 67-81. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1156>
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Reviews Psychology*, 33, 1-39. doi: 10.1146/annurev.ps.33.020182.000245
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In: J.T. Jost & J. Sidanius (Eds). *Political psychology: Key readings*. (pp. 367-390). New York: Psychology Press.

- Torres, A.R.R., & Camino, L. (2011). Grupo social, relações intergrupais e identidade social. In: L. Camino, A.R.R. Torres, M.E.O. Lima, & M.E. Pereira (Orgs). *Psicologia social: temas e teorias*. (pp. 215-239). Brasília: Technopolitik.
- Trindade, Z. A. (1996). Representação social: "modo de conhecer" no cenário da saúde. In: C. Camino & Z. A. Trindade (Orgs). *Cognição social e juízo moral* (pp. 45-59). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.
- Trindade, Z.A., Santos, M.F.S., & Almeida, A.M.O. (2014). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A. Trindade (orgs). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. (pp. 133-162). Brasília: Technopolitik.
- Vala, J. (1997). Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise social*, 32(140), 7-29. Retirado de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221840494M6zFQ7xv9Rd55BV5.pdf>
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: J. Vala & M.B. Monteiro. (Orgs.). *Psicologia social*. 7ª ed (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 405, 203–209.
- Victora, C.G., Knauth, D.R., & Haffen, M.N.A. (2000). Corpo, saúde e doença na antropologia. In: C.G. Victora, D.R. Knauth, & M.N.A. Haffen (orgs). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. (pp. 11-23). Porto Alegre: Tomo editora.
- Victora, C.G. et al. (2011). Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*, maio, doi:10.1016/S0140-6736(11)60055-X
- Victor, R.G. (2009). Hipertensão arterial. In: L. Goldman & D. Ausiello. *Cecil Medicina*. 23ª Edição. RJ: Elsevier.

- Wachelke, J. (2012). Context Effects and Inter-Representation Activation: An Experimental Study. *Papers on social representations*, 21, 8.1-8.28. Retirado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2012/2012_1_8.pdf
- Wachelke, J. (2013). Beyond social representations: the conceptual bases of the structural approach on social thinking. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 131-138.
- Waidman, M.A.P., Radovanovic, C.A.T., Estevam, M.C., & Marcon, S.S. (2012). Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, mai-jun, 65(3), 445-453. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300008>
- Wagner, W. (1993). Can representations explain social behaviour? A discussion of social representations as rational systems. *Papers on social representations*, 2(3), 236-249. Retirado de http://www.psr.jku.at/PSR1993/2_1993Wagne.pdf
- Warren-Findlow, J., & Issel, L.M. (2010). Stress and coping in African American women with chronic heart disease: a cultural cognitive coping model. *Journal of Transcultural Nursing*, 21, 45-54. doi: 10.1177/1043659609348622
- Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N., & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 263-273. doi: 10.1348/135910700168900
- Wexler, R., Elton, T., Taylor, C.A., Pleister, A., & Feldman, D. (2009). Physician reported perception in the treatment of high blood pressure does not correspond to practice. *BMC Family Practice*, 10(23), 1-5. doi: 10.1186/1471-2296-10-23
- World Health Organization (WHO) (2011). Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. In: WHO. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization [WHO] (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva, World Health Organization.

Zattar, L.C., Boing, A.F., Giehl, M.W.C., & d'Orsi, E. (2013). Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(3), 507-521. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a09v29n3>

9. Apêndices

9.1. Apêndice A

Rede Associativa

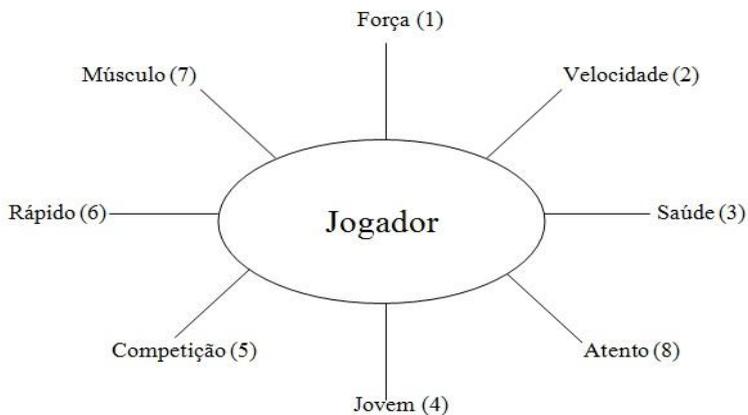
Estamos fazendo uma pesquisa sobre o que as pessoas envolvidas com a hipertensão arterial e seu tratamento pensam a respeito disso. Não há resposta certa ou errada, tudo o que você achar que deve ser colocado sobre o assunto é importante para mim. Você não será identificado em nenhum momento. Antes de começarmos, eu tenho aqui um Termo de Consentimento que por questões éticas deve ser preenchido por você, me autorizando a utilizar as suas respostas exclusivamente para fins de pesquisa.

Neste primeiro momento, irei apresentar dois termos e pedirei para que você escreva (ou me diga) as primeiras palavras que lhe vem à cabeça com relação a estes termos. Esta atividade tem 4 etapas, eu irei lhe explicar como funciona cada uma delas.

Etapa 1

- Escreva todas as palavras que lhe vem à mente ao ler a palavra no centro da página (5 palavras).
- Ao escrever, ligue as palavras com a palavra no centro da página.
- Conforme for escrevendo cada palavra, coloque um número para indicar a **ordem em que pensou as palavras** (para primeira coloque o número (1), para segunda o número (2) e assim em diante).

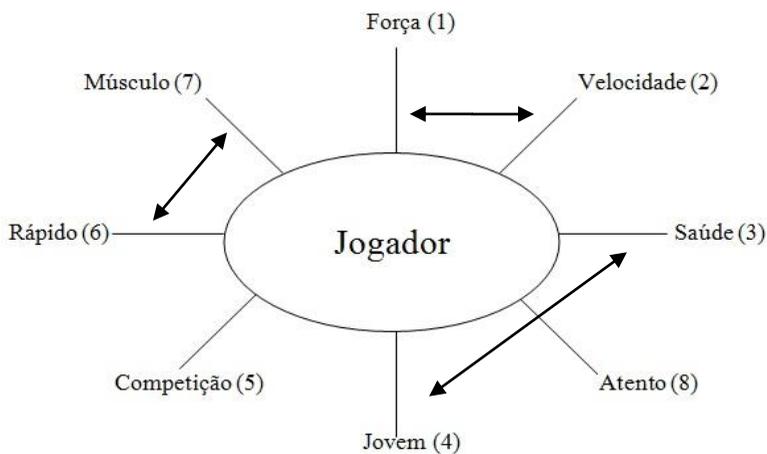
Exemplo da Etapa 1:



Etapa 2

- Agora olhe para a rede que construiu e se desejar indique ligações entre as palavras que pensou (escreveu), através de setas (\leftrightarrow).

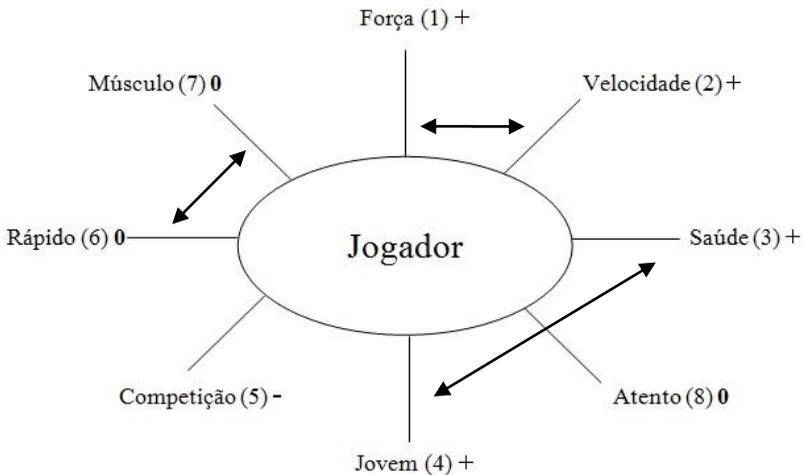
Exemplo da Etapa 2



Etapa 3

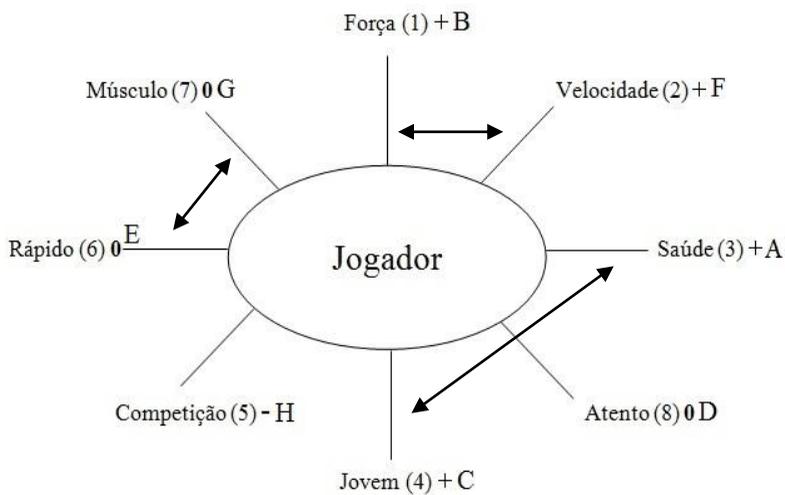
- Olhe para as palavras que pensou (escreveu) e marque cada uma delas com positivo (+), negativo (-) ou neutro (0), de acordo com o significado que elas têm para você.

Exemplo da Etapa 3



Etapa 4

- Para terminar, coloque a letra A para a palavra que é mais importante para você, B para a segunda mais importante, C para a terceira, e assim por diante, até que todas as palavras que você pensou (escreveu) tenham uma letra.

Exemplo da Etapa 4

Agora é a sua vez. Lembre-se dos exemplos e siga as etapas o termo que está nesta folha:

- Etapa 1: Escreva todas as palavras que lhe vem à mente ao ler o termo no centro da página (5 palavras). Ao escrever, ligue as palavras com a palavra no centro da página. Coloque um número para indicar a **ordem em que pensou as palavras** (para primeira coloque o número (1), para segunda o número (2) e assim em diante).
- Etapa 2: Agora olhe para a rede que você construiu e se desejar indique **ligações entre as palavras que pensou (escreveu)**, através de setas ($\leftarrow \rightarrow$).
- Etapa 3: Olhe para as palavras que pensou (escreveu) e marque cada uma delas com positivo (+), negativo (-) ou neutro (0), de acordo com o significado que elas têm para você.
- Etapa 4: Para terminar, coloque a letra A para a **palavra que é mais importante para você**, B para a segunda, C para a terceira, e assim por diante, até que todas as palavras que você pensou (escreveu) tenham uma letra.



Hipertensão Arterial

Lembre dos exemplos e siga as etapas para a expressão que está nesta folha:

- Etapa 1: Escreva todas as palavras que lhe vem à mente ao ler a expressão no centro da página (5 palavras). Ao escrever, ligue as palavras com a expressão no centro da página. Coloque um número para indicar a **ordem em que pensou as palavras** (para primeira coloque o número (1), para segunda o número (2) e assim em diante).
- Etapa 2: Agora olhe para a rede que você construiu e se desejar indique **ligações entre as palavras que pensou (escreveu)**, através de setas ($\leftarrow\rightarrow$).
- Etapa 3: Olhe para as palavras que pensou (escreveu) e marque cada uma delas com positivo (+), negativo (-) ou neutro (0), de acordo com o significado que elas têm para você.
- Etapa 4: Para terminar, coloque a letra A **para a palavra que é mais importante para você**, B para a segunda, C para a terceira, e assim por diante, até que todas as palavras que você pensou (escreveu) tenham uma letra.



Tratamento da
hipertensão arterial

9.2. Apêndice B

Instruções e tópicos para a entrevista

Agora vamos ter uma conversa mais detalhada. Eu queria que você me falasse o que pensa sobre a hipertensão arterial, suas causas, suas características, consequências, experiências, tratamento e outras coisas importantes para você sobre este assunto. Você pode colaborar muito com suas opiniões, conhecimento e experiência a respeito deste tema. Peço sua autorização para gravar nossa conversa.

Temas

- 1) Hipertensão arterial
- 2) Causas da HA
- 3) Consequências da doença
- 4) Experiências sobre esta doença
- 5) Tratamento da Hipertensão arterial

Pontos norteadores sobre o tratamento:

- 1) Aspectos importantes no tratamento da HA
- 2) Facilitadores para realizar o tratamento da HA
- 3) Obstáculos para realizar o tratamento da HA
- 4) Avaliação do tratamento da HA

9.3. Apêndice C

Questões

- 1) Para você, qual o papel da família no enfrentamento da HA?
- 2) Para você, qual o papel da pessoa que vive com hipertensão no enfrentamento da HA?
- 3) E para você, qual o papel do profissional de saúde no enfrentamento da HA?

Questões de Caracterização

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: _____ anos

3. De que forma o (a) senhor (a) obteve as informações sobre hipertensão arterial?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| () Família | () Amigos |
| () Televisão | () Jornais e Revistas |
| () Folhetos informativos | () Profissionais de saúde |
| () Internet | () Outra maneira Qual? _____ |

4. Escolaridade:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| () Não sabe ler/escrever | () Médio incompleto |
| () Alfabetizado | () Médio completo |
| () Fundamental incompleto | () Superior incompleto |
| () Fundamental completo | () Superior completo |

5. Estado Civil:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| () Solteiro | () Separado/Divorciado |
| () Casado/União Estável | () Viúvo |

6. Situação familiar

- Convive com companheiro(a) e filho(s)
- Convive com companheira(o), sem filhos
- Convive com companheiro(a), filhos e/ou outros familiares
- Convive com familiares, sem companheiro(a)
- Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos
- Vive só

7. Qual é a sua renda familiar? Considere todos os membros de sua família para responder esta pergunta.

- De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 788,00 a R\$ 2.364,00)
- De 4 até 6 salários mínimos (R\$ 3.152,00 a R\$ 4.728,00)
- De 7 até 10 salários mínimos (R\$ 5.516,00 a R\$ 7.880,00)
- Mais de 10 salários mínimos (acima de R\$ 7.880,00)

8. Ocupação: _____

9. Religião: _____

10. Prática religiosa: _____

(As questões 11 a 21 serão somente feitas para participantes que vivem com hipertensão arterial)

11. Há quanto tempo o(a) senhor(a) foi diagnosticado com hipertensão arterial? _____

12. O que o(a) senhor(a) faz para controlar a doença? _____

13. O(a) senhor(a) verifica a pressão arterial na sua casa? () Sim () Não

14. Se sim, com que frequência?

- 1 vez ou mais por semana Uma vez por mês
 1 vez a cada três meses 1 vez a cada seis meses
 1 vez por ano menos de uma vez por ano

15. Quem faz a medição para o(a) senhor(a) na sua casa?

- Sozinho Esposa/Marido
 Filhos(as) Outro familiar
 Vizinhos/conhecidos

16. O senhor procura o serviço de saúde para verificar sua pressão arterial? Sim Não

17. Se sim, com que frequência?

- 1 vez ou mais por semana Uma vez por mês
 1 vez a cada três meses 1 vez a cada seis meses
 1 vez por ano menos de uma vez por ano

18. O (a) senhor(a) realiza acompanhamento frequente com o profissional de saúde?

- Sim Não Se sim, com qual profissional? _____

19. Se sim, com que frequência?

- 1 vez ou mais por semana Uma vez por mês
 1 vez a cada três meses 1 vez a cada seis meses
 1 vez por ano menos de uma vez por ano

20. O(a) senhor(a) tem alguma outra doença?

- Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

21. O que o(a) senhor(a) pensa sobre as orientações recebidas do profissional de saúde?

22. Tem mais alguma coisa que o senhor(a) gostaria de acrescentar sobre o assunto?

23. Tem algum comentário ou sugestão que gostaria de fazer com relação a pesquisa?

Obrigada pela Participação!

9.4. Apêndice D



**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

O Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), está desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Representações sociais da hipertensão arterial para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares”. Esta pesquisa pretende investigar as opiniões sobre a hipertensão arterial e seu tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão arterial e seus familiares.

Gostaria de convidá-lo a participar, pois sua opinião é muito importante para este estudo. Sua participação consiste em uma entrevista. Para ajudar no registro das informações, peço sua autorização para gravar nossa conversa. Não há resposta certa ou errada, tudo o que você achar que deve ser dito sobre o assunto será importante para esse trabalho.

Você não será identificado em nenhum momento e suas respostas individuais nunca serão divulgadas, apenas os pesquisadores terão acesso a elas e estas só serão utilizadas para os fins de pesquisa. Sua participação é voluntária e anônima, sendo que a pesquisa não trará nenhum prejuízo ou ganho ao participante e você pode desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa poderá causar eventual cansaço ao final do processo, devido à quantidade de questões. Nestes casos, a pesquisadora interromperá a pesquisa e fará uma breve pausa ou, se houver necessidade, interromperá definitivamente o processo. Na ocorrência de algum desconforto devido ao tema abordado a pesquisadora fornecerá

um apoio psicológico adequado no momento e caso seja necessário, será realizado um encaminhamento do participante a um serviço de atendimento psicológico. Caso ocorra algum desconforto físico durante a pesquisa e se for necessário, o participante será encaminhado para atendimento junto à rede pública de atenção à saúde.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para um melhor entendimento sobre a hipertensão arterial, seu tratamento e sobre como é viver com esta condição crônica. A pesquisadora estará à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida e para informar sobre os objetivos da pesquisa. Se você apresentar alguma dúvida com relação à pesquisa que será realizada pode entrar em contato com o Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) pelo telefone (48) **3721-9067** ou pelo email **larissa@cfh.ufsc.br**

Florianópolis (SC), ____/____/____

Larissa Antunes
Pesquisadora Responsável

.....
Eu, Sr(a)....., considero-me informado(a) sobre a pesquisa realizada pela doutoranda Larissa Antunes, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fui informado sobre os possíveis riscos, sobre a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento e sobre a participação voluntária e anônima. Eu aceito participar da pesquisa e autorizo a utilização dos dados para fins de pesquisa, consentindo a realização e gravação da entrevista. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse Termo, com o telefone e email da pesquisadora responsável.

Florianópolis (SC), ____/____/____

Assinatura do participante

Telefone para Contato: _____

9.5. Apêndice E

Tabela 20.

Categorias e subcategorias das palavras evocadas na rede associativa associada ao termo indutor hipertensão.

Categorias	Subcategorias	Elementos - exemplos
Definição da hipertensão		normal, silenciosa, perigosa, comum, níveis pressóricos alterados, doença crônica
Causas		Idade, colesterol, estresse, hereditariedade, sedentarismo, obesidade, incômodo, placa de gordura
Sintomas		Dor de cabeça, tontura, mal estar, dor no peito, falta de ar, desconforto
Consequências		AVC, risco cardiovascular, infarto, complicações, insuficiência renal, morrer, sequelas, derrame
Cuidado		Auto cuidado, controle, prevenção, qualidade de vida, acompanhamento médico, atenção, distração
Tratamento	Medicamentoso Não medicamentoso	Medicamento Alimentação, exercícios, medir a pressão, dieta, contínuo, mudança de hábitos

continua...

Sentimentos	Positivos	Perseverança, aceitar a doença, melhorar, bem estar
	Negativos	Medo, preocupação, sofrimento, insegurança, desespero
Estado emocional		Ansiedade, tensão, depressão, tristeza
Apoio	Social/familiar	Família, pai, mãe, irmão, mãe
	Profissional de saúde	Vínculo

9.6. Apêndice F

Tabela 21.

Categorias e subcategorias das palavras evocadas na rede associativa associada ao termo indutor tratamento.

Categorias	Subcategorias	Elementos - exemplos
Tratamento	Medicamentoso	Medicamento, contínuo
	Não Medicamentoso	Chás, exercícios, alimentação, parar de beber, parar de fumar, mudança de hábitos
Aspectos do tratamento	Positivos	Sobrevivência, alívio dos sintomas, rotina, recuperação
	Negativos	Efeito colateral
Sentimentos	Positivos	Aceitar a doença, esperança, compreensão, carinho
	Negativos	Preocupação
Cuidados		Exames, medir a pressão, atenção, controle, auto cuidado, qualidade de vida
Avaliação	Positiva	Necessário, importante
	Negativa	Obrigação, Frustrante, ruim
Apoio	Social/familiar	Apoio familiar, rede de apoio, ajuda, filhos, esposa, família
	Profissional de saúde	Vínculo, grupos de apoio, apoio psicológico
Distração		Descanso, lazer, distração

continua...

Estado emocional	Ansiedade, tensão, calma, depressão, tristeza
Informação	Informação, educação em saúde, interesse, consciência
Acesso	Acompanhamento médico, acesso aos serviços de saúde, políticas públicas