



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Jean Paulo da Silva

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E RELAÇÃO COM PRÁTICAS DE CONTROLE DA
DOENÇA

Florianópolis
2014

JEAN PAULO DA SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E RELAÇÃO COM PRÁTICAS DE CONTROLE DA
DOENÇA**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós-
Graduação em Psicologia
da Universidade Federal de
Santa Catarina, para
obtenção do grau de mestre
em Psicologia.

Orientadora: Dra. Andréa
Barbará S. Bousfield

Área de Concentração:
Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico
Linha de Pesquisa:
Cognição e Representações Sociais

Florianópolis
2014

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

Silva, Jean Paulo da
Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica
e relação com práticas de controle da doença / Jean Paulo da
Silva ; orientadora, Andréa Barbará S. Bousfield -
Florianópolis, SC, 2014.
157 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3. Hipertensão
arterial. 4. Doenças crônicas não transmissíveis. I.
Bousfield, Andréa Barbará S.. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

Jean Paulo da Silva

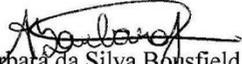
Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença

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

Florianópolis, 10 de fevereiro de 2014.



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



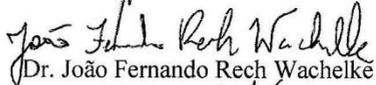
Dra. Andréa Barbara da Silva Bousfield
(PPGP - UFSC - Orientadora)



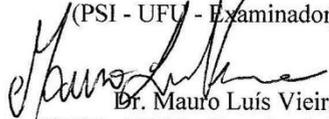
Dr. Brígido Vizeu Camargo
(PPGP - UFSC - Examinador)



Dra. Aracyana Delvan Stuhler
(PSI - UNIVALI - Examinadora)



Dr. João Fernando Rech Wachelke
(PSI - UFU - Examinador)



Dr. Mauro Luís Vieira
(PPGP - UFSC - Examinador)

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

AGRADECIMENTOS

Direciono meus agradecimentos primeiramente aos 60 participantes desta pesquisa que abriram suas portas de seus lares e me receberam de forma acolhedora.

Agradeço à Secretaria de Saúde de Jaraguá do Sul pelo apoio e disponibilidade demonstrados ao longo deste trabalho, e também a todos os profissionais de saúde que auxiliaram de forma essencial na busca pelos participantes.

Agradeço a toda equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS pelas valiosas contribuições e pelo incentivo recebido.

Agradeço aos amigos Claudia Borges e Ricardo Michalak pelo importante auxílio.

De forma especial agradeço à minha ex-professora Dra. Virginia Azevedo Reis Sachetti, a quem hoje com felicidade posso chamar de amiga e colega de trabalho. Seu incentivo e auxílio desde a graduação foram de inestimável valor.

Agradeço a toda minha família, especialmente aos meus pais, que de forma incondicional sempre estiveram prontos para compartilhar comigo palavras de incentivo e compreensão.

À minha amada Maira, pelo apoio constante, compreensão e amor, demonstrados todos esses anos. Sua força e coragem são exemplos preciosos para mim.

Por fim, dedico um agradecimento especial à professora Andréa Barbará S. Bousfield, orientadora deste trabalho. Fiquei honrado em ser seu primeiro orientando e ter vivenciado a experiência de mestrado sob sua orientação. Agradeço pela horizontalidade na relação, seu zelo e compreensão como orientadora.

Silva, Jean Paulo da (2014). Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e as práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica. Para isso foram caracterizadas as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento, bem como investigadas as atitudes, normas subjetivas e percepção de controle frente ao tratamento. Por fim foram investigadas as práticas de controle da doença realizadas pelos participantes. Participaram da pesquisa 60 usuários do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Jaraguá do Sul – SC que vivem com a hipertensão arterial há no mínimo dois anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada na residência dos participantes. A análise dos dados empregou estatística descritiva e relacional além de análise textual por meio do *software* IRAMUTEQ. Os resultados obtidos demonstraram que a representação social da hipertensão arterial e do tratamento compartilham entre si significados centralizados no contexto prático que envolve as demandas da doença. Assim a representação da hipertensão arterial aparece como uma mudança no organismo sinalizada pelos sintomas físicos. Essa mudança se materializa na ideia de pressão alta como algo mensurável, e essa noção exige práticas que se centralizam no uso do medicamento. A representação do tratamento traz a ideia de uma busca constante pelo controle da pressão arterial, que é garantida pelo uso diário do medicamento e medição da pressão arterial. A unidade de saúde surge como contexto onde as informações sobre o tratamento são validadas e os procedimentos realizados. Além disso, o tratamento é visto como uma forma de viver mais. A amostra apresentou alta favorabilidade às práticas de controle da doença, sendo que as mulheres foram mais favoráveis que os homens. A prática de controle mais realizada foi uso de medicamentos, enquanto a menos realizada foi prática de atividades físicas. A modificação de hábitos alimentares inadequados também apresentou baixa realização. As normas subjetivas, presentes no contexto familiar e médico mostraram-se influências relevantes sobre a intenção em realizar práticas relacionadas ao tratamento. Além disso, as

crenças normativas também se mostraram eficientes no aumento da intenção comportamental, e esta se correlacionou positivamente com a realização das práticas de controle. Verificou-se que as representações sociais e as práticas de controle se configuram em um contexto de influência, onde a visão da doença e do tratamento centrada em elementos como o medicamento pode ser indicativo da maior realização de práticas de controle que envolvem o uso de remédios e uma menor realização de práticas como atividades físicas regulares e redução do consumo de sódio e alimentos gordurosos. Ressalta-se ainda a necessidade de que as políticas públicas de saúde levem em consideração o conteúdo representacional presente no conhecimento social acerca do fenômeno da hipertensão arterial, implementando estratégias que sejam sensíveis às variáveis de gênero e idade.

Palavras-chave: Representações sociais; Hipertensão arterial; Doenças crônicas não transmissíveis.

Silva, Jean Paulo da (2014). Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the relation between the arterial hypertension social representation and the practice of disease control in people who live in this chronic condition. For that, the social representation of arterial hypertension and of treatment was characterized, as well as the attitudes, subjective norms and perceived behavioral control were investigated. Lastly were investigated the practices of disease control by the participants. Sixty users of Unique Health System (SUS) in the city of Jaraguá do Sul – SC participated of this study, they live with arterial hypertension at least two years. The data were collected through a semi-structured interview realized in the participant's house. The data analysis involved descriptive and relational statistics, besides textual analysis, made using the IRAMUTEQ software. The results demonstrate that the social representation of arterial hypertension and of treatment share together meanings centralized in the practical context that involves the disease demand. So, the arterial hypertension representation appears as a change in the organism, signalized by physical symptoms. This change is shown in the idea of high bloody pressure as a measurable thing, and it requires practices centralized in the use of medicines. The treatment representation presents the idea of a constant search of controlling arterial pressure, what is guaranteed by the daily use of medicine and arterial pressure measurement. The health unit is a context where the information about the treatment is validated and the procedures are realized. Moreover, the treatment is seen as a way of living more. The sample presented high favorability to the practices of disease control and the women were more favorable than the men. The practice of control more realized is the use of medicine, whereas the less realized is the practice of physical activity. The change of improper eating habits also presented low use. The subjective norms present in the familiar and medical context showed up as relevant influences over the intention of realizing practices related to the treatment. Furthermore, normative beliefs also showed up effective in the increase of behavioral intention and it correlated positively with the realization of practices of control.

The social representation and practices of control configure in a context of influence, where the vision of the disease and the treatment, centralized in elements as medicine, can be an indicative of more realization of practices of control that involves the medicine use and less realization of practices as regular physical activity and reduction of sodium consumption and fatty food. There is a necessity of health public policy take into consideration the representational content present in the social knowledge about the arterial hypertension phenomenon, implementing strategies that are sensitive to the gender and age variables.

Keywords: Social representation; Hypertension; Chronic non-communicable diseases

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes conforme grupos por faixa etária e tempo de diagnóstico	63
Tabela 2 – Frequência de visitas ao posto de saúde para verificação da pressão arterial	65
Tabela 3 – Médias da dimensão atitude frente às práticas de controle segundo variável sexo	83
Tabela 4 – Médias para normas subjetivas segundo variável faixa etária e tempo de diagnóstico	85
Tabela 5 – Médias para crenças normativas por faixa etária e tempo de diagnóstico	87
Tabela 6 – Médias para percepção de controle por faixa etária e tempo de diagnóstico	88
Tabela 7 – Médias para crenças de controle por faixa etária e tempo de diagnóstico	89
Tabela 8 – Médias para intenção comportamental por faixa etária e tempo de diagnóstico	90
Tabela 9 – Análise de regressão múltipla para intenção comportamental	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria do comportamento planejado	34
Figura 2 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do <i>corpus</i> Hipertensão	66
Figura 3 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do <i>corpus</i> Tratamento.	74
Figura 4 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do <i>corpus</i> Convívio	79
Figura 5 – Frequência de realização de medidas de controle da hipertensão	92
Figura 6 – Relacionamento entre elementos representacionais da hipertensão arterial	101
Figura 7 – Relacionamento entre elementos representacionais da hipertensão arterial	105

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1 A representação como um fenômeno social	25
3.2 Teoria das representações sociais: conhecimento científico para o estudo do senso comum	29
3.2.1 A abordagem dimensional das representações sociais.....	30
3.2.2 Representações sociais e relação com práticas sociais	32
3.3 Teoria do comportamento planejado: atitude, normas subjetivas e percepção de controle	33
3.3.1 Atitudes	36
3.3.2 Normas subjetivas	39
3.3.3 Percepção de controle do comportamento	40
3.4 Doenças crônicas não transmissíveis	41

3.4.1 A condição crônica	43
3.5 Hipertensão arterial sistêmica	45
3.6 Representações sociais e saúde	49
3.7 Hipertensão arterial e representações sociais	51
4 MÉTODO	55
4.1 Caracterização da pesquisa	55
4.2 Participantes	55
4.3 Instrumento de coleta de dados	56
4.4 Procedimentos de coleta de dados	58
4.5 Procedimento de análise de dados	60
4.6 Aspectos éticos	61
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
5.1 Caracterização dos participantes	63
5.2 Interesse e fontes de informação sobre a hipertensão arterial	64
5.3 Acompanhamento da pressão arterial	64
5.4 Representações sociais da hipertensão arterial.....	66

5.5 Representações sociais do tratamento da hipertensão arterial	72
5.6 Viver com a hipertensão arterial	78
5.7 Atitudes, contexto normativo e percepção de controle comportamental.....	82
5.7.1 Atitudes	82
5.7.2 Normas subjetivas	84
5.7.3 Crenças normativas	86
5.7.4 Percepção de controle	87
5.7.5 Crenças de controle	88
5.7.6 Intenção comportamental	89
5.8 Medidas de controle da hipertensão realizadas pelos participantes	91
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
6.1 Participantes	91
6.2 Representações sociais da hipertensão arterial, do tratamento e o viver com a doença	97
6.2.1 Representações sociais da hipertensão arterial	97
6.2.2 Representações sociais do tratamento	102
6.2.3 Viver com a hipertensão arterial	105

6.3 Atitudes, normas subjetivas, percepção de controle e intenção comportamental	106
6.3.1 Atitudes	106
6.3.2 Normas subjetivas e crenças normativas	109
6.3.3 Percepção de controle e crenças de controle	110
6.3.4 Intenção comportamental	111
6.4 Medidas de controle da hipertensão arterial realizadas pelos participantes	112
6.5 Representações sociais da hipertensão arterial e relação com práticas de controle da doença	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	137
ANEXOS	155

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por grande parte das mortes na atualidade, sendo apontadas como a causa de 63% dos óbitos registrados no mundo no ano de 2008 (Brasil, 2011a). Intensificando o problema, projeções apontam que essa proporção aumentará para 73% até o ano de 2020 (Oliveira-Campos et al., 2013).

No Brasil é ainda mais preocupante pois no ano de 2009, 72,4% das mortes registradas foram motivadas por DCNT, particularmente as relacionadas ao aparelho circulatório, diabetes, doenças respiratórias e câncer, desencadeadas principalmente por padrões de comportamento prejudiciais à saúde (Duncan et al. 2012).

Neste contexto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) aparece como um fator de relevância destacada, uma vez que no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde obtidos pelo Vigitel 2010, realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, estima-se que 25,5% dos homens e 20,7% das mulheres com idade igual ou superior a 18 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão arterial. Em relação às pessoas com 50 anos ou mais, essa estimativa aumenta para aproximadamente 50% dos homens e mais de 50% das mulheres (Brasil, 2011b).

No campo das doenças crônicas, a hipertensão arterial assume um caráter que necessita dupla atenção, pois é caracterizada tanto como uma doença, quanto como um fator de risco e agravamento para outras enfermidades. Além disso, ela não possui cura, e demanda um tratamento que se prolonga por toda a vida, objetivando o controle da pressão arterial e a melhoria na qualidade de vida da pessoa. O tratamento, ou como será abordado ao longo deste trabalho: práticas de controle; pode ser medicamentoso, por meio do uso de drogas específicas prescritas pelo médico; e(ou) não medicamentoso, quando envolve a modificação do estilo de vida da pessoa e adoção de comportamentos mais saudáveis como: alimentação adequada, redução do consumo de sódio, consumo moderado de bebidas alcoólicas, abstinência do tabaco, redução de estresse psicoemocional e prática de atividades físicas (Brasil, 2006; Figueiredo & Asakura, 2010; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

No contexto da aplicação de estratégias terapêuticas no controle da doença, a modificação de estilos de vida e adoção de comportamentos favoráveis à saúde aparecem como as principais

dificuldades na efetivação do tratamento, tendo em vista que a adesão à terapêutica é deficitária quando se trata da necessidade de modificar padrões comportamentais, principalmente quando estabelecidos durante um longo tempo de vida (Figueiredo & Asakura, 2010; Péres, Magna, & Viana, 2003).

Estudos voltados para as estratégias em saúde com foco nas doenças cardiovasculares e hipertensão arterial realizados em Santa Catarina têm abordado principalmente a temática relacionada à avaliação da assistência prestada aos pacientes (Helena, Nemes, & Neto, 2010; Rabetti & Freitas, 2011) e a prevalência de fatores de risco na população (Nunes Filho, Debastiani, Nunes, & Peres, 2007; Pereira et al., 2007). Contudo verifica-se a necessidade de desenvolvimento de estudos empíricos para suprir as lacunas existentes na compreensão acerca da dimensão representacional da hipertensão arterial, aprofundando seu significado construído e partilhado socialmente pelas pessoas.

Intensificando a problemática, pesquisas realizadas no Brasil e no mundo (Barros, Francisco, Lima, & César, 2011; Barros, Francisco, Zanchetta, & César 2011; Braveman, Cubbin, Egerter, Williams, & Pamuk, 2010; Taveira & Pierin, 2007) demonstram que as doenças crônicas ocorrem com maior frequência na população de menor renda e escolaridade, além disso, o estudo realizado por Barros, Francisco, Zanchetta et al. (2011) verificou que a maior prevalência desse tipo de doença no Brasil tende a ocorrer na população que não possui planos de saúde privados, sendo assim dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a expressiva demanda do setor público de saúde por dados que possam contribuir para eficiência dos serviços prestados, a presente pesquisa será desenvolvida no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Brito e Camargo (2011) afirmam que é primordial que as políticas de saúde levem em consideração as informações compartilhadas pelo pensamento social, no sentido de compreender o papel das representações sobre a doença que circulam em um determinado tempo e contexto. Além disso, é necessário aplicar estratégias que sejam sensíveis às variações de gênero, idade, contexto socioeconômico e cultural (Camargo et al., 2011).

Com base nesse panorama, demonstra-se a necessidade de compreender a forma com que as pessoas que vivem com hipertensão arterial se relacionam com a doença em um nível tanto social quanto individual, tendo em vista que essas duas dimensões estão entrelaçadas e se influenciam mutuamente. Não obstante, ressalta-se a relevância em

investigar a hipertensão arterial a partir das representações sociais criadas e compartilhadas pelas pessoas, permitindo assim, verificar sua relação com comportamentos específicos, neste caso as práticas de controle da hipertensão arterial.

O empreendimento dessa perspectiva de investigação resulta em abordar o conhecimento social do dito senso-comum, que segundo Morin (2004) se reflete no que se chama de representações sociais do objeto, estas por sua vez operam como agentes de influência nas práticas sociais dos sujeitos em um contexto de produção de sentidos e apropriação da realidade. Para Moscovici (2010) as representações sociais são um mecanismo de valores, ideias e práticas, e têm como função permitir às pessoas controlarem e orientarem-se em seu meio social, bem como prover uma rede de significados que possibilitem a comunicação sem ambiguidade dentro de uma realidade contextual, por meio de códigos para nomear e classificar seu mundo material e social.

Neste contexto, a psicologia social, mais especificamente a teoria das representações sociais (TRS), pode contribuir de forma pontual, aprofundando o saber a respeito dos fatores que favorecem e que dificultam a mudança de estilo de vida e uso correto da medicação. Oliveira e Zanetti (2011) afirmam que ela possibilita apreender o processo pelo qual os sujeitos constroem o conhecimento que circula em torno da doença, e que age como fator de influência na percepção de necessidades específicas relacionadas à saúde, e conseqüentemente na representação do próprio tratamento.

Em complemento, Rouquette (1998) salienta que é a partir das representações sociais que se faz possível o entendimento sobre como as pessoas compreendem determinado fenômeno e os elementos que lançam mão para determinar e justificar seus comportamentos. Dessa forma, segundo Abric (1998) e Moscovici (2010) as representações sociais se tornam tanto normativas, configurando o lugar de objetos dentro de um contexto social, quanto prescritivas, servindo como um direcionamento para as ações e relações sociais.

A relação entre representações sociais e comportamentos não configura um sistema de previsão simples e direta. Variáveis atuam nesse processo influenciando o comportamento de forma objetiva (Wachelke & Camargo, 2005). Entre essas variáveis, destacam-se a atitude frente ao objeto, as normas subjetivas, e também a percepção de controle do sujeito sobre o comportamento específico. Sendo assim, elas também serão abordadas neste estudo, pois com base no pressuposto teórico aqui adotado, entende-se que tais fatores são componentes que

sustentam a relação entre as representações sociais e os comportamentos.

O presente estudo busca contribuir com dados empíricos que possam fornecer subsídios para implementação de políticas públicas e estratégias em saúde mais assertivas e eficientes no combate à hipertensão arterial sistêmica. Cientificamente, a presente pesquisa contribui com o desenvolvimento da teoria das representações sociais, possibilitando novas reflexões acerca da relação entre representações e comportamentos, que tem se mostrado um ponto lacunar no âmbito da teoria. Além disso, este estudo inserido na área de pesquisa Processos psicossociais, saúde e desenvolvimento psicológico do Programa de Pós Graduação em Psicologia – UFSC, inaugura um novo campo de estudo, relacionado à hipertensão arterial, junto ao Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, que possui tradição em pesquisas que abordam saúde, doenças crônicas e representações sociais.

Diante do exposto, este estudo objetiva verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e as práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica. Para isso busca-se responder à seguinte pergunta: **Qual a relação entre representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Verificar a relação entre representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica;
- Caracterizar as representações sociais do tratamento da hipertensão arterial sistêmica;
- Investigar a dimensão atitude da representação social dos participantes frente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica;
- Investigar as normas subjetivas relacionadas à hipertensão arterial sistêmica;
- Investigar a percepção de controle dos participantes sobre as práticas de controle da hipertensão arterial sistêmica;
- Identificar as práticas de controle da hipertensão arterial sistêmica adotadas pelos participantes;
- Analisar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e práticas de controle adotadas pelos participantes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A representação como um fenômeno social

O conceito de representação há muito tempo é debatido por teóricos das mais diversas áreas de conhecimento como Psicologia, Filosofia, Sociologia, Antropologia, Economia, Linguística entre outros. Apesar do longo percurso teórico do conceito de representação, não há uma definição consensual sobre ele, havendo tanto aspectos semelhantes quanto aspectos distintos nas várias formulações sobre o tema.

Sperber (2001) afirma que a multiplicidade encontrada nas definições conceituais de representação é reflexo da grande diversidade teórica e pragmática inerente ao fenômeno. Nesse sentido o termo representação se torna mais preciso quando está acompanhado dos adjetivos cultural, coletiva, simbólica, ou social, envolvendo perspectivas teóricas particulares, mas que por sua vez compartilham alguns componentes próximos como signos, significação, símbolo ou saberes.

No contexto da Psicologia, Vala (2006) ao posicionar a representação enquanto objeto de debate teórico do saber psicológico argumenta que a utilização do conceito pode ser dividida em duas perspectivas de entendimento. Na primeira a representação é considerada enquanto reflexo interno de um objeto externo, estando sujeita a distorções e vieses decorrentes do funcionamento do sistema cognitivo, sendo assim resultado de processos psicológicos em um caráter de reproduções mentais da realidade. Na segunda perspectiva, a representação é entendida como uma construção, onde não há separação entre o universo interno e o externo do sujeito, onde a representação passa a influenciar tanto o recebimento do estímulo quanto a resposta consequente.

É nesta segunda perspectiva que Moscovici orienta seu entendimento sobre representação, aprofundando ao decorrer do desenvolvimento das teorizações sobre o que veio chamar de representação social. Assim, a representação expressa em primeiro plano uma relação entre sujeito e objeto e tem papel na gênese dessa relação (Moscovici, 2012).

Uma representação interna não pode ser descrita de forma primária, pois necessita ser parafraseada, resumida, traduzida para o universo público, ou seja, é necessária uma representação da representação. Assim o processo pode ser tratado como uma

interpretação da realidade, onde a representação comunicada é uma interpretação da representação interna. Esse processo também ocorre no sentido inverso, onde a representação mental interpreta uma representação pública e comunicada (Sperber, 2001). Esse caráter marcadamente construtivo da representação é visto como forma de produção de conhecimento tangível e apropriação do real, onde representar não é apenas repetir a ideia de um objeto, mas sim transformá-lo, modificar seu conteúdo e dar-lhe um significado. Esse trajeto da formação do conhecimento é formado pela interpenetração da percepção e do conceito condicionada pelos processos comunicacionais, fazendo com que haja uma materialização da realidade abstrata (Moscovici, 2012).

A formação da representação com base na apropriação da realidade descreve a relação entre os indivíduos e o mundo, tendo como produto a construção de um conhecimento consensual sobre esse real. Essa visão pode ser distinta em outros grupos e em outros tempos, mas exerce a mesma função primária – a de prover um guia para ação e trocas cotidianas, constituindo-se em um crivo para interpretar o mundo (Jodelet, 2001).

Ao longo de seu desenvolvimento a sociedade utiliza representações mentais para compreender e apreender a realidade a sua volta. Jodelet (2001) explica esse processo como sendo parte da necessidade das pessoas em obter informações sobre a realidade e produzir soluções para os problemas que surgem em seu contexto.

Utilizando-se do conceito de representação, Serge Moscovici desenvolveu sua tese de doutorado durante a década de 1950 na França, que resultou na publicação da obra *La psychanalyse, son image et son public*, considerada a base fundadora da teoria das representações sociais. Essa obra consistiu em um estudo sistematizado de como a psicanálise enquanto conhecimento científico introduziu-se na sociedade parisiense da época, com seus conceitos e termos fazendo parte dos processos comunicacionais do dia-a-dia e incorporando-se ao senso comum nos diversos grupos sociais (Vala, 2006).

Por representações sociais compreende-se um conjunto de conceitos, ideias e explicações sobre a realidade, sendo originadas na vida cotidiana por meio da comunicação interindividual, refletindo formas particulares de uma sociedade adquirir conhecimento sobre o mundo e comunicá-lo em um sistema de constante produção de saberes (Moscovici, 1982). Além disso, constituem-se como uma forma de conhecimento, que é produzido e partilhado pela sociedade, tendo

objetivo prático e construindo uma realidade comum aos membros de um grupo (Jodelet, 2001).

As representações sociais propostas por Moscovici inauguram uma crítica em relação ao paradigma cognitivista prevalente na psicologia social da época, onde a representação era mera mediadora na relação do sujeito com o objeto. Dessa forma, a proposta de Moscovici coincide com os avanços verificados no Cognitivismo ao longo dos anos, onde a representação passa a assumir tanto o papel de constituinte do estímulo quanto de modelador da resposta. Nesse sentido ela passa a ser uma variável independente, que no que concerne ao seu estudo, implica, em um nível de análise, conceber o sujeito no contexto de suas pertencas sociais e seus processos comunicacionais, além de considerar a funcionalidade e eficácia prática presente na representação produzida pelo grupo (Vala, 2006).

A sociedade não é vista por Moscovici como um conjunto de pessoas meramente receptoras de informação e conhecimento, ao contrário, a sociedade pensa por si mesma, em constante produção de significados para explicar a realidade que as cerca, com vista em sua historicidade e vivência social. O conhecimento resultante disso é materializado nas representações sociais, com objetivo de encontrar soluções às demandas do cotidiano. Para formalizar essa proposição Moscovici introduz o termo “sociedade pensante”, retratando um cenário onde as pessoas constroem o conhecimento, apropriam-se dele, transformam e o partilham, assumindo um aspecto de “filosofias” informais que exercem impacto nas relações sociais de modo geral. O conhecimento desenvolvido pela ciência, pelas ideologias e que chega até os sujeitos é apenas o alimento para esse pensamento social, marcando o caráter mutável das representações, uma vez que são entidades sociais que possuem vida própria, relacionam-se entre si por meio da comunicação, contrapõe-se ao longo de sua história, se modificam, deixam de existir e voltam a emergir sob novas aparências (Moscovici, 1982, 2010).

Jodelet (2001) ressalta a presença de vários elementos na representação social. Aponta que apesar de por vezes alguns deles serem estudados de forma isolada, como elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros, todos organizam-se necessariamente como um saber acerca da realidade comum à um grupo social.

Na discussão teórica do fenômeno das representações sociais, Abric (1998) pontua quatro funções essenciais das representações:

- Função de saber – diz respeito ao aspecto de explicação e controle do mundo real por parte dos sujeitos, que produzem coletivamente os saberes de senso comum, buscando uma adequação aos valores e crenças às quais está submetido;
- Função identitária – fazem parte de um quadro de identificação dos sujeitos que as criam e partilham, tendo em vista um conjunto de normas e valores sociais historicamente determinados que os situa em um determinado contexto grupal;
- Função de orientação – as representações sociais direcionam comportamentos e práticas sociais, assumindo um aspecto preditor da relação do sujeito com objetos determinados;
- Função justificadora – possuem a característica de justificar as ações e comportamentos realizados pelos sujeitos integrando um referencial de identificação grupal e coerência com as práticas sociais prevalentes no contexto;

Aspectos relacionados com a ação do sujeito sobre a realidade fazem parte da estrutura da representação social. Nesse sentido a proposição de Moscovici (1982, 2010, 2012) reitera essa relação, pois define que as representações sociais influenciam a formulação de comportamentos e a comunicação entre as pessoas no convívio social, uma vez que é determinante do estímulo e da resposta. Abric (1998) vai ao encontro dessa perspectiva afirmando que as representações sociais funcionam como um guia para a ação no meio, de forma pragmática.

Mas afinal, toda representação é social? Vala (2006) propõe que as representações sejam caracterizadas como sociais a partir de alguns critérios objetivos: *critério qualitativo* – a representação é social se é partilhada entre os membros do grupo; *critério genético* – ela é social se é produzida de forma coletiva; e *critério funcional* – é social quando possui uma função social dentro de um contexto, orientando relações, comportamentos, comunicações.

A resolução de problemas, a modelação de interações sociais, o fornecimento de guias para ação no meio social são justificativas relevantes para a formação das representações, e com isso transbordar o conteúdo capturado de uma ciência, ideologia ou cultura. Como já mencionado, esse processo é variável e constituído de fatores que se sobressaem em diferentes grupos, como atitudes, comportamentos, normas, entre outros, mas que de forma invariável estão condicionados a uma relação quando são vistos como parte da representação. E isso é fator constitutivo da realidade nas relações sociais, a troca social

mantida pelos processos comunicacionais, sustentando a formação das representações sociais em um contexto coletivo (Moscovici, 2012).

3.2 Teoria das representações sociais: conhecimento científico para o estudo do senso comum

Ao tratar do fenômeno do conhecimento, Moscovici diferencia dois universos distintos em que a produção dos saberes se desenvolve: um universo consensual e um universo reificado. Estes dois polos se referem a conhecimentos com formas e objetivos distintos, mas que possuem uma relação de influência entre si e sobre a cultura, por meio dos processos de comunicação existentes na sociedade (Moscovici, 1982, 2010).

No universo consensual o conhecimento é originado no âmbito das relações sociais e na interação cotidiana, gerando saberes que se aplicam a resolução das demandas práticas do meio. Assim, o próprio homem torna-se a medida para a realidade, e os sujeitos, por meio da construção de saberes, buscam transformar o não familiar em familiar, o desconhecido em conhecido, para tanto, utilizam-se das representações sociais (Moscovici, 1982).

Por outro lado, o universo reificado diz respeito a um contexto onde a produção do conhecimento se estrutura buscando objetividade, sistematização e hierarquização dos saberes (Moscovici, 2010). Dessa forma, o conhecimento produzido acerca da realidade torna-se alheio ao desejo humano, à influência de sua consciência. Busca-se a objetividade, e ao contrário do universo consensual, objetiva-se transformar o familiar em não familiar, salientando o caráter constitutivo do conhecimento científico por exemplo. Assim, fica evidenciado o pertencimento da representação social enquanto fenômeno e conhecimento de senso comum ao universo consensual, enquanto a teoria das representações sociais (TRS), por seu caráter sistematizado e científico inclui-se no universo reificado (Moscovici, 1982).

A TRS originou-se no âmbito da psicologia social, mais especificamente dentro de uma psicologia social do conhecimento. Nessa perspectiva o saber nunca é mera cópia ou reprodução da realidade e sim uma produção resultante das interações e comunicações estabelecidas pelas pessoas, sendo que sua expressão está intimamente ligada aos interesses do grupo na resolução das demandas do contexto social (Duveen, 2010; Jodelet, 2001; Vala, 2006). Ela se caracteriza como uma teoria sociológica de psicologia social, dimensionada de

acordo com uma perspectiva europeia, incidindo foco de estudos sobre as relações intergrupais a partir de uma abordagem societal dos processos sociopsicológicos (Farr, 1994, 1998).

Ao posicionar a TRS e qualificá-la enquanto proposta crítica ao individualismo presente na psicologia social, Moscovici (2010) afirma que o estudo das representações não deve se limitar a uma passagem estéril do emocional para o intelectual, do significativo para o concreto, pois todo tipo de cognição e comportamento têm sua relevância condicionada ao significado que implicam, e este só se constitui quando duas ou mais pessoas partilham de uma linguagem comum. Isso qualifica o aspecto social da representação e valoriza seu conteúdo como algo primário na determinação das relações sociais.

3.2.1 A abordagem dimensional das representações sociais

Na TRS a proposta dimensional das representações sociais desenvolvida por Moscovici define que as representações sociais estão organizadas conforme as proposições, reações ou avaliações de cada cultura ou grupo social, estruturando-se em três elementos dimensionais: informação, atitude e campo. A dimensão da informação diz respeito ao conhecimento que o grupo possui sobre o objeto representado, sua quantidade e qualidade. A atitude reflete um posicionamento valorativo frente ao objeto, como favorável/desfavorável, em um caráter de orientação global e preparação para a ação, ligada a história do indivíduo e do grupo. E por fim, a dimensão campo se refere à imagem, uma ideia ou teoria mental formada acerca do objeto (Moscovici, 2012; Santos, 2005).

A existência de dimensões distintas que se relacionam entre si não reflete a presença desses três universos em todo o conhecimento social acerca de um objeto. Assim, uma das características da abordagem dimensional é justamente possibilitar a verificação de dimensões que se destacam em relação às outras. Moscovici demonstrou isso em seu estudo sobre a inserção dos saberes da psicanálise na sociedade parisiense. Em sua pesquisa verificou que as três dimensões da representação social (informação, atitude, campo) nem sempre se manifestavam de forma combinada entre os grupos estudados, sendo que em alguns deles a dimensão atitude estava mais presente, enquanto as dimensões informação e campo eram difusas e pouco estruturadas (Moscovici, 2012). Para ele, em geral a atitude tende a ser a dimensão mais presente, e argumenta que possivelmente seja a primeira em uma hierarquia genética estabelecendo um processo em que se informa sobre

um objeto e o representa após tomar uma posição (atitude) frente a ele. Ressalta-se que essa proposição suscita diversos e pontuais debates teóricos no campo da psicologia social sobre os quais não há intento em aprofundar neste trabalho.

A abordagem dimensional favorece a análise das diferentes dimensões nos e entre os grupos, além da contemplação do conteúdo de cada uma delas e sua relação com as demais variáveis sociais presentes na construção desse conhecimento. Para Santos (2005) analisar as dimensões latentes que dão base para a construção das representações sociais permite verificar a formação do conteúdo representacional presente no quadro social ao qual o indivíduo se insere.

Para a TRS a sociedade é realidade objetiva e também produto humano, entretanto quando é apropriada pelos sujeitos, passa a ser uma realidade subjetiva. Esse movimento não caracteriza uma mera reprodução da realidade objetiva e sim uma construção de significados e reconstrução do objeto que estão intimamente ligados à processos cognitivos, cultura e dinâmica das relações sociais (Santos, 2005).

Dessa forma toda representação social possui uma história, onde ao longo do tempo ela nasce, cria suas raízes na sociedade, modifica-se por meio dos processos comunicacionais, e em seguida morre, podendo ressurgir sob novas aparências. Esse ciclo de vida das representações demarca sua gênese em dois processos específicos segundo Moscovici: objetificação e ancoragem (Almeida, 2005). Tais processos são classificados por Vala (2006) como processos sociocognitivos de formação das representações sociais.

A objetificação consiste em transformar o que é abstrato em concreto, produzindo uma imagem. Nesse processo algumas informações são privilegiadas enquanto outras são descartadas, fazendo com que essas informações sejam distorcidas no intuito de simplificar a apreensão do objeto (Almeida, 2005). Desmembrando esse processo são encontrados três momentos específicos: *construção seletiva* – onde as informações são selecionadas dando preferência para alguns pontos e menos a outros; *esquematização* – que diz respeito à uma forma de organização da representação em esquemas estruturantes, nós de significados que em relação com outras imagens criam um todo coerente; e por fim a *naturalização* – que se refere a passagem efetiva da representação para o repertório de conhecimento do sujeito, possuindo uma contrapartida no mundo real (Vala, 2006).

A ancoragem é um processo no qual o sujeito torna familiar o não familiar, buscando referências em outros objetos já apreendidos para

adequar os novos objetos ao qual se depara no dia-a-dia. Buscam-se semelhanças que tornem possível associar objetos por suas características, criando uma área de conforto em relação ao controle do real, passando por um processo chamado de *assimilação* – quando o novo objeto é incorporado a uma representação já existente; e *acomodação* – que é a adequação e lapidação da nova representação em relação a essas referências representacionais (Moscovici, 2010; Vala, 2006).

3.2.2 Representações sociais e relação com práticas sociais

Segundo Jodelet (2001) a representação social estabelece relação com as práticas sociais, pois é uma forma de conhecimento que orienta os sujeitos no meio, conduzindo suas ações em consonância com os saberes compartilhados socialmente. Adota-se assim, o entendimento de práticas sociais como sistemas de comportamentos ou ações que estão inseridos em um contexto de implicação social ao qual tem sua funcionalidade dirigida. Entender as práticas nesta perspectiva possibilita definir os comportamentos como elementos que compõem um conjunto referencial ao qual se conectam socialmente (Dany & Abric, 2007).

As representações sociais desenvolvem orientações para ação (Moscovici, 1982). Entretanto, essa característica não determina de forma linear a ocorrência de um comportamento. Conforme Rouquette (1998) a relação de determinação entre representações sociais e práticas assume um caráter de junção de elementos na resolução de um problema, ou seja, constituem efetivamente peças para resolução do problema, mas a ocorrência do evento está condicionada também a fatores ambientais e do próprio indivíduo.

Para Wachelke e Camargo (2007) as influências que existem entre representações e comportamento são configuradas em uma via de mão dupla, onde convencionalmente na produção científica sobre representações sociais, o comportamento assume a forma de práticas sociais, sendo que este comportamento é relevante quando emitido em um contexto de pertencimento grupal. Essa influência recíproca se dá na representação, que é condição para a prática, e esta por sua vez é agente de transformação da representação (Rouquette, 1998).

A realização de um comportamento ou de uma determinada prática social possui um sistema complexo que condiciona sua ocorrência ou não. Modelos teóricos e formas de compreender a visão que as pessoas possuem sobre determinados objetos sociais, como a

TRS, têm se debruçado sobre o contexto da saúde em uma proposta de investigação acerca das possibilidades de previsão do comportamento. Apesar dessa problemática ainda não estar resolvida pela psicologia social, algumas inferências e considerações contribuem para o entendimento de aspectos relacionados a esse processo. A seguir serão abordados alguns fatores que exercem influência sobre esse complexo considerados dentro da Teoria do Comportamento Planejado - TPB (Ajzen, 1991,2005). A utilização dessa perspectiva no presente estudo busca atender à proposta dimensional das representações sociais, articulando elementos individuais que influenciam práticas sociais enquanto a dimensão interacional e societal é investigada por meio da TRS.

3.3 Teoria do comportamento planejado: atitudes, normas subjetivas e percepção de controle do comportamento

Modelos teóricos sobre o comportamento originados no âmbito da psicologia social e aplicados principalmente no campo da saúde como o Modelo de crença na saúde; a Teoria motivacional da proteção; o Modelo de processamento espontâneo; a Teoria da ação refletida; e por fim a ampliação desta, a Teoria do comportamento planejado (TPB), buscaram compreender os motivos pelos quais um comportamento ocorre, sendo que no contexto da saúde, questões como o uso de preservativo, adesão ao tratamento e práticas de proteção são alguns dos exemplos de investigações que abordam esse processo (Stroebe & Stroebe, 1995).

Na TPB Ajzen (2005) desenvolve um modelo em que estão presentes três fatores principais – atitude frente ao comportamento, normas subjetivas e percepção de controle sobre o comportamento – que combinados são responsáveis por formar a intenção de um sujeito em desenvolver um comportamento específico (Moutinho & Roazzi, 2010). Com isso, a intenção comportamental é vista como um fator de maior precisão na busca pela previsão comportamental.

A intenção comportamental é entendida como a disposição para realizar o comportamento, sendo que este é tomado sob o controle volitivo do indivíduo (Ajzen, 1991, 2005). Assim compreende-se que um comportamento específico, como por exemplo, fazer uso diário de um medicamento, está sendo ponderado pelo indivíduo em um caráter de expressão racional.

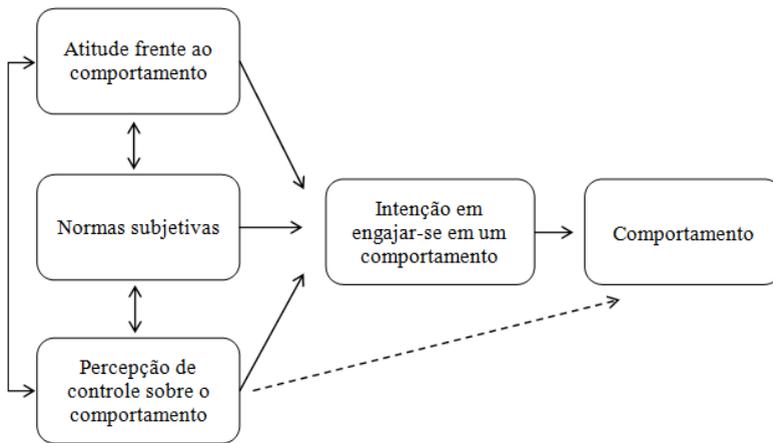


Figura 1. Teoria do comportamento planejado (adaptado de Ajzen, 1991).

A relação intenção-comportamento não se dá de forma exatamente estável, entretanto assume-se que de uma forma geral as pessoas tendem a comportar-se conforme suas intenções. Ajzen (2005) cita diversas meta-análises que investigaram a correlação entre intenção e comportamento, demonstrando fortes relações entre esses dois fatores.

A linha tracejada vista no modelo gráfico expresso na figura 1 materializa uma relação direta entre percepção de controle sobre o comportamento e comportamento. Segundo Stroebe e Stroebe (1995) essa relação existe, porém de forma bastante situacional, onde o indivíduo possui uma avaliação realista sobre o controle que possui sobre o comportamento em relação àquele momento específico, assim ele pode avaliar que mesmo tendo intenção em realizar um comportamento, não o pode devido à uma variável que determina seu contexto de controle. Um exemplo pode ser visto no caso de um paciente que teria intenção de tomar o medicamento na hora correta, porém não poderá fazer, pois seu medicamento acabou e não há como adquirir mais naquele momento, resultando assim na não realização do comportamento. Dessa forma verifica-se que em situações semelhantes a realização do comportamento não passa pela determinação da intenção.

O exemplo expressa a grande necessidade de abarcar as variáveis que compõem o contexto, a fim de poder especificar cada

comportamento em relação à sua expectativa de previsão. Ajzen (1991, 2005) descreve a necessidade de haver compatibilidade entre os instrumentos que buscam medir a intenção comportamental e o comportamento, pois de acordo com ele, as ferramentas para medida devem conter a mesma especificidade que o comportamento. Um exemplo de incompatibilidade são ferramentas de medição para intenção em realizar um comportamento que investiguem atitudes gerais frente a ele, assim não haverá uma correspondência adequada entre os níveis de generalização. Para Ajzen (1991,2005) é necessário que seja verificado: 1) a especificidade do comportamento (definindo-o de forma clara e objetiva); 2) o alvo ou objeto do comportamento (que no caso de fumar pode ser o cigarro); 3) o contexto (local onde ocorre a ação); e 4) tempo (período em que ocorre a ação). Observando esses fatores é possível desenvolver instrumentos que captem de forma mais precisa a intenção comportamental e consequentemente sua relação com o comportamento.

Moutinho e Roazzi (2010) advogam que a TPB é um modelo adequado e particularmente útil para programas e projetos que busquem a mudança de comportamentos das pessoas em relação a um alvo específico. O que o aproxima do campo da saúde. Entretanto, Stroebe e Stroebe (1995) ressaltam que práticas que objetivam influenciar comportamentos favoráveis à saúde de modo a potencializa-los só obterão sucesso se atingirem de forma relevante as atitudes frente ao comportamento, as normas subjetivas e a percepção de controle sobre comportamento.

Crenças permeiam todo o modelo de comportamento e exercem influência direta sobre cada um dos componentes, dessa forma atitudes são influenciadas por crenças comportamentais, normas subjetivas por crenças normativas, e por fim percepção de controle por crenças de controle sobre o comportamento (Ajzen, 2002). Para Fishbein e Ajzen (1975) as crenças são formadas pela informação que o sujeito possui sobre o objeto. Assim, de forma geral, uma crença relaciona um determinado objeto à atributos que vão lhe conferir a característica de signo. Por serem subjacentes aos outros componentes do modelo teórico da TPB, as crenças desempenham papel fundamental na determinação das intenções e comportamentos (Moutinho & Roazzi, 2010).

A construção de crenças sofre a influência dos fatores contextuais, sendo que uma importante fonte de aprendizagem de crenças pode ser encontrada nos grupos e pessoas que são referência para o indivíduo. Além disso, instituições normalizadoras como escola, igreja, família veiculam informações que são apropriadas e convertidas

em crenças de avaliação da realidade e auxílio para ação no meio (Lima, 2006).

Cada um dos itens que compõe o modelo possui complexidades particulares e relações específicas com a intenção comportamental. Portanto a seguir será abordado cada um deles a fim de maior especificação.

3.3.1 Atitudes

Tendo em vista a existência de várias definições e teorizações sobre atitudes, a proposta do presente trabalho não tem por objetivo aprofundar a problematização referente a esse campo de investigação, entretanto faz-se necessário conceituar objetivamente a perspectiva aqui adotada para este importante conceito.

As atitudes em seu campo de construção e aplicação no cotidiano exercem influência sobre os comportamentos das pessoas e a forma com que se relacionam com o mundo. Conhecer as atitudes permite compreender como as pessoas pensam, sentem e reagem frente aos eventos que demandam posicionamentos pessoais no contexto de suas interações sociais (Neiva & Mauro, 2011).

Atitude é caracterizada como uma disposição a posicionar-se de maneira favorável ou desfavorável frente a um objeto social, que pode ser uma pessoa, ferramenta, instituição ou até mesmo uma ideia (Stroebe & Stroebe, 1995; Doise, 2001). E apesar das estruturas e elementos do conceito de atitude sofrerem variações nas diversas perspectivas teóricas, um atributo é mantido em comum: a natureza avaliativa da atitude (Ajzen, 1991, 2005; Lima, 2006; Neiva & Mauro, 2011). Nesse sentido, a avaliação implica uma tomada de posição, que por sua vez está sempre inserida em um uma dinâmica social presente no contexto do sujeito, onde constantemente sua manifestação é demandada nos processos inerentes às relações sociais e pertencas grupais (Doise, 2001).

As atitudes invariavelmente se direcionam a um objeto, ou seja, sempre que se refere à atitude de um indivíduo ou grupo, questiona-se: atitude frente a quê? Além disso, elas se referem a experiências subjetivas, pois são construídas com base na história e aprendizagem do sujeito ou grupo (Fishbein & Ajzen, 1975; Lima, 2006).

Stroebe e Stroebe (1995) especificam que habitualmente a psicologia social ao estudar as atitudes, define três componentes que as estruturam: cognitivos, afetivos e comportamentais.

Os componentes cognitivos são pensamentos e crenças sobre o objeto avaliado, sendo que a avaliação pode estar relacionada às crenças sobre determinadas características do objeto percebidas pelo sujeito, compondo sua avaliação positiva ou negativa. Conforme Lima (2006) é por meio das crenças que as pessoas encontram argumentos para justificar e defender suas posições atitudinais. Rodrigues, Assmar e Jablonski (2002) apontam que as crenças podem ser informacionais, quando indica o que as pessoas acreditam sobre fatos de uma situação, e avaliativa quando ela indica o que a pessoa acredita em relação a ser bom, mau, justo ou injusto.

Os componentes afetivos consistem nas emoções experimentadas pelo sujeito em relação ao objeto, implicando em um sentimento pró ou contra que se caracteriza enquanto uma avaliação agradável ou desagradável, bastante ligado à forma com que a pessoa se sente em relação ao objeto (Neiva & Mauro, 2011).

E por fim os componentes comportamentais são ações relacionadas à avaliação do objeto, indicando uma intenção comportamental, onde o sujeito mediante a avaliação positiva ou negativa frente ao objeto manifesta a intenção de desenvolver um comportamento. Rodrigues, Assmar e Jablonski (2002) esclarecem que o componente comportamental é resultado da interação entre os componentes cognitivos e afetivos.

Em relação ao processo de construção das atitudes, Lima (2006) explica que elas são originadas nas interações sociais, nos processos de comparação, identificação e diferenciação sociais, em uma crescente histórica que permite às pessoas se posicionarem frente às demandas do contexto. Esse processo é dinâmico, gerando modificações em sua estrutura e forma ao longo do tempo, porém sem representar uma completa substituição de uma atitude por outra, mas sim uma sobreposição de atitudes, possibilitando o surgimento de múltiplas atitudes frente a um mesmo objeto.

Em uma perspectiva mais pragmática surge o questionamento em relação às funções das atitudes. Para que servem? Nesse sentido existem enfoques teóricos que sustentam a necessidade das atitudes presentes na interação social, além da justificativa de seu processo de construção. Um desses enfoques é o que ressalta a função motivacional das atitudes, onde elas são formadas para atender a demandas do meio, agindo, portanto como fator de ajustamento da personalidade ao contexto, em um caráter pragmático de mediação entre as demandas internas do sujeito e seu mundo externo (Lima, 2006; Neiva & Mauro, 2011).

Apesar de uma possível semelhança pragmática encontrada nos conceitos faz-se necessário diferenciar atitude de traços de personalidade. Diante disso, a diferenciação se dá no fato de a atitude ser necessariamente avaliativa e direcionada a um objeto, enquanto os traços de personalidade não são em essência avaliativos, mas sim uma indicação sobre uma tendência de respostas, que por sua vez são centradas no indivíduo em um contexto mais global, como a tendência à sociabilidade ou autoconfiança (Ajzen, 2005; Lima, 2006).

Há também a perspectiva que salienta as funções cognitivas das atitudes, defendendo que estas exercem influência sobre a forma como a informação será processada. Com raiz nos anos 50, esse enfoque se baseia principalmente em duas teorias de grande importância para a psicologia social: o princípio de equilíbrio – formulado por Heider (1958-1970) onde postula que o ambiente interno e subjetivo do sujeito é organizado por ele em um contexto onde está presente o *indivíduo* que percebe o mundo, a *entidade* que é outra pessoa ou objeto – e a *relação* que é o sentimento positivo ou negativo em relação ao objeto. Esse contexto se expressa em um relacionamento triangular e configura para o sujeito a organização interna da realidade externa, sendo que nesse sentido Heider afirma que o sujeito tende a dar preferência às situações que representem equilíbrio entre seu ambiente subjetivo e o sentimento presente na relação com o objeto. A outra teoria é o princípio da redução da dissonância cognitiva proposta por Festinger em que explica a necessidade de todos os indivíduos de encontrar consonância entre as diversas cognições que possuem sobre um mesmo objeto. Assim, ele expressa que quando há dissonância, o sujeito tende a aumentar a importância dada às cognições consonantes e diminuição das dissonantes (Lima, 2006).

Outra perspectiva presente é a que ressalta as funções sociais das atitudes. Mesmo sendo um processo de aprendizagem e de caráter subjetivo, não significa que as atitudes sejam uma variável limitada ao universo individual. As atitudes refletem uma propriedade iminentemente social que prevalece no processo da apropriação individual de atitudes sociais, além de suas funções nas interações que o indivíduo estabelece na sociedade. Sendo assim, processos de influência social agem de forma massiva na formação de atitudes (Lima, 2006).

Por fim há a perspectiva que ressalta as funções de orientação para ação, onde a ligação se dá de forma mais próxima entre as atitudes e a forma com que as pessoas se comportam, ou seja, as atitudes funcionam como uma variável que auxilia a predição do comportamento das pessoas. Entretanto essa relação não se dá de forma linear. Fishbein

e Ajzen (1975) advogam que as atitudes são fatores importantes para a predição do comportamento humano, porém é necessário distinguir atitudes gerais frente a um objeto (atitude religiosa, atitude frente a um grupo específico) de atitudes mais específicas frente a um comportamento relacionado ao objeto (atitude em relação à participar de um ritual religioso; atitude em relação a tomar um determinado medicamento). Para eles as atitudes de caráter mais geral apenas influenciam o comportamento de forma indireta, enquanto as atitudes mais específicas seriam uma ferramenta útil para previsão do comportamento.

Ajzen (1991) afirma que atitudes mais gerais são facilmente atenuadas na presença de outras variáveis do contexto que envolve o objeto, restringindo sua influência a apenas alguns aspectos fragmentados do comportamento específico. A correlação entre atitudes e comportamentos precisa, portanto, ser estudada em níveis de análise semelhantes, tendo em vista que a especificidade do objeto de atitude deve ser compatível com a especificidade do comportamento a ser desenvolvido (Stroebe & Stroebe, 1995).

3.3.2 Normas subjetivas

As normas subjetivas, na perspectiva sugerida por Ajzen (1991, 2005) são definidas como fatores que se relacionam com crenças de aprovação/desaprovação ou de realização/não realização do comportamento específico pelo grupo em que esse sujeito se insere e que lhe serve de referência. A variação desse grupo enquanto ambiente é determinada pelo tipo do comportamento envolvido em cada situação.

De forma pontual, Stroebe e Stroebe (1995) afirmam que as normas subjetivas dizem respeito a crenças do indivíduo direcionadas à forma com que as pessoas ou grupos que são importantes para ele, esperam que ele se comporte frente a um objeto social. Nesse sentido, as normas subjetivas estão relacionadas aos processos de influencia social em uma equação que quanto maior a percepção do indivíduo em relação à pressão social exercida pelo seu grupo de referência, ou pessoas importantes para ele, de modo a incentivar ou não um determinado comportamento, maior será a intenção do sujeito de comportar-se conforme esperado por esse grupo (Ajzen, 2005; Moutinho & Roazzi, 2010).

As normas subjetivas são formadas pelas crenças normativas e pela motivação para concordar com o referente. Assim, as crenças

normativas se referem a uma espécie de pressão exercida pelo meio, criada pelas pessoas que são importantes para o indivíduo: família, amigos, professores, etc. Enquanto a motivação para concordar com o referente diz respeito à motivação do indivíduo a concordar com essas pessoas ou não. Assim, a combinação desses dois fatores age como fator de influência sobre a intenção de um indivíduo realizar um comportamento ou não (Ajzen, 1991; Moutinho & Roazzi, 2010).

3.3.3 Percepção de controle do comportamento

A percepção de controle do comportamento diz respeito a variáveis que se relacionam com crenças de existência ou não de fatores que possam facilitar ou dificultar a emissão do comportamento, ou seja, quanto mais o sujeito crê possuir recursos adequados e menores forem as dificuldades percebidas por ele para realização do comportamento específico, maior será o controle comportamental percebido (Lima, 2006; Stroebe & Stroebe, 1995).

No que diz respeito aos fatores que influenciam a percepção de controle da pessoa sobre o comportamento, Ajzen (2005) explica que há fatores internos e externos que operam nesse processo. Entre os internos podem ser exemplificados a informação que o sujeito possui acerca da situação à que o comportamento se dirige, além de aptidões e capacidades. Com relação aos comportamentos de saúde, muitas vezes os fatores internos representam uma grande ameaça, pois em muitos casos mesmo sabendo da necessidade de realizar um determinado comportamento favorável à saúde, com base em experiências prévias a pessoa sabe que dificilmente realizará a prática necessária (Stroebe & Stroebe, 1995). Dessa forma, demonstra-se a importância das variáveis relacionadas à história de vida frente às situações de saúde e doença, que agem como determinantes na percepção de controle do comportamento.

Os fatores internos dizem respeito à questão de oportunidades e dependência de outros para a possibilidade de emissão do comportamento (Ajzen, 2005), portanto uma pessoa pode querer praticar natação, porém não há uma academia ou clube que ofereça a atividade perto de sua casa, ou então depende de outra pessoa para leva-la até o local. Dessa forma, é necessário que estes fatores sejam levados em consideração quando ações em saúde que objetivem incentivar comportamentos específicos sejam empreendidas nos diferentes contextos.

A combinação dos fatores que compõem o modelo reflete a formação da intenção comportamental. Assim, Ajzen (1991) afirma que

em muitos casos apenas as atitudes têm impacto sobre a intenção das pessoas em realizar um comportamento, em outros as atitudes associadas às normas subjetivas influenciam a intenção, e ainda em outros casos tanto as atitudes e normas subjetivas quanto a percepção de controle determinam a intenção comportamental. Assim, a predição de um comportamento tendo a finalidade de sustentar estratégias de saúde para uma população, deve favorecer a abordagem dessas três variáveis, respeitando cada um dos aspectos de forma singular e associando-os entre si com objetivo de promover a integralidade nas ações em saúde.

Portanto as atitudes, normas subjetivas e percepção de controle do comportamento podem funcionar como elementos de diagnóstico para a compressão do contexto social que envolve a questão da hipertensão arterial, sobretudo as práticas que estão envolvidas no seu tratamento.

3.4 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por múltiplos fatores de risco, períodos de latência extensos, curso prolongado, e origem não infecciosa, sendo citados o acidente vascular cerebral (AVC), infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (Brasil 2011a; Lotufo, 2005; World Health Organization, 2005).

As DCNT têm sido abordadas como o problema de saúde de maior magnitude no mundo, sendo referenciadas como o principal causador de mortes em todo o planeta. Estima-se que dos 57 milhões de óbitos ocorridos no mundo em 2008, aproximadamente 63% foram atribuídos a essa modalidade de doença. Além disso, os bancos de dados sobre saúde no mundo demonstram que do total de mortes por DCNT, aproximadamente 80% ocorreram em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2011).

No que diz respeito aos fatores de risco e agravo, as DCNT compartilham quatro variáveis em comum, são elas: consumo de tabaco, consumo nocivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada. Ambos os fatores caracterizam-se como hábitos comportamentais passíveis de modificação (Schmidt et al., 2011). Além deles, o Ministério da Saúde aponta o acesso desigual a bens e serviços, a baixa escolaridade, e a desigualdade no acesso à informação como determinantes sociais relevantes para o aumento da carga das DCNT no país (Brasil, 2011a).

O Brasil por ser um país em desenvolvimento e com renda média, e portanto incluso entre os países com maior prevalência de DCNT, demanda uma compreensão mais abrangente da problemática que envolve essa questão. Especificamente no país, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 72% das mortes ocorridas no ano de 2007, afetando principalmente grupos com maior vulnerabilidade, como a população mais pobre e com menor escolaridade (Brasil, 2011a; Schmidt et al., 2011). Outro dado importante demonstra que nos países de baixa e média renda, 48% das mortes ocasionadas por DCNT ocorrem antes dos 70 anos de idade, e 29% ocorrem em pessoas com menos de 60 anos (World Health Organization, 2010, 2011).

Em concordância ao exposto acima, Schmidt et al. (2011) ressaltam a mudança na pirâmide etária do Brasil como um dos fatores de relevância para o aumento de mortes, tendo em vista o crescimento acelerado da população adulta e idosa na última década, em contraste com a redução das populações mais jovens. Entretanto, é necessário ressaltar que essa modificação não se deu devido a melhorias significativas no cuidado à saúde e aumento representativo da longevidade, e sim à redução abrupta da taxa de natalidade (Lotufo, 2005), gerando mudanças no arranjo populacional ao longo dos anos sem que as demandas por cuidados concernentes ao público adulto e idoso fossem efetivamente atendidas.

Moura, Carvalho e Silva (2007) afirmam que as DCNT acarretam um alto custo social ao sistema público devido à elevada morbidade, mortes prematuras, e também a incapacitação de pessoas em idade produtiva. Em seu estudo os autores tiveram como objetivo verificar o impacto das DCNT sobre a concessão de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez pela Previdência Social no Brasil. A pesquisa foi realizada no município de Recife – PE, entre o período de janeiro de 2000 e dezembro de 2002, e os dados demonstraram que de um total de 17.970 benefícios concedidos, as DCNT representaram três das cinco primeiras causas de adoecimento que motivaram a concessão dos benefícios para os segurados.

Mesmo com a existência do SUS, oferecendo acesso gratuito e universal à população, as DCNT acarretam gastos financeiros agregados que oneram o orçamento individual, contribuindo para o empobrecimento das famílias e consequentemente reduzindo a disponibilidade de recursos financeiros destinados à alimentação, moradia e educação.

Conforme Schmidt (2011) as taxas de mortalidade por DCNT no Brasil reduziram ao longo dos anos, possivelmente como resultado da

expansão da Atenção Básica à Saúde e programas de controle ao tabagismo. Entretanto, o aumento da epidemia de obesidade associado à crescente prevalência de diabetes e hipertensão na população ameaçam a continuidade desse decréscimo.

Entre as modalidades de DCNT, as cardiovasculares são apontadas como as maiores causadoras de mortes. No ano de 2008 foram responsáveis por 17 milhões de óbitos no mundo, sendo que a estimativa para 2030 é que esse número aumente para 25 milhões (World Health Organization, 2011).

3.4.1 A condição crônica

O conceito de condição crônica e seu manejo nos sistemas de saúde, não abarca apenas doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, mas também condições diversas como as ligadas à maternidade e ao período perinatal; manutenção da saúde em ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas e estruturais permanentes (amputações, cegueiras, etc); doenças metabólicas; doenças bucais. Apesar de parecerem completamente distintas, essas condições de saúde compõem a categoria de condição crônica, pois apresentam um ponto em comum: persistem e demandam um nível relativo de cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2002; Mendes, 2012).

O debate sobre doenças crônicas e como elas interferem na vida das pessoas que vivem com essa condição remete a uma gama extensa de variáveis que orbitam em torno do tema. Freitas e Mendes (2007) ao analisarem o conceito de condição crônica no contexto de saúde do adulto expresso na literatura, verificaram que os eventos consequentes citados se referem a modificações físicas, sociais e psicológicas, incapacidades, modificação do estilo de vida, e necessidades de adaptação e enfrentamento da nova condição. As ações dos serviços de saúde destinadas as pessoas que vivem em condição crônica deve pautar-se no reconhecimento de que isso representa um marco de alteração da vida para o indivíduo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), as demandas relacionadas às condições crônicas estão situadas principalmente no contexto da Atenção Básica, e devem ser tratadas prioritariamente nesse âmbito. Para isso ela estabelece 8 critérios para o aprimoramento dos sistemas de saúde no que se refere às condições crônicas:

- **Apoiar uma mudança de paradigma** em relação ao histórico de um modelo de atendimento agudo e episódicos que não demonstram resultados satisfatórios no contexto da condição crônica;
- **Gerenciar o ambiente político** promovendo políticas públicas que envolvam todos os atores sociais, pacientes, família, comunidade, profissionais e gestores;
- **Desenvolver um sistema de saúde integrado**, garantindo o compartilhamento de informações e responsabilidades entre os vários dispositivos que compõem a rede de atenção, resultando em melhorias na saúde do paciente, menor desperdício de recursos, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes frente a condição crônica;
- **Alinhar políticas setoriais para a saúde** integrando ações e decisões nos diversos setores sociais, como as práticas de trabalho, regulamentações agrícolas, educação, além de sistema legislativos mais amplos, garantindo o fluxo de informação entre seus gestores a fim de proporcionar melhores condições à vida.
- **Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde**, garantindo que a equipe tenha condições de apresentar recursos avançados de resolução de problemas para aplicar estratégias que sejam adequadas à complexidade do contexto crônico. Isso envolve tanto profissionais de nível superior quanto profissionais com menos educação formal.
- **Centralizar o tratamento no paciente e na família**, fazendo com que o paradigma prevalente de que o paciente é um receptor passivo de informação e prescrições seja deixado de lado, passando a reconhecer o papel central e ativo do paciente frente ao tratamento. Tendo em vista que o gerenciamento das condições crônicas requer mudança de comportamentos e estilo de vida por parte dos pacientes, a focalização das ações nos pacientes e na família contribui para a responsabilização compartilhada.
- **Apoiar os pacientes em suas comunidades**, estendendo a ação do serviço de saúde às instituições presentes na comunidade do paciente, garantindo assim o monitoramento e assistência à pessoa com condição crônica, avançando sobre o contexto doméstico e de trabalho dos pacientes.

- **Enfatizar a prevenção**, que deve ser um componente fundamental em toda relação estabelecida com o paciente. Tendo em vista que as doenças crônicas são evitáveis, o investimento em estratégias de prevenção deve ser intensificado fazendo com que a informação e o conhecimento crítico acerca da condição crônica chegue à população.

Os aspectos de controle contínuo e mudança de comportamentos habituais fazem com que a aceitação da convivência com o a condição crônica seja um processo complexo e desafiador para o indivíduo, associando-se muitas vezes a sentimentos de tristeza, raiva e hostilidade (Mantovani et al., 2008). Além disso, em muitos casos a adaptação à doença só ocorre mediante a existência de consequências mais severas, sintomas manifestos ou complicações decorrentes da não adoção dos comportamentos adequados.

Em relação a isso a Mantovani et al., (2008) alertam que a informação que o indivíduo possui sobre a doença e a condição crônica é determinante no processo de adaptação, sendo necessário adquirir conhecimentos relacionados à sua condição. Perante isso fica clara a necessidade de as políticas de saúde garantirem que a população seja informada adequadamente sobre as doenças e a condição crônica, possibilitando o suporte e monitoramento contínuos para obtenção de melhores resultados no que se refere à aderência ao tratamento (Organização Mundial de Saúde, 2002).

3.5 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica cardiovascular mais frequente no campo das DCNT. Caracteriza-se por níveis sustentados de pressão arterial sistólica (momento em que o ventrículo esquerdo bombeia uma quantidade de sangue para a aorta) maiores ou iguais a 140mmHg e diastólica (momento em que o ventrículo esquerdo volta a encher-se para repetir o processo de circulação) maiores ou iguais a 90mmHg, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Além disso, sua presença representa fator de risco para outras enfermidades, associando-se com frequência a alterações na estrutura e funcionamento de órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de alterações no metabolismo aumentando o

risco de eventos cardiovasculares que podem ser tanto fatais quanto não fatais (Pérez Riera, 2000; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A HAS possui uma classificação em função dos níveis pressóricos apresentados pelo paciente. Assim, é classificada como: estágio 1 (140-159mmHg e 85-89mmHg); estágio 2 (160-179mmHg e 100-109mmHg); estágio 3 (≥ 180 mmHg e ≥ 90); e hipertensão sistólica isolada (≥ 140 mmHg e < 90), sendo esses valores considerados para pessoas acima de 18 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A hipertensão também pode ser classificada como hipertensão arterial sistêmica secundária (HAS-S), que se caracteriza por ser originada em função de outra enfermidade. Dessa forma quando eliminado o fator etiológico, a hipertensão arterial pode ser controlada ou até eliminada. Essa modalidade de hipertensão representa apenas 5% dos casos de hipertensão arterial (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), e por essa razão não será abordada no presente estudo.

O acompanhamento regular da pressão arterial representa o principal meio de verificação de anormalidades que possam culminar na HAS. A importância do diagnóstico precoce se expressa na possível redução das complicações que essa condição crônica pode causar, entre elas: doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (Brasil 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A evolução geralmente assintomática da HAS contribui para sua alta prevalência, baixa taxa de controle e baixa adesão às prescrições do tratamento. Apesar de ser uma condição crônica sem cura, ela pode ser estabilizada com base na adoção de práticas de controle adequadas e modificação dos comportamentos de risco que intensificam o quadro da doença (Brasil, 2011; Schmidt, 2011; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Entre os fatores de risco para a hipertensão arterial (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), destacam-se:

- Idade – verifica-se aumento da ocorrência de hipertensão arterial com o aumento da idade, com estimativas de que 65% dos idosos no Brasil vivem com hipertensão arterial;
- Sexo e etnia – a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, porém até os 50 anos é maior nos homens. Em relação à cor, é verificado maior prevalência e gravidade em pessoas não-brancas, podendo estar relacionado à fatores étnicos e/ou socioeconômicos;

- Excesso de peso e obesidade – está associado com a prevalência de hipertensão arterial inclusive em crianças e jovens;
- Ingestão de sal – verifica-se correlação entre ingestão de sódio e aumento da pressão arterial. Tendo em vista que a população brasileira desenvolve padrões alimentares onde o sal, açúcar e gorduras estão presentes de forma acentuada, esse é um dos fatores comportamentais modificáveis de relevância;
- Ingestão de álcool – independentemente das características demográficas, o consumo de álcool por períodos prolongados tem se associado com o aumento da pressão arterial, além do aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares em geral;
- Sedentarismo – a prática de atividade física representa um fator de proteção e controle em relação à hipertensão arterial, bem como das demais doenças cardiovasculares;
- Fatores socioeconômicos– apesar de ser difícil definir com precisão as variáveis socioeconômicas que influenciam de forma direta sobre a hipertensão arterial, verifica-se no Brasil e na maior parte do mundo uma maior prevalência em populações de menor renda e menor escolaridade;
- Fatores genéticos e de contexto – aspectos genéticos tem se mostrado relevantes na prevalência de hipertensão arterial na população, apesar disso não há estudos suficientes que identifique essa regra. Verifica-se que predisposições genéticas associadas a contextos onde o estilo de vida pouco saudável dos familiares tem representado ameaça para a prevenção e controle da hipertensão arterial.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o crescimento da mortalidade decorrente de AVC está associado com as elevadas taxas de pressão alta entre a população. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (2012) descrevem a hipertensão arterial como motivadora de até 51% dos AVCs fatais, e 45% das mortes por coronariopatias.

No Brasil, segundo dados epidemiológicos, estima-se a prevalência da HAS em 40% a 50% das pessoas acima dos 40 anos (Brasil, 2004), mais de 50% entre 60 e 69 anos, e até 75% acima de 70 anos (Cesarino et al., 2008; Rosário, Scala, França, Pereira & Jardim, 2009). Dados do Ministério da Saúde, Brasil (2012) disponíveis no DATASUS, mostram que até outubro de 2012, na Atenção Básica no estado de Santa Catarina 316.703 casos de hipertensão arterial,

desconsiderando os casos com diabetes associada, que não fazem parte dos participantes-alvo da presente pesquisa. Particularmente no município de Jaraguá do Sul, onde foi realizada a pesquisa, há uma população de 143 mil habitantes (IBGE, 2010) e foram registrados 6.785 casos de HAS.

O tratamento da hipertensão arterial pode ser realizado por meio de medidas não-medicamentosas e medicamentosas, e tem por objetivo reduzir as cifras pressóricas para 130/80mmHg (Brasil, 2006; Pérez Riera, 2000). Assim, a decisão pela melhor forma de tratamento, ou combinação das duas modalidades, não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas deve considerar também o risco cardiovascular existente, bem como a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou alguma doença cardiovascular já estabelecida (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomenda-se que particularidades do tratamento não-medicamentoso – que em essência implica na modificação do estilo de vida buscando comportamentos favoráveis ao controle da pressão arterial – sejam indicadas de forma indiscriminada para todos os pacientes.

O tratamento da HAS se traduz na adoção de práticas de controle da doença, assim, essas práticas podem ser não medicamentosas: controle de peso; modificação do estilo alimentar com adoção de dieta rica em frutas, hortaliças, fibras e minerais; redução do consumo de sal; redução da ingestão de álcool; atividade física regular; controle do estresse psicossocial; eliminação do consumo de tabaco. E medicamentosas: onde é desenvolvida com base na utilização de drogas específicas prescritas pelo médico (Pérez Riera, 2000; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

O objetivo principal do controle da doença é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, agindo não só sobre os níveis de pressão arterial, como também na redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Em relação a seus condicionantes, o tratamento medicamentoso deve considerar fatores como a busca pela manutenção da qualidade de vida do paciente; eficácia da droga em administração por via oral, buscando preferencialmente posologia de dose única diária; priorização no fornecimento de informação ao paciente sobre a doença hipertensiva e o plano terapêutico adotado, além da consideração de sua condição socioeconômica (Brasil 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Ressalta-se que a obtenção de resultados satisfatórios no tratamento é essencialmente dependente da modificação de padrões

comportamentais e adesão ao plano terapêutico proposto (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Nesse sentido Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que a adesão ao tratamento é um ponto central e indiscutível para o combate a uma doença, porém ressaltam a importância em compreender esse fenômeno enquanto resultado da interação do paciente com seu contexto, nas esferas familiar, comunitária e social de forma geral, incluindo a própria relação com os serviços de saúde e equipe profissional. Diante disso, as práticas relacionadas à adesão ou não adesão devem ser analisadas em seus determinantes individuais e também coletivos, instituindo o paciente, ou o responsável por ele, como objeto prioritário para a investigação.

3.6 Representações sociais e saúde

No campo da saúde, a utilização do conhecimento científico, como forma de compreender a visão do paciente sobre sua condição, caracteriza uma forma de lidar com os aspectos complexos presentes no contexto da enfermidade (Camargo & Wachelke, 2007). Nesse sentido, diversos estudos têm se concentrado na investigação das representações sociais de objetos relacionados à saúde, como por exemplo os estudos sobre representações sociais da aids (Camargo & Barbará, 2009; Camargo, Barbará, & Bertoldo, 2007; Camargo, Bousfield, & Wachelke, 2011; Marková, 2002; Morin & Vergès, 1992; Tura, 1998, 2004), representações sociais do corpo e da beleza voltados para a perspectiva de saúde (Camargo, Goetz, Bousfield, & Justo, 2011; Secchi, Camargo, & Bertoldo, 2009), representações sociais da velhice e envelhecimento (Andrade, 2003; Biasus, Camargo, & Demantova, 2011) e também representações sociais de doenças crônicas como o diabetes (Stuhler & Camargo, 2012).

Camargo, Wachelke e Aguiar (2007) realizaram um estudo sobre a evolução metodológica dos estudos em representações sociais apresentados nas Jornadas Internacionais de Representações Sociais entre os períodos de 1998 a 2005 e em um dos pontos analisados verificaram que o contexto da saúde aparece como crescente campo de empreendimento de pesquisas utilizando a TRS, tendo passado de 15,7% em 1998 para 29,1% em 2005. Para Arruda (2002) a dinamicidade sentido que se dá à saúde é um fato que contribui para a investigação das representações sociais, uma vez que essas possuem essencialmente um caráter mutável.

Stuhler (2012) ressalta três contextos de investigação presentes nos estudos sobre representações sociais e saúde, constituindo-se campos de relação: relações entre representações e práticas de saúde, relações entre saber de senso comum e saber técnico, e os que visam verificar os níveis de percepção da realidade envolvidos nesse universo.

Para Morin et al. (2007) a utilização de abordagens no campo da saúde que considerem as representações sociais valorizam a importância dos diferentes pontos de vista dos sujeitos sociais acerca do objeto saúde e doença. Para os autores, as representações sociais debruçam-se sobre as atitudes e opiniões em um nível superficial para então aprofundarem a compreensão do conhecimento gerado sobre um objeto social nas interações do meio. Na mesma perspectiva, Badziak e Moura (2010) explicam que a compreensão sobre o que é saúde varia em diferentes grupos sociais e até dentro de um mesmo grupo, dessa forma se torna indispensável conhecer qual é o significado de saúde para uma determinada população-alvo antes de desenvolver uma política de saúde para ela. Tura e Moreira (2004) afirmam que os programas de saúde e políticas voltadas para determinadas demandas, não podem ser construídos como um modelo único aplicado de forma geral para todos os grupos sociais. Destarte, deve considerar as especificidades dos diversos contextos que compõem o ambiente social ampliado.

Pensando a diferenciação das representações em contextos distintos, em estudo comparativo realizado com homens de diferentes cidades, objetivando verificar a representação social da saúde e do cuidado, Camargo, Campos, Torres, Stuhler e Matão (2011) demonstraram que para os homens, a visão sobre o que é saúde engloba fatores como ações preventivas e hábitos saudáveis; serviços de saúde fixados na imagem do hospital e da medicação; qualidade de vida. Além disso, verificaram uma associação a fatores funcionais, como dispositivos que prestam serviços, tanto da esfera pública quanto privada, mas que conservam a característica comum de demandarem tempo e ausência no trabalho, especificando uma relação com fatores econômicos condicionantes do acesso à saúde.

Em outro estudo (Brito & Camargo, 2011) observaram que a representação social da saúde para as mulheres continha elementos como aspectos subjetivos e noção de bem estar, enquanto para os homens prevalecem elementos objetivos como hospital e doença. Assim, é relevante a consideração das diferenciações entre gêneros, contextos e momentos históricos na apreciação das representações.

Além de muitas vezes possuírem conteúdos diferentes nos diversos grupos, as representações sociais são dinâmicas ao longo do

tempo. Por meio de estudo sobre as representações sociais da aids, Camargo, Barbará e Bertoldo (2007) verificaram a modificação que ocorreu ao longo dos anos nos componentes que compõem a representação social da doença. A representação social da aids atualmente modificou-se em relação a representação que havia na década de 1990, surgindo componentes ligados à prevenção e responsabilidade que anteriormente não apareciam. Os autores destacam o valor primordial dos processos comunicacionais na sociedade e a influência do saber científico como instrumento capaz de fortalecer relações mais assertivas da população com o fenômeno doença.

Entender o fenômeno da saúde sob o olhar das representações sociais coloca em cena a valorização do senso comum como campo de significação da realidade, produção de saberes e encontro entre os atores sociais que compõem essa relação (Morin, 2007). Dessa forma a compreensão do fenômeno das doenças crônicas, especificamente a hipertensão arterial, se investigado a partir das representações sociais que circulam nesse universo relacional, possibilita ultrapassar a simples descrição, proporcionando um campo ampliado de material à ser analisado baseado no processo de construção do conhecimento sobre o fenômeno.

3.7 Hipertensão arterial e representações sociais

As ações em saúde pública voltadas para a questão da HAS devem ter em pauta o conhecimento acerca de como as pessoas que vivem com essa doença a percebem e qual sua visão sobre a condição crônica que acompanha esse quadro. Para isso, conhecer as representações sociais das pessoas acerca desse fenômeno possibilita o acesso aos conteúdos cognitivos e afetivos que estão envolvidos nesse processo, para que assim a maior quantidade possível de variáveis que influenciam durante processo saúde-doença seja abordada e articulada em estratégias de enfrentamento mais assertivas.

Um ponto recorrente em estudos que objetivam verificar como as pessoas ou grupos veem a hipertensão, mesmo em pesquisas que não tratam especificamente das representações sociais, tem sido a referência à condição crônica como um marco de mudança na vida diária, refletida principalmente nas restrições à dita vida “normal”, modificando atividades e as próprias relações sociais, em um universo que desencadeia sentimentos negativos frente ao tratamento (Costa e Silva et al., 2008; Costa e Silva & Moura, 2011; Mantovani et al., 2008). Nessa

perspectiva, ressalta-se a importância da reflexão sobre como é viver com uma doença crônica, tendo em vista suas características restritivas ao desenvolvimento de comportamentos que por longo tempo fizeram parte da vida das pessoas.

Mantovani et al., (2008) em estudo realizado com usuários do sistema de saúde que realizavam tratamento da hipertensão arterial na cidade de Curitiba-PR, demonstraram que de forma geral, os participantes possuíam informações objetivas sobre a doença e conheciam suas principais complicações. Por outro lado, a condição crônica da HAS é um fator que não é claro para esse grupo, sendo constatado que alguns usuários afirmam que ela possui cura. Assim, quando havia a crença de que a hipertensão é curável, a atribuição desse fato era direcionada a aspectos metafísicos, como divindades, magia ou ainda a um programa de tratamento bem realizado.

Com base na semelhança presente na condição crônica, destaca-se o estudo sobre as representações sociais do diabetes e adesão ao tratamento em que Stuhler (2012) verificou a caracterização dessa doença crônica no senso comum como a “doença do não”, cristalizando a qualidade restritiva que a enfermidade impõe sobre a pessoa que vive com a condição crônica. De forma semelhante ao que ocorre na HAS, a condição crônica decorrente do diabetes determina a modificação de comportamentos alimentares, das atividades realizadas durante o dia-a-dia, e conseqüentemente da dinâmica relacional da pessoa. A modificação do curso de vida das pessoas é um ponto mencionado também por profissionais da atenção básica que atendem à demandas relacionadas às doenças crônicas (Almeida, Paz & Silva, 2011) verificado nas representações dos profissionais a expressão da hipertensão arterial como o “fim da vida normal” devido às limitações que impõe à pessoa que vive com essa condição crônica.

Um dos fatores de destaque verificado nas representações sociais da HAS é o aspecto emocional. Esse elemento figura como um forte fator de influência sobre a adoção de práticas de controle, tanto na visão das pessoas que vivem com hipertensão quanto da equipe de saúde (Costa e Silva et al., 2008; Costa e Silva & Moura, 2011; Péres, Magna, & Viana, 2003). Nessa mesma perspectiva, em estudo com pessoas que vivem com diabetes e hipertensão, Boell, Meirelles, Silva e Lessmann (2012) demonstraram que os problemas do dia-a-dia e os decorrentes do contexto familiar foram relatados pelas pessoas como fatores que dificultam a adoção das práticas de controle. Além disso, verificou-se que quando o estresse foi reconhecido como um fator de potencial

influência sobre os comportamentos, os pacientes sentiram-se mais compreendidos e mais favoráveis ao diálogo.

As crenças, vistas como componentes relacionados às representações sociais foram investigadas por Guedes (2005) buscando avaliar sua expressão em relação aos riscos de complicação da hipertensão arterial para pessoas que vivem com essa doença. Assim verificou-se que apesar de os participantes demonstrarem comportamentos e crenças relacionados ao reconhecimento da doença, aos benefícios do tratamento e as barreiras para sua realização adequada, não apresentaram um perfil de adesão satisfatório. Essa discrepância demonstra a complexidade presente nesse processo, e um dos fatores que exerce influência é a informação que os indivíduos e grupos possuem sobre o a doença. Nesse sentido Abric (1998) ressalta que estudos em representações sociais devem necessariamente abordar a questão relacionada à origem da informação, ou seja, quais são as fontes de informação em que os indivíduos e grupos buscam conhecer sobre determinado objeto representacional, pois essa variável é determinante na composição das crenças e representações. Transportando para a aplicação, fica clara a necessidade de as políticas de saúde garantirem que a população seja informada adequadamente sobre as doenças e a condição crônica, possibilitando o suporte e monitoramento contínuos adequados às especificidades contextuais, para assim implementar melhores resultados no que se refere à aderência ao tratamento (Organização Mundial de Saúde, 2002).

A intervenção profissional pode ser beneficiada com a compreensão das representações, pois a valorização dos saberes do senso comum, materializados na representação social, contribui para pensar a tomada de decisão dos programas de saúde, pois permite apreender de que forma os grupos concebem e se relacionam com o fenômeno da doença e do tratamento (Galand & Salès-Wuillemin, 2009). Além disso, estudos em representações sociais que busquem fornecer contextualizações sobre o campo da saúde atraem olhares dos profissionais desta área para aspectos afetivos, simbólicos e subjetivos, fazendo com que a prática profissional seja voltada para a educação e promoção em saúde. Assim, tornam-se mais compatíveis com o público a qual se destinam e suas demandas específicas.

Segundo Morin (2004) a teoria das representações sociais considera os diferentes pontos de vista para o fenômeno da doença e do tratamento, valorizando os saberes dos vários sujeitos e grupos no estabelecimento das ações no meio. Nesse sentido o processo

comunicacional que existe no contexto da doença e do tratamento desempenha um papel determinante na circulação das informações, uma vez que estas irão compor o conhecimento da pessoa que vive com hipertensão sobre sua própria condição.

Em uma pesquisa que objetivou verificar as representações sociais da hipertensão arterial dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, Costa e Silva e Moura (2011) argumentam que apesar de seus resultados mostrarem que os profissionais de saúde desenvolviam ações educativas e informativas relacionadas às práticas de controle da hipertensão, os usuários acabavam agindo guiados por seus conhecimentos informais construídos no cotidiano, demonstrando uma não absorção dos conhecimentos científicos divulgados pelos profissionais. Em complemento os autores ressaltam que mesmo os profissionais possuindo informações na forma de conhecimento formal sobre a hipertensão, muitas vezes recorrem ao conhecimento que circula no senso comum para explicar a relação entre a doença e seus fatores de risco. A constatação desse fato evidencia o papel central da representação social no processo que orienta os comportamentos dos sujeitos.

Almeida, Paz e Silva (2011) chamando a atenção para o papel importante das representações sociais dos profissionais acerca da HAS verificaram que os profissionais veem a doença como passível de controle mediante a utilização de recursos disponíveis aos usuários nos próprios serviços de saúde, mas que por outro lado os pacientes são resistentes aos procedimentos de cuidado e controle quando estes se referem à necessidade de modificação do estilo de vida. Sobre as práticas de controle da HAS, esses profissionais mantinham a ideia de cuidado à doença centralizada no medicamento.

Tendo em vista que as representações sociais influenciam as relações e práticas sociais, compreender esse contexto possibilita à ciência, disponibilizar conhecimentos mais aprimorados sobre uma determinada ocorrência, gerando condições mais favoráveis para aplicação de estratégias de intervenção junto à população.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa possui delineamento de levantamento de dados e caráter exploratório e descritivo, com corte transversal. Exploratório, pois busca tornar o tema familiar ao campo científico, promovendo sua explicitação, e descritivo, pois objetiva proporcionar um panorama acerca do fenômeno das representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento e sua relação com a realização de práticas de controle da doença.

Gil (2002) declara que as pesquisas exploratórias têm por função principal o aprimoramento de ideias e/ou formulação de novas hipóteses. No que concerne ao método, seu planejamento é bastante flexível, pois busca considerar os mais variados aspectos relacionados ao fenômeno. Nesse sentido, voltando-se para a pesquisa em representações sociais, Jodelet (2001) afirma que a escolha de uma metodologia múltipla e variada pode contribuir positivamente para abarcar os diversos aspectos do fenômeno.

Em relação à pesquisa descritiva, Gray (2012) explica que esta modalidade tem por objetivo primário a descrição de determinada pessoa, grupo ou evento, ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis e padrões. Outra característica relevante é a identificação com pesquisas que buscam verificar opiniões, atitudes, crenças (inclui-se aí as representações sociais) de uma população ou grupo (Gil, 2002).

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa 60 pessoas, sendo 23 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS da cidade de Jaraguá do Sul, interior norte de Santa Catarina, que vivem com hipertensão arterial e cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica – SISHIPERDIA. A escolha da cidade se deu devido à disponibilidade de acesso facilitada ao pesquisador, além do interesse em investigar o contexto da hipertensão arterial em uma cidade do interior do estado, para assim possibilitar um estudo comparativo com dados coletados em estudo futuro que será realizado na capital Florianópolis.

Como critério de inclusão, os participantes deveriam ter 40 anos ou mais, considerando que há maior prevalência de hipertensão arterial a

partir dessa idade (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; World Health Organization, 2005, 2010). Além disso, foram incluídas apenas pessoas que vivem com HAS há no mínimo dois anos. Não foram incluídos usuários com diabetes e/ou algum tipo de transtorno grave ou deficiência que impossibilitasse a interação com o pesquisador no que concerne aos instrumentos de coleta de dados utilizados; e pessoas que apresentassem a modalidade de hipertensão arterial secundária.

A captação dos participantes foi desenvolvida por meio do contato com 8 unidades da Estratégia Saúde da Família da rede de Atenção Básica à Saúde de Jaraguá do Sul, sendo 6 delas em bairros periféricos e 2 em bairros centrais. Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul, solicitou-se à equipe de saúde de cada unidade uma filtragem prévia dos casos que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. A partir da lista originada foi realizado um sorteio dos nomes e os selecionados foram contatados pelas agentes comunitárias de saúde convidando-os à participar da pesquisa. Após o aceite do usuário, seu nome e número telefônico foram informados ao pesquisador para a realização do contato oficial (por telefone) onde foi apresentada a pesquisa e agendada a visita à casa do participante para realização da entrevista.

Faz-se necessário ressaltar que a amostra não foi probabilística, além de não ter objetivo de ser representativa, uma vez que foi composta de forma intencional segundo critérios definidos pelos objetivos e interesses de pesquisa direcionados à população específica.

4.3 Instrumentos para coleta de dados

O instrumento para coleta de dados consistiu em uma entrevista semiestruturada (apêndice A) composta por blocos de questões agrupados de acordo com sua natureza metodológica. Assim, o instrumento é composto por:

- *Questões aplicadas em forma de entrevista não diretiva:*

- Uma pergunta com objetivo de investigar as representações sociais da hipertensão arterial;
- Uma pergunta objetivando investigar as representações sociais do tratamento da hipertensão arterial;
- Uma pergunta para investigar como é para o participante viver com a hipertensão arterial;

- Uma pergunta para investigar as práticas alimentares dos participantes.

- *Questões aplicadas em forma de questionário:*

- Implicação/proximidade com o objeto de pesquisa hipertensão arterial;
- Práticas de controle realizadas pelos participantes;
- Acesso aos serviços de saúde para ações direcionadas à hipertensão arterial, como Consultas médicas e acompanhamento da pressão arterial;
- Fonte(s) de informação sobre a hipertensão arterial, conforme orientação de Abric (1998) para estudos em representações sociais;
- Com quem convive no contexto familiar; relação com a equipe de saúde.

- *Frases afirmativas relacionadas à hipertensão arterial e às práticas de controle da doença respondidas em escala com intervalo de 7 pontos:*

49 itens com objetivo de investigar aspectos complementares às representações sociais como:

- Origem (4), descrição (4) e consequências (4) da hipertensão arterial;
- As dimensões atitude (4), informação(4) e campo(4) que envolvem a possível representação social das práticas de controle da doença;
- Elementos da TPB proposta por Ajzen (1991, 2005): normas subjetivas (4), crenças normativas (4), percepção de controle do comportamento (4), crenças de controle sobre comportamento (4), intenção comportamental (3).
- Comportamento passado (6) relacionado à realização das práticas de controle da hipertensão arterial nos últimos 3 meses.

A escala com intervalo de 1 a 7 foi desenvolvida com base no modelo de escala tipo *Likert*, entretanto foram removidas as marcações de delimitação de cada unidade intervalar. Essa adaptação foi realizada com base em testes realizados nas aplicações piloto que objetivaram testar o modelo de apresentação gráfica mais adaptado à compreensão da população estudada.

Faz-se necessário ressaltar que pelo fato desta pesquisa fazer parte de um projeto integrado do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS envolvendo outras pesquisas, parte dos resultados obtidos para os itens que formam a TPB também será utilizada em análises pertencentes ao referido projeto. Assim, esses dados serão aqui utilizados apenas como complementos qualitativos para a análise e discussão das representações sociais, e estabelecimento de relações com as demais variáveis, sem objetivo de padronização de escala, avaliação de consistência ou discussão aprofundada do modelo proposto na TPB.

Questões de caracterização da amostra:

- Idade; sexo; tempo de diagnóstico; escolaridade; profissão/trabalho; renda familiar mensal; estado civil.

Ao final da entrevista há uma questão onde o participante é incentivado a falar sobre seu lazer e o que costuma fazer nas horas livres para se distrair. O objetivo é promover a dessensibilização em relação aos conteúdos abordados durante a entrevista, que podem envolver conteúdos afetivos impactantes para o participante.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO A) sob o parecer nº. 242.982 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 11917113.3.0000.0121, permitindo assim o início da coleta de dados que foi desenvolvida no período de maio/2013 a outubro/2013.

Possivelmente por se tratar de visitas domiciliares para realização da entrevista, obteve-se relativa dificuldade na captação do número suficiente de participantes. Mesmo havendo uma grande quantidade de pessoas que vivem com hipertensão arterial, notou-se resistência acentuada dos usuários em aceitarem participar da pesquisa, mesmo lançando-se mão do contato prévio realizado pela unidade de saúde. Assim a coleta de dados estendeu-se por tempo superior ao previsto devido à necessidade de completar a amostra definida.

Foram realizadas entrevistas piloto a fim de aperfeiçoar as estratégias envolvidas na coleta de dados. Estas entrevistas não foram utilizadas como dados finais na pesquisa. Do total de 60 entrevistas que compõem os dados do estudo, 51 foram realizadas pelo pesquisador e 9

por dois psicólogos que se dispuseram a auxiliar no processo de coleta de dados. É importante ressaltar que os auxiliares foram devidamente treinados e instruídos sobre a pesquisa e as estratégias necessárias para o desenvolvimento adequado das entrevistas. Além disso, cada um dos auxiliares realizou duas entrevistas piloto que foram avaliadas pelo pesquisador (estas entrevistas não foram utilizadas nos dados finais). Após a aprovação desta etapa eles iniciaram as entrevistas oficiais.

No que se refere aos procedimentos da entrevista, cada uma delas teve início com a apresentação formal do pesquisador, bem como a apresentação das informações sobre a natureza da pesquisa e aspectos éticos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice B), o qual foi lido pelo pesquisador em voz alta, explicando suas especificidades e solicitando ao participante a sua assinatura em caso de estar de acordo.

Em seguida procedeu-se ao instrumento de coleta de dados que teve início pelas perguntas de aplicação não diretiva que objetivavam apreender o conteúdo relacionado às representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento. No decorrer da aplicação os blocos de perguntas e itens eram aplicados em ordem alternada variando as modalidades de questões com o objetivo de tornar o processo menos cansativo para o participante. Além disso, o fato de alternar distintas com blocos de questionário contribui para que o participante tenha motivação para ouvir com atenção à explicação referente à escala seguinte. Com o mesmo propósito, decidiu-se modificar a apresentação gráfica dos itens da escala entre os blocos 1 versus 2 e 3, assim uma nova forma gráfica despertava interesse e apreendia atenção à explicação do procedimento de resposta.

Como mencionado anteriormente, os itens da escala foram respondidos em uma escala com intervalo de 1 a 7, com polos antagônicos como “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, assim, ao responder o participante marcava com um “X” o ponto que representava sua opinião a respeito da afirmação apresentada, aproximando-se de um polo ou outro. Quando o respondente julgava não saber ou não ter opinião sobre a frase era instruído a marcar a resposta no ponto médio, que representava 0 na escala de 7 pontos (-3...-2...-1...0...1...2...3) Como os pontos intervalares não apareciam no instrumento, para tabulação e análise dos dados foi utilizado um crivo.

Em relação ao local, as entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e solicitou-se a eles um ambiente com o mínimo possível de interrupções, e que dispusesse de uma mesa para acomodar os papéis

e materiais da entrevista. Após esse momento o participante era questionado se estava pronto para iniciar, e com seu consentimento o pesquisador ligava o gravador digital de áudio, que permaneceu ligado até o final da entrevista. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 49 minutos.

4.5 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi dividida em dois blocos específicos a critério de suas características. Os dados textuais originados pelas repostas às perguntas de aplicação em forma de entrevista não diretiva e registrados no gravador foram transcritos e o produto foi submetido ao IRAMUTEQ (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), software gratuito e de fonte aberta desenvolvido por Pierre Ratinaud (Ratinaud & Marchand, 2012). O programa utiliza a estrutura do software R (www.r-project.org) para realização dos cálculos estatísticos (Lahlou, 2012).

O IRAMUTEQ possibilita empreender análises quantitativas de dados textuais por meio de lexicografia (frequência e estatísticas básicas), além de análises como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise Pós-fatorial; Análise de Similitude; e também apresentação gráfica em Nuvem de Palavras determinada por frequência ou associação de χ^2 das palavras.

As análises utilizadas neste estudo foram lexicográfica básica com finalidade de descrição do número de palavras, número de textos e segmentos de texto que compõem o *corpus* de análise, que é o conjunto de textos originados pelas respostas dos participantes a determinado assunto (Camargo & Justo, 2013). Sendo assim, neste estudo foram originados 3 *corpus* de análise nomeados: *Hipertensão*; *Tratamento*; e *Convívio*, cada um reunindo as respostas para suas respectivas perguntas.

Os *corpus* foram submetidos à CHD que por sua vez classifica os segmentos de texto de acordo com seus vocabulários, verifica-se a diferenciação entre as palavras em repetidos testes do tipo χ^2 , criando assim as classes com suas palavras e variáveis características. O programa apresenta esse resultado em forma de dendograma que ilustra graficamente a relação existente entre as classes. Em complemento o programa apresenta uma Análise Fatorial por Correspondência (AFC) baseada nos dados obtidos pela CHD. O produto resultante das análises se caracteriza nas classes, que conforme Camargo (2005) e Nascimento-Schulze e Camargo (2000) representam o ambiente de sentido das

palavras. Assim podem ser indicativos de representações sociais ou elementos constitutivos de representações sociais sobre um objeto.

Para análise dos dados originados nas questões com resposta em escala e de caracterização dos participantes, foi empregada estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e relacional por meio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Science* – Pacote Estatístico para Ciências Sociais), versão 17.0.

No que diz respeito à estatística relacional, foram utilizados testes paramétricos (*Teste-t*; *ANOVA*; *Qui-quadrado*, *r de Pearson*) e também testes não paramétricos para os dados que não apresentaram distribuição normal. Assim, foram utilizados os testes *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade dos dados; *Mann-Whitney* como alternativa não paramétrica para o *Teste-t*, além do teste de *Kruskal-Wallis* que substitui a *ANOVA* quando os dados não seguem uma curva normal. Conforme Dancey e Reidy (2009) mesmo perdendo um pouco o poder de testagem, as soluções não paramétricas possibilitam a realização de análises seguras devido suas características voltadas especialmente para amostras pequenas e dados não simétricos.

4.6 Aspectos éticos

O início da coleta de dados foi condicionado à aprovação prévia do projeto pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, bem como da aprovação pela Secretaria de Saúde da cidade de Jaraguá do Sul. Além disso, todos os procedimentos de pesquisa foram realizados com base nos determinantes instituídos pela resolução 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que preveem a exigência do consentimento dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, explicação da natureza e objetivo do trabalho, sigilo e anonimato referente às informações coletadas, devolutiva dos resultados da pesquisa e garantia da possibilidade de desistência por parte do participante a qualquer momento do estudo.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Do total de 60 participantes da pesquisa 23 eram do sexo masculino e 37 do sexo feminino. A média de idade para o sexo masculino foi de 60 anos (DP = 6,03) e para o sexo feminino 55 anos e 8 meses (DP = 7,40). Em relação à escolaridade dos participantes, a maioria (n = 46) frequentou até o ensino fundamental, destes 31 não o concluíram. Além disso, 11 frequentaram o ensino médio e 3 o ensino superior. A renda familiar mensal média foi de 4,4 salários mínimos¹ (DP = 2,66). No que se refere ao estado civil, 53 pessoas eram casadas ou moravam com companheiro(a), 4 eram viúvos(as) e 3 divorciados(as). Verificou-se ainda que 30 pessoas eram aposentadas, 7 donas de casa e as outras 23 desenvolviam atividades laborais remuneradas. Em relação ao tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, a média para o sexo masculino foi de 10 anos e 6 meses (DP = 7,2) e feminino 12 anos (DP = 8,09) sendo que essa diferença não foi estatisticamente significativa [$t(58) = -0,690, p > 0,05$]. Para fins de comparação as variáveis idade e tempo de diagnóstico foram agrupadas em faixas. Assim, a Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes após o agrupamento.

Tabela 1

Distribuição dos participantes conforme grupos por faixa etária e tempo de diagnóstico.

	n	
<i>Faixa etária (em anos)</i>	42 – 54	21
	55 – 61	20
	62 – 74	19
	Total (N)	60
<i>Tempo de diagnóstico (em anos)</i>	2 – 6	20
	7 – 12	21
	≥ 13	19
	Total (N)	60

¹ No momento da pesquisa o salário mínimo no Estado de Santa Catarina era de R\$ 765,00.

Investigou-se também com quem o participante convive em sua casa. Assim, os resultados obtidos são descritos por ordem de frequência: *companheiro e filhos* (n = 30); *companheiro, filhos e outros familiares* (n = 12); *companheiro* (n = 10); *filhos* (n = 3); *filhos e outros familiares* (n = 2); *companheiro, filho e pais* (n = 1); *outros familiares ou pessoas conhecidas* (n = 1); e *sozinho* (n = 1). Com base nesta distribuição, verifica-se a predominância de uma configuração familiar formada por *companheiro(a) e filho(s)* (n = 53).

5.2 Interesse e fontes de informação sobre a hipertensão arterial

No que diz respeito ao interesse e proximidade dos participantes em relação à hipertensão arterial verificou-se que a grande maioria diz se interessar pelo assunto (n=57), e conhecer pessoas próximas de si que realizam tratamento para controle da hipertensão (n = 55).

Em relação às fontes de informação sobre a doença, a maioria (n = 47) utiliza os profissionais e serviços de saúde como principal fonte de informação sobre a hipertensão arterial. Além disso, também foram citados como fontes revistas/jornais/televisão/internet (8) e familiares e pessoas conhecidas (5). Ao serem perguntados se consideravam-se bem informados sobre a hipertensão arterial 37 participantes responderam *sim*; 19 responderam *regular*, e 4 responderam *não*.

5.3 O acompanhamento da pressão arterial

Os dados apresentados neste tópico dizem respeito ao contexto que envolve o acompanhamento da pressão arterial. Assim, serão descritos os resultados relacionados às visitas ao posto de saúde para medição da pressão arterial; a verificação da pressão arterial em casa e também a avaliação dos participantes sobre a relação estabelecida com os profissionais de saúde que os atendem.

A Tabela 2 apresenta a frequência com que os participantes buscam os serviços de saúde¹ para medir a pressão arterial.

¹ Como este item diz respeito à medição da pressão arterial, foram considerados como serviços de saúde: postos de saúde, unidades básicas de saúde em geral, hospitais e farmácias.

Tabela 2
Frequência de visitas ao posto de saúde para verificação da pressão arterial

Frequência de visitas ao posto de saúde	F	%	% Acumulado
Uma vez por semana	10	16,7	16,7
Uma vez por mês	27	45,0	61,7
Uma vez a cada 3 meses	7	11,7	73,4
Uma vez a cada 6 meses	11	18,3	91,7
Uma vez por ano	2	3,3	95,0
Menos de uma vez por ano	3	5,0	100,0
Total	60	100	

Conforme os dados apresentados na tabela, a maioria dos participantes ($n = 37$) respondeu que vai aos serviços de saúde uma vez por semana ou mais, ou no mínimo uma vez ao mês. Além disso, 11 participantes disseram procurar o serviço de saúde uma vez a cada seis meses para medir a pressão, o que equivale ao período proposto pelas unidades básicas de saúde para realização da consulta de acompanhamento e renovação da receita médica, que por sua vez dá direito à retirada dos medicamentos gratuitos. Ao cruzar frequência de visitas ao posto de saúde para medir a pressão com tempo de diagnóstico em anos, há uma correlação positiva de força moderada conforme valor ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

Aproximadamente metade ($n = 29$) dos participantes verifica a pressão arterial em casa, e entre estes, a maioria ($n = 20$) mede ao menos uma vez por semana, enquanto os demais medem uma vez a cada mês ou menos. Dos que realizam a medição em casa, 24 disseram ser os responsáveis pelo procedimento e 5 relataram ser auxiliados por um familiar ou pessoa conhecida.

Em relação à frequência das consultas médicas com objetivo de acompanhamento da hipertensão arterial obteve-se: uma vez a cada seis meses (32); uma vez por ano (17); uma vez por mês (6); há dois anos ou mais que não consulta (5).

Ao se tratar da avaliação da relação estabelecida com os profissionais do serviço de saúde, 52 participantes avaliaram a relação com o médico que lhes atende como ótima ou boa, e 8 como uma relação regular. Resultado semelhante foi encontrado no que diz respeito

à relação com os demais profissionais (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, secretária, etc), onde 54 pessoas avaliaram como uma relação ótima ou boa e apenas 6 como regular. Cabe destacar que nenhum participante avaliou a relação como ruim ou um pouco ruim.

Ao relacionar a avaliação da relação com o médico e os outros profissionais e a frequência de consultas médicas não foi constatada correlação entre elas, ($p = 0,520$; para os médicos) e ($p = 0,435$; para os outros profissionais de saúde). Entretanto houve correlação positiva com força média entre avaliação da relação com médico e avaliação da relação com os outros profissionais de saúde conforme teste de correlação de Spearman ($\rho = 0,487$; $p < 0,001$).

5.4 Representações sociais da hipertensão arterial

Neste momento serão descritos os resultados das análises de dados textuais originados na questão 1 de aplicação não diretiva: “O que o(a) senhor(a) pensa sobre a hipertensão arterial?”

O conteúdo resultante da análise realizada pelo *software* IRAMUTEQ empregada no primeiro *corpus* chamado “*Hipertensão*” encontrou 271 segmentos de textos sendo 196 (72,32%) deles analisáveis e considerados na classificação hierárquica descendente (CHD). Os segmentos de texto foram compostos por 1.059 palavras que ocorreram 7.198 em uma média de 6,79 vezes cada. A CHD dividiu o *corpus* em 5 classes sendo que em um primeiro momento houve a subdivisão em dois *subcorpus*, um com as classes 2, 4 e 5 e outro com as classes 1 e 3. No segundo momento a classe 5 foi separada das classes 2 e 4. Em uma nova partição houve a separação entre as classes 2 e 4 e por último a partição entre as classes 1 e 3 resultando no dendograma apresentado na Figura 2.

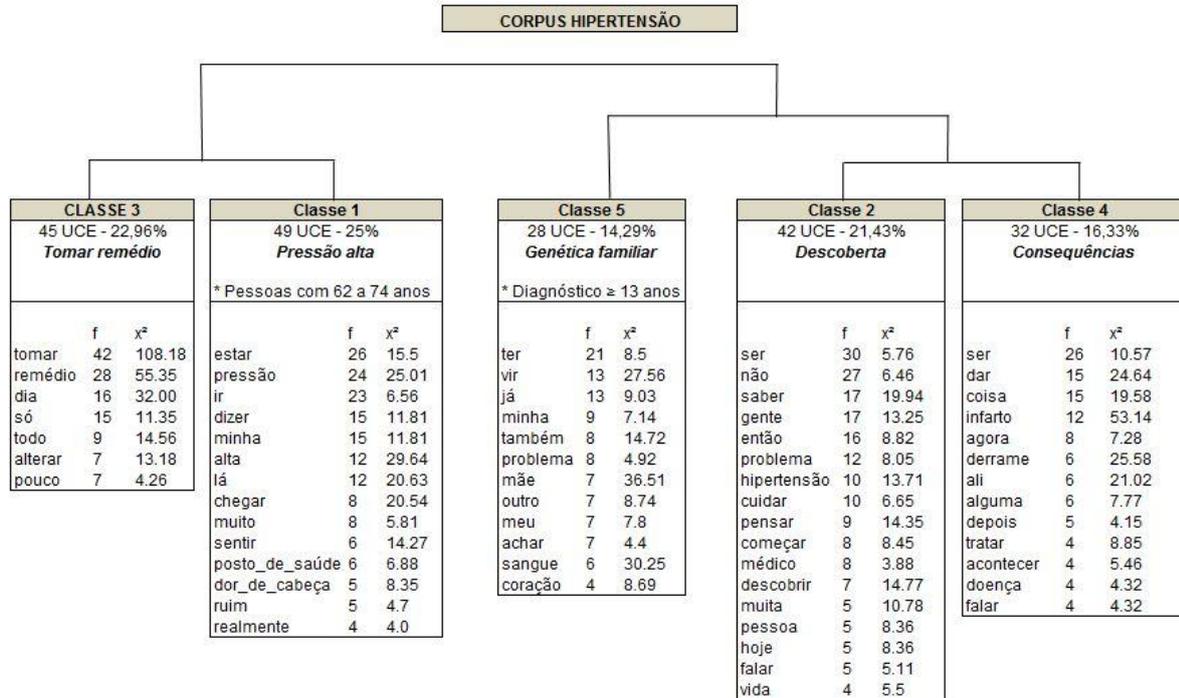


Figura 2. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* Hipertensão.

A seguir as classes serão descritas seguindo a ordem de partição e de proporção que representam em relação ao *corpus* total:

A classe 5 chamada “*Genética familiar*” possui 14,29% das UCE e foi produzida principalmente por pessoas que convivem com a hipertensão arterial há 13 anos ou mais. Seus principais elementos são: *mãe, sangue, vir*. Nesse sentido a doença é vista como algo que está no sangue da família, passando através das gerações. A ocorrência da hipertensão arterial nos pais é vista como origem e motivo principal da ocorrência da hipertensão arterial. O seguimento de texto exemplifica esse contexto:

Eu acho que a hipertensão já é uma coisa que vem de família, porque minha mãe tinha, foi hipertensa, tanto que ela morreu aos 56 anos de idade. (Mulher, 62 anos, vive com a hipertensão há 17).

Sendo uma doença que “vem de família”, o desenvolvimento de cuidados e prevenções é antecipado, tendo em vista a ocorrência de casos com pais e familiares. Os trechos a seguir demonstram essa situação:

Eu no caso, já sofri um infarto. Ali é que eu realmente fui na verdade saber. Claro que eu sabia que vinha de pai, mãe, de avó. Eu na verdade até cuidava. (Homem, 64 anos, vive com a hipertensão há 16).

Minha mãe eu sabia que tinha, meu tio que conheci tinha, então eu me interessei, para mais tarde não vir a ter sofrimento por causa dela. (Homem, 62 anos, vive com a hipertensão há 11).

A classe 2 representa 21,43% das UCE classificadas e recebeu o nome de “*Descoberta*”. Para os participantes a hipertensão é uma doença que age sem ser notada, onde a pessoa não sabe que há algo errado e acaba descobrindo apenas quando surgem problemas de saúde que demandam auxílio profissional, como exposto nas falas a seguir:

Eu penso que são muitas pessoas que tem esse problema. Primeiro elas acham que não tem, depois vão no médico e descobrem. E sempre dá um problema. (Mulher, 59 anos, vive com a hipertensão há 11).

É um risco de vida que pode levar até à morte se não se cuida, se não procurar ir em médico ou alguma coisa. Se não se cuida, talvez você nem sabe que está com esse problema (Mulher, 45 anos, vive com a hipertensão há 4).

Neste contexto, o profissional de saúde é frequentemente citado como responsável pela descoberta da doença. Assim, os participantes relatam que a doença é descoberta quando vão a uma consulta médica, geralmente motivada por alguma complicação à saúde ou sintoma emergente não relacionado diretamente com a hipertensão. Essa situação é vista no exemplo:

Porque eu não sabia que estava com esse problema, depois que eu procurei médico que eu fui ver que era minha pressão. (Mulher, 45 anos, vive com a hipertensão há 4).

A próxima classe é a 4 “Consequências” com 16,33% das UCE. Os elementos que se destacam são: *infarto, derrame, dar, coisa*. Esta classe está intimamente ligada à anterior (Descoberta da hipertensão) uma vez que a hipertensão é representada pelas possíveis consequências que podem ocorrer caso a doença não seja descoberta a tempo, ou caso desenvolvam-se agravantes em seu quadro. Alguns trechos apontam para isso:

É uma coisa que pode acontecer com a gente, que pode dar infarto se estiver muito alta. A gente sente quando tem pressão alta porque sobe a dor de cabeça. (Mulher, 53 anos, vive com a hipertensão há 5).

A hipertensão é uma doença que se a pessoa não tratar, mais tarde ela vai causar problema, vai causar derrame, pode causar infarto e transtornos para a pessoa. (Mulher, 51 anos, vive com a hipertensão há 8).

Outro fator que merece destaque diz respeito à visão de que a hipertensão arterial é um fator que exige uma prática constante relacionada a cuidados e restrições necessárias para controlar a pressão arterial, visando assim a garantia de uma condição de saúde mais adequada no futuro. Conforme extratos:

É uma coisa que a gente tem agora que cuidar disso sempre. Cuidar disso porque isso é um compromisso sério, que se você não cuida é complicado, porque aí dá coisas sérias. (Mulher, 57 anos, vive com a hipertensão há 10).

Eu às vezes sempre falo: a gente tem que tomar remédio sempre, para mais tarde não acontecer um infarto. Porque se a gente não tomar, depois dá um infarto e aí a gente nunca pode dizer. (Mulher, 65 anos, vive com a hipertensão há 8).

A classe 1 "Pressão alta" foi responsável por 25% das UCE. Nesta classe os conteúdos estão organizados principalmente em torno dos elementos: *estar; pressão; alta; dor_de_cabeça*; e foram produzidos principalmente por pessoas com idade entre 62 e 74 anos. Os conteúdos demonstram o destaque dado à elevação dos níveis de pressão arterial, fator que gera preocupação e medo nas pessoas que vivem com hipertensão arterial. O trecho abaixo exemplifica esse contexto:

Eu tenho muito medo, me dá bastante dor de cabeça. Eu fico desconfortável, e fico mal, fico irritada. Mais dor de cabeça. E eu tenho medo, quando às vezes eu vou no posto de saúde e minha pressão às vezes está 15, deu 16 já, eu fico bem para baixo, já me dá medo e fico bem sensível, tenho muito medo.

(Mulher, 48 anos, vive com a hipertensão há 5).

Além disso, o surgimento de sintomas físicos como a dor de cabeça (cefaleia) surge como motivo para que os participantes busquem assistência junto aos serviços de saúde, conforme exemplo:

Me leve porque eu não estou aguentando essa dor de cabeça. Ela me levou e cheguei lá, decerto estava ruim porque já me levaram lá para dentro, já mediram minha pressão e estava 20 por 17. (Homem, 62 anos, vive com a hipertensão há 4).

A classe 3 chamada "Tomar remédio" foi responsável por 22,96% das UCEs classificadas no *corpus*. Assim os principais elementos que a compõem são: *tomar, remédio, dia*. A hipertensão é vista como o compromisso de tomar os medicamentos diariamente em função da alteração dos níveis pressóricos. O trecho a seguir ilustra o exposto:

Achei que estava legal já, que o tratamento estava completo, mas é pelo contrário, isso aí é contínuo, tem que tomar direto. (Homem, 64 anos, vive com a hipertensão há 6).

Para os participantes o uso do medicamento garante o controle dos níveis de pressão arterial amenizando os sintomas da doença. Assim, é importante tomar os medicamentos todos os dias, caso contrário os sintomas físicos se manifestam. Os trechos a seguir representam esse contexto:

Tontura, isso eu sinto, e se eu não tomo o remédio eu já vejo que se um dia não tomo, no outro dia altera e eu preciso tomar. (Mulher, 53 anos, vive com a hipertensão há 5).

Eu tomo um remédio por dia de manhã só, e a pressão mantém boa assim, não fica

alterada. (Homem, 52 anos, vive com a hipertensão há 6).

Entretanto, para eles, fatores emocionais como o estresse e a preocupação elevam os níveis de pressão arterial mesmo quando fazem uso do medicamento. Dessa forma o “não se incomodar” acaba aparecendo como uma estratégia importante para estas pessoas controlarem a doença. Alguns extratos que demonstram isso são:

Então digamos, quando eu me preocupo com alguma coisa, aí mesmo tomando o remédio dá uma alterada. Então se caso está tudo tranquilo, tudo bem, eu tomo o remédio e também não tem nada. (Mulher, 62 anos, vive com a hipertensão há 17).

Se incomodou um pouco já deu pra cabeça, esse é o negócio da pressão alta. E eu só tomo remédio sempre as 7h30min da manhã, eu só tomo isso aí. (Homem, 50 anos, vive com a hipertensão há 20).

Analisando o dendograma e o conteúdo obtido pela análise do *corpus* Hipertensão verifica-se uma noção de hipertensão arterial associada de um lado ao elemento pressão alta, que possui a característica de ser um signo concreto para a doença, pois pode ser medido e elaborado enquanto algo presente, além do medicamento que controla os níveis pressóricos evitando a ocorrência dos sintomas da doença; e por outro lado à ideia de que a hipertensão é algo que vem do sangue da família, é passado através das gerações, e deve ser descoberta com rapidez para evitar complicações e eventos graves como infarto e derrame cerebral.

5.5 Representações sociais do tratamento da hipertensão arterial

A seguir serão descritos os resultados das análises de dados textuais originados na questão número 3 de aplicação não diretiva: “O que o(a) senhor(a) pensa sobre o tratamento da hipertensão arterial?”

O *corpus* de análise foi chamado de “*Tratamento*” e se refere ao conteúdo originado na questão sobre o que os participantes pensam a respeito do tratamento da hipertensão arterial. Assim, por meio da

análise lexical o software identificou 400 segmentos de texto dos quais 292 (73%) foram considerados na CHD. Foram identificadas 1.338 palavras que ocorreram 10.628 com média de ocorrência de 7,94. O *corpus* TRAT foi dividido em 4 classes distintas. Na primeira partição a CHD criou dois *subcorpus*, de um lado as classes 1 e 4 e de outro as classes 2 e 3. Na segunda partição foi separada a classe 2 da 3 e na terceira partição a classe 1 da 4, resultando no dendograma mostrado na figura 3.

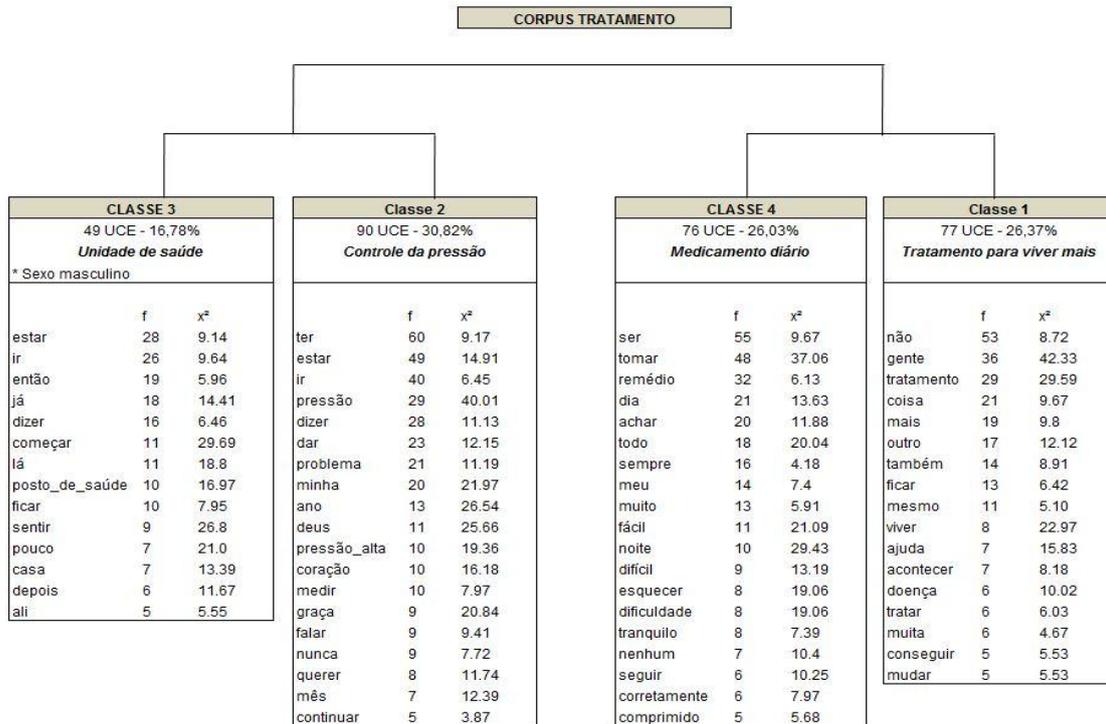


Figura 3. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* Tratamento.

A classe 2 chamada “*Controle da pressão*” foi a mais representativa do *corpus* com 30,82% dos segmentos de texto classificados. Os conteúdos se organizam principalmente em torno das palavras: *pressão; ano; pressão_alta; coração*. Nesta classe o destaque principal é dado às estratégias para controle da hipertensão arterial. Assim, o uso de medicamentos, as visitas ao médico e a verificação regular da pressão arterial aparecem como aspectos relevantes associados à ideia do tratamento. Algumas falas exemplificam o exposto:

Eu tomo remédio junto da pressão e do coração, para controlar tudo, e da cabeça. Só tenho a agradecer a Deus que a gente tem o tratamento. (Mulher, 64 anos, vive com a hipertensão há 20).

Então acho que por isso minha pressão é meio controlada, acho que é disso aí. E a pessoa vê, se sabe que tem pressão alta, tem que ir no médico (Homem, 67 anos, vive com a hipertensão há 10).

Comprei o negócio de medir a pressão. Eu meço minha pressão em casa, não todo dia, mas de vez em quando estou medindo em casa (Mulher, 67 anos, vive com a hipertensão há 20).

A classe 3 “*Unidade de saúde*” com 16,78% das UCE se organiza em torno dos elementos: *começar; sentir; posto_de_saúde; dizer*. O conteúdo desta classe foi produzido principalmente por participantes do sexo masculino e se refere ao contexto que envolve a unidade de saúde como um elemento que compõe o tratamento, ou seja, se relaciona às ações desenvolvidas pelo serviço de saúde como: orientações passadas pela equipe, sobretudo na imagem do profissional médico; o acompanhamento da pressão arterial em medições periódicas na unidade de saúde; além da retirada gratuita dos medicamentos necessários para o controle da hipertensão. Alguns trechos selecionados ilustram essa situação:

Até estive esses dias lá e o médico disse: Você está tomando remédio corretamente? Eu digo: Estou. Então não deixa de tomar. (Mulher, 67 anos, vive com a hipertensão há 20).

Eu já conferi no posto de saúde. Medi em casa e daí fui no posto de saúde para ver se estava certo, e estava igual, não tinha muita diferença. (Mulher, 67 anos, vive com a hipertensão há 20).

É só tomar o comprimido, esse o posto de saúde já dá. Até uma época eu comprava, depois comecei a pegar no posto de saúde pelo fato de ter. (Mulher, 42 anos, vive com a hipertensão há 16).

A classe 1 foi chamada de “*Tratamento para viver mais*” e representa 26,37% das UCE do *corpus*. As palavras que se destacam nesta classe são: *gente; tratamento; viver; ajuda*. Os conteúdos classificados dizem respeito à visão do tratamento da hipertensão arterial como algo que dá condições para uma vida mais longa e de maior qualidade. Conforme exemplos a seguir:

Claro que a gente, velho, não vai ficar novo, mas que a gente tenha mais um tempo de vida. E que a gente tenha também mais alegria, mais vontade de viver. (Homem, 62 anos, vive com a hipertensão há 4).

No tratamento você sabe que o remédio ajuda você a viver mais tempo, porque pode dar, por exemplo, te dar de novo. Como eu já sofri um infarto, não tomando eu posso ter outro. (Homem, 64 anos, vive com a hipertensão há 16).

Associados à longevidade, há trechos que descrevem a hipertensão como uma doença que pode ter resultados fatais caso não seja controlada adequadamente, assim a realização correta do tratamento

é valorizada, pois evita complicações da doença que podem resultar em morte. Trechos que falam disso são:

Se não houvesse o tratamento a maioria das pessoas teria morrido, porque se a pessoa é hipertensa e não se cuida não toma os remédios como é para tomar ela não consegue sobreviver, dá derrame, infarto. (Mulher, 54 anos, vive com a hipertensão há 32).

É ótimo porque se não fizesse um tratamento do tipo que eu estou fazendo eu acho que já teria morrido, porque a hipertensão é uma doença que se você não se cuidar, você morre. (Homem, 64 anos, vive com a hipertensão há 6).

A próxima classe de conteúdos a ser considerada é 4 “*Medicamento diário*” com 26,03% das UCE e os principais elementos que a compõem são: *tomar; noite; fácil; todo; esquece; dificuldade*. Nesta classe o tratamento está ligado à ideia de que é necessário tomar os medicamentos para hipertensão arterial todos os dias, nos horários corretos. Para os participantes essa prática é considerada fácil a partir do momento que se torna um hábito do dia-a-dia. Assim, o esquecimento é apontado como uma dificuldade, porém quando o tratamento ainda é recente. Com o passar do tempo, as práticas que envolvem os medicamentos são incorporadas às rotinas diárias e já não são mais consideradas difíceis de serem realizadas. A seguir alguns segmentos de texto exemplificam esse contexto:

Acho que faz bem para mim, que eu preciso tomar, e tomar certo porque eu tomo certo. Dificilmente eu esqueço um dia, uma noite (Mulher, 61 anos, vive com a hipertensão há 3).

Só que aí também não faz diferença, agora se for mais dias, aí sim. É coisa de rotina, é a mesma coisa que tomar um banho de noite e

dormir, é coisa de rotina. (Homem, 61 anos, vive com a hipertensão há 22).

Analisando o dendograma do *corpus* é possível definir que o tratamento é colocado de um lado como a necessidade de manter a pressão arterial controlada, tendo o contexto dos serviços de saúde como possibilidades importantes de auxílio e monitoramento, e de outro lado vê-se o tratamento como uma prática que garante uma vida mais longa e como maior qualidade garantida pelo uso frequente dos medicamentos anti-hipertensivos.

5.6 Viver com a hipertensão arterial

Neste tópico serão apresentados os resultados das análises de dados textuais originados na questão número 2 de aplicação não diretiva: “Para o(a) senhor(a) como é conviver com a hipertensão arterial?” Que deram origem ao *corpus* chamado de *Convívio*”.

O *corpus* “*Convívio*” diz respeito à conteúdos relacionados a vivência com a hipertensão arterial. Ao ser submetido ao software o *corpus* originou 488 segmentos de texto com 362 (74,18%) sendo considerados pela CHD. Assim foram verificadas 1.499 palavras que ocorreram 12.756 vezes com média de ocorrência de 8,5 vezes. Conforme a Figura 4, a análise evidenciou 3 classes de conteúdos dividindo em um primeiro momento o *corpus* em dois *subcorpus* onde a classe 2 se diferenciou das classes 1 e 3. E em um segundo momento houve a diferenciação entre as classes 1 e 3.

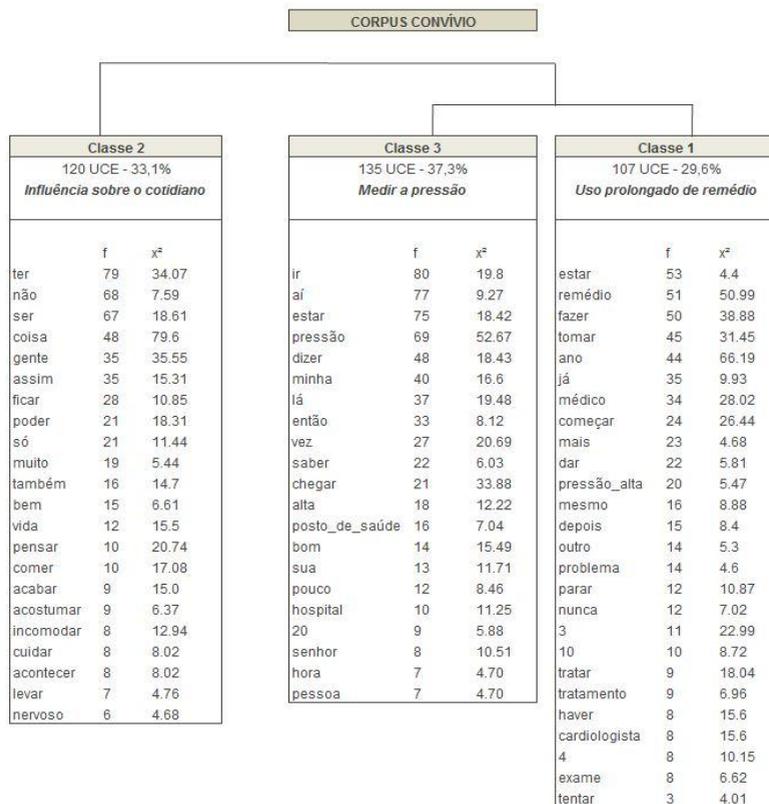


Figura 4. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* Convívio

A classe 2 “*Influência sobre o cotidiano*” com 33,1% das UCE possui como principais elementos as palavras: *coisa; gente; ter; pensar; poder; comer*. Nesta classe viver com a hipertensão arterial é visto sob a ótica da influência que a doença exerce sobre a vida cotidiana, demandando a adoção de novas práticas e modificação de hábitos de vida prejudiciais à saúde. Conforme exemplos:

Mas tem que se medicar porque não pode ficar assim. E tem que acompanhar as consultas, essas coisas que o posto de saúde indica, para vir medir a pressão (Mulher, 53 anos, vive com a hipertensão há 5).

Nunca pode esquecer daquilo porque sabe que se ficar lá dois dias sem tomar já começa a dar diferença. Então é uma coisa a mais na sua vida, porque você tem que ter junto com a sua rotina (Mulher, 61 anos, vive com a hipertensão há 12).

Eu tive que melhorar na minha alimentação, atividade física, todas essas coisas porque senão não adianta só tomar remédio se você não se ajuda. (Mulher, 45 anos, vive com a hipertensão há 4).

A classe 3 chamada de “*Medir a pressão*” é a mais representativa do corpus com 37,3% das UCE. Os elementos que mais se destacaram foram: *pressão; chegar; vez; estar; alta*. No que diz respeito aos conteúdos desta classe, o convívio com a hipertensão arterial está associado aos cuidados frequentes com a pressão arterial. Nesse sentido, a busca pelo controle da pressão arterial faz com que práticas de cuidado e rotinas específicas passem a fazer parte do cotidiano, sendo a medição frequente dos níveis pressóricos a principal delas. Os serviços de saúde (posto de saúde e hospital) aparecem como principais locais onde as medições são realizadas, além de serem os principais detectores das alterações, tendo em vista que muitas vezes os pacientes desconheciam a existência da doença. Os extratos abaixo exemplificam esse contexto:

Aí a mulher me levou no hospital, lá no plantão de noite. Eles foram tirar minha pressão e estava 17 por 9. (Homem, 62 anos, vive com a hipertensão há 4).

Todo dia que eu ia lá, toda vez que ia me consultar no dentista, mediam minha pressão. Aí eu achando que ficava assim por causa do dentista, aí não. (Mulher, 45 anos, vive com a hipertensão há 4).

Eu descobri por causa da minha coluna. Eu fiquei ruim um dia no trabalho e começou a doer a perna. Me levaram para o hospital, aí foram ver e a pressão estava 22 por 18. (Homem, 63 anos, vive com a hipertensão há 13).

A classe 1 foi chamada de “*Uso prolongado de remédio*” e possui 29,6% das UCE classificadas no *corpus*. As palavras que mais se associaram a esta classe foram: *ano; remédio; fazer; tomar; médico*. Viver com a hipertensão arterial relaciona-se com o fato de a descoberta da doença marcar o início do uso de remédios por longos períodos de tempo. O remédio aparece como elemento cotidiano, que a partir do diagnóstico da doença passa a integrar as práticas diárias. Os segmentos de texto a seguir apontam para isso:

Aí normalizou, 12 anos que fiz as primeiras consultas para descobrir que eu tinha pressão alta. 12 anos que eu tomo já, que eu fiz essas consultas e descobri. E nunca mais parei de tomar. (Mulher, 61 anos, vive com a hipertensão há 12).

Já vem de casa isso, 10 anos acompanhamento e tratamento que eu tomo todo dia um remédio. (Mulher, 45 anos, vive com a hipertensão há 11).

Apesar de o uso do medicamento ser relatado como um hábito que se integrou à vida cotidiana, por vezes o diagnóstico da doença não determina o início imediato – e principalmente adequado – do uso do medicamento. Assim, em alguns casos, apesar de a doença ter sido diagnosticada há vários anos, as práticas que envolvem a medicação acabam sendo adiadas. Nesse sentido, muitas vezes a medicação apenas começa a ser utilizada corretamente quando surge algum sintoma aparente ou complicação de saúde. O extrato que segue ilustra essa questão:

Mas tratamento eu nunca tinha feito. Agora, de uns 10 anos para cá, minha caixa de remédio está ali, já deixo ali na vista porque senão. (Mulher, 55 anos, vive com a hipertensão há 10).

O contexto que envolve o vivência a com a hipertensão arterial demonstra que a doença demanda práticas específicas, sendo a principal delas o controle constante da pressão arterial. Essa prática se relaciona com o uso prolongado de medicamentos, e este por sua vez, associado às outras práticas necessárias ao controle da doença exerce influência sobre o cotidiano das pessoas, exigindo mudanças de hábitos de vida.

5.7 Atitudes, contexto normativo e percepção de controle comportamental

Os resultados originados das questões dos blocos 2 e 3 do instrumento de coleta de dados (apêndice A) foram analisados verificando-se as relações a partir das variáveis sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico.

5.7.1 Atitudes

Conforme descrito anteriormente, a dimensão atitude – direcionada ao tratamento da hipertensão arterial – foi investigada por meio de frases afirmativas relacionadas às práticas de controle e respondidas em uma escala com termos dicotômicos (discordo totalmente e concordo totalmente), sendo o intervalo escalar convertido em escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde quanto maior a proximidade de 1 menos favorável o participante era às práticas de controle, e quanto

mais próximo de 7 mais favorável. A Tabela 3 apresenta as médias de atitude segundo a variável sexo.

Tabela 3

Médias da dimensão atitude frente às práticas de controle segundo variável sexo

Medida de controle	Sexo			
	Masc (n = 23)		Fem (n = 37)	
	M	DP	M	DP
Eu acho muito importante medir a pressão com frequência para controlar a hipertensão	6,22	1,51	6,41	1,30
Para mim, trocar frituras por legumes e verduras é...	5,57	1,95	6,51	1,02
Para mim, tomar os remédios sempre na mesma hora é importante.	6,96	0,20	6,78	0,53
Quando é necessário fazer mudanças na alimentação para controlar a hipertensão eu...	6,04	1,49	6,62	0,86
Total para medida atitude	6,20	0,86	6,58	0,57

No que diz respeito à atitude geral frente às práticas de controle, os participantes de ambos os sexos, de forma homogênea, foram altamente favoráveis, ambos com médias aproximadas de 7. A média dos participantes do sexo feminino ($M = 6,58$; $DP = 0,57$) foi um pouco maior que do sexo masculino ($M = 6,20$; $DP = 0,86$), entretanto esta diferença não foi considerada estatisticamente significativa [$t(58) = -1,90$; $p = 0,065$].

De forma específica, as mulheres foram mais favoráveis do que os homens à troca de frituras por legumes e verduras na alimentação [$t(30) = -2,16$; $p < 0,05$]. Por meio do teste de *Levene* verificou-se que as variâncias das distribuições de atitude por sexo são diferentes [$F(58) = 12,51$; $p < 0,001$].

Não houve associação entre a média de atitudes e as variáveis *faixa etária* 42 – 54 anos ($M = 6,49$; $DP = 0,86$); 55 – 61 anos ($M = 6,36$; $DP = 0,72$); e 62 – 74 anos ($M = 6,45$; $DP = 0,53$) conforme [$F(2, 57) = 0,160$; $p = 0,853$] e *tempo de diagnóstico* 2 – 6 anos ($M = 6,60$;

DP = 0,53); 7 – 12 anos (M = 6,13; DP = 0,93); e ≥ 13 (M = 6,60; DP = 0,48) para um valor de $[F(2, 57) = 3,12 \text{ p} = 0,052]$ ¹. Assim pode-se dizer que a idade e o tempo de convívio com a doença não representaram para esta amostra fatores de influência sobre a favorabilidade ou não ao tratamento.

5.7.2 Normas subjetivas

Os resultados obtidos para as normas subjetivas também se configuraram em uma escala de 0 a 7, onde, quanto maior o valor, mais o participante concorda com as pessoas de seu meio social, sobretudo familiares, amigos e pessoas importantes para si, e consequentemente quanto menor o valor obtido, menos concorda.

No que diz respeito ao sexo, a média na escala de normas subjetivas foi semelhante, para os homens (M = 5,42; DP = 0,70) e mulheres (M = 5,51; DP = 0,92) não apresentando diferença significativa conforme valor $[t(58) = 0,401; \text{p} = 0,69]$. A tabela 4 contém as médias e desvios padrões para as variáveis *faixa etária* e *tempo de diagnóstico*.

¹ A afirmação de ausência de associação se baseia nas convenções estatísticas que determinam uma confiabilidade de 95%. Assim, por se tratar de um valor muito próximo a 5% (0,052) em uma amostra de 60 participantes não se exclui a possibilidade de erro amostral.

Tabela 4

Médias para normas subjetivas segundo variáveis faixa etária e tempo de diagnóstico

Contexto da norma subjetiva	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	<i>Faixa etária (em anos)</i>					
	42 – 54		55 – 61		62 – 74	
	2,95	2,06	2,55	2,04	2,21	1,62
	<i>Tempo diagnóstico (em anos)</i>					
	2 – 6		7 – 12		≥ 13	
	2,40	1,98	2,62	1,77	2,74	2,08
	<i>Faixa etária (em anos)</i>					
	42 – 54		55 – 61		62 – 74	
	6,86	0,36	6,80	0,52	6,68	0,82
	<i>Tempo diagnóstico (em anos)</i>					
	2 – 6		7 – 12		≥ 13	
	6,90	0,31	6,67	0,66	6,79	0,71
	<i>Faixa etária (em anos)</i>					
	42 – 54		55 – 61		62 – 74	
	6,43	1,47	6,40	1,60	6,05	1,81
	<i>Tempo diagnóstico (em anos)</i>					
	2 – 6		7 – 12		≥ 13	
	6,40	1,85	6,33	1,28	6,16	1,74
	<i>Faixa etária (em anos)</i>					
	42 – 54		55 – 61		62 – 74	
	6,24	1,73	6,05	1,67	6,47	1,02
	<i>Tempo diagnóstico (em anos)</i>					
	2 – 6		7 – 12		≥ 13	
	6,40	1,39	6,05	1,86	6,32	1,20
Total*	Faixa etária		5,62	0,80	5,45	1,03
	Tempo diagnóstico		5,53	0,96	5,42	0,86
			5,36	0,84	5,50	0,70

Nota: Totais para dimensão normas subjetivas

De forma homogênea os grupos tendem a concordar com os familiares e com as pessoas que são importantes para eles no que diz respeito à realização das práticas de controle da hipertensão. Entretanto cabe ressaltar que quando a situação se direciona a uma prática contrária ao tratamento, nesse caso “*Quando meus amigos me oferecem comidas ou bebidas que sei que não deveria consumir, eu...*” os participantes tendem a não concordar com a pessoa ou grupo influenciador, anulando assim o efeito de norma. Além disso, nesse contexto, quanto maior a faixa etária, menos o participante concorda com as outras pessoas. Todavia, a existência de uma relação direta entre essas variáveis não pode ser afirmada, pois não houve diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias [$F(2, 57) = 0,506$; $p = 0,606$].

Da mesma forma, a variável *tempo de diagnóstico* não apresentou diferença significativa entre as médias [$F(2, 57) = 0,092$; $p = 0,913$]. Sendo assim, as pessoas tendem a concordar com os familiares e pessoas importantes para elas no que diz respeito às práticas de controle da hipertensão arterial independentemente do tempo que foram diagnosticadas.

5.7.3 Crenças normativas

Os resultados obtidos para crenças normativas dizem respeito ao que os participantes pensam a respeito das expectativas dos familiares e pessoas próximas direcionadas às práticas de controle da hipertensão arterial. Dessa forma, quanto maior o valor obtido, maior a crença de que os outros esperam que o participante realize as práticas de controle no dia-a-dia.

Na comparação entre os sexos, ambos apresentaram médias semelhantes, sendo para o sexo masculino ($M = 5,74$; $DP = 0,93$) e feminino ($M = 5,82$; $DP = 0,99$), a semelhança entre as médias é corroborada pelo valor ($U = 389,5$; $p = 0,572$) que indica a inexistência de diferenças significativas para este item.

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos de acordo com a variável *faixa etária* e também *tempo de diagnóstico*. Cabe ressaltar que os dados não possuem uma distribuição normal conforme teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($D = 1,427$; $p < 0,05$), assim, a escolha pelo teste da ANOVA de Kruskal-Wallis por postos se mostrou mais apropriada.

Tabela 5

Médias para crenças normativas por faixa etária e tempo de diagnóstico.

		n	M	DP	Posto médio
<i>Faixa etária (em anos)</i>	42 – 54	21	5,79	0,90	29,60
	55 – 61	20	5,88	0,91	32,23
	62 – 74	19	5,70	1,12	29,68
	Total (n)	60			
<i>Tempo de diagnóstico (em anos)</i>	2 – 6	20	5,93	0,69	32,25
	7 – 12	21	5,90	0,94	32,38
	≥ 13	19	5,51	1,19	26,58
	Total (n)	60			

Apesar de os participantes com idade entre 55 e 61 anos apresentarem um valor levemente maior no que diz respeito às crenças normativas, não foi constatado diferença significativa entre as faixas etárias [$\chi^2(2) = 0,312$; $p = 0,856$].

Em relação ao tempo de diagnóstico, pessoas diagnosticadas há 13 anos ou mais apresentaram valores menores do que os outros grupos, entretanto essa diferença não foi significativa [$\chi^2(2) = 1,492$; $p = 0,474$]. Dessa forma, na amostra estudada, a variável idade não se relacionou com as crenças normativas. Da mesma forma, o tempo de diagnóstico da doença não apresentou relação com as crenças normativas.

5.7.4 Percepção de controle

Em relação à percepção de controle, quanto menor o valor obtido na escala de 1 a 7 maior a percepção de controle sobre o comportamento. Os dados obtidos apresentam distribuição normal conforme valor ($D = 1,095$; $p = 0,182$). Assim, no que diz respeito às médias por sexo, obteve-se masculino ($M = 2,23$; $DP = 1,19$) e feminino ($M = 2,78$; $DP = 1,58$), conforme Teste-t não houve diferença entre as médias [$t(58) = 1,528$; $p = 0,132$]. Na Tabela 6 podem ser vistas as

médias referentes à percepção de controle segundo as variáveis faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 6

Médias para percepção de controle por faixa etária e tempo de diagnóstico.

		n	M	DP
<i>Faixa etária (em anos)</i>	42 – 54	21	2,45	1,41
	55 – 61	20	3,05	1,65
	62 – 74	19	2,18	1,21
	Total (n)	60		
<i>Tempo de diagnóstico (em anos)</i>	2 – 6	20	2,34	1,27
	7 – 12	21	2,88	1,61
	≥ 13	19	2,46	1,48
	Total (n)	60		

Ao testar as relações entre percepção de controle e faixa etária, contata-se uma média menor para as pessoas de 62 a 74 anos de idade. Estatisticamente, essa diferença entre os grupos não é significativa conforme resultado fornecido pela ANOVA [$F(2, 57) = 1,870$; $p = 0,163$]. Com características semelhantes a variável tempo de diagnóstico não se relacionou com a percepção de controle [$F(2, 57) = 0,779$; $p = 0,464$].

5.7.5 Crenças de controle

Para análise das crenças de controle, quanto maior o valor na escala de 1 a 7, mais o participante acredita ter controle sobre o comportamento específico. Os dados obtidos nesta dimensão não seguem uma distribuição normal ($D = 1,551$; $p < 0,05$). Com base nisso, a opção por testes não paramétricos se mostrou mais adequada.

Analisando o cruzamento entre sexo e crenças de controle por meio do teste de Mann-Whitney obteve-se para os homens ($M = 6,23$; $DP = 0,72$) e para as mulheres ($M = 6,39$; $DP = 0,77$), não havendo diferença significativa entre os dois grupos ($U = 369$; $p = 0,376$). Na

Tabela 7 são apresentadas as médias para crenças de controle discriminadas pelas variáveis faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 7

Resultados para crenças de controle por faixa etária e tempo de diagnóstico.

		n	M	DP	Posto médio
<i>Faixa etária (em anos)</i>	42 – 54	21	6,38	0,71	31,69
	55 – 61	20	6,37	0,70	30,88
	62 – 74	19	6,21	0,85	28,79
	Total (n)	60			
<i>Tempo de diagnóstico (em anos)</i>	2 – 6	20	6,51	0,53	33,58
	7 – 12	21	6,27	0,79	29,50
	≥ 13	19	6,18	0,88	28,37
	Total (n)	60			

No que diz respeito às crenças de controle por faixa etária e também por tempo de diagnóstico, as médias foram bastante semelhantes entre os grupos, não havendo diferenças significativas conforme valores originados pelo teste de Kruskal-Wallis, faixa etária [$\chi^2(2) = 0,308$; $p = 0,857$] e tempo de diagnóstico [$\chi^2(2) = 1,034$; $p = 0,596$].

5.7.6 Intenção comportamental

Os dados obtidos nos itens relacionados à intenção comportamental dizem respeito à intenção do participante em engajar-se em práticas de controle da hipertensão arterial. Assim, quanto maior a média obtida em uma escala de 0 a 7, maior a intenção em engajar-se na prática. Por não apresentar distribuição normal ($D = 1,859$; $p < 0,005$), o item de intenção comportamental também foi analisado por meio de testes não paramétricos.

Comparando sexo com intenção comportamental verifica-se que as médias são relativamente semelhantes, homens ($M = 6,17$; $DP =$

0,78) e mulheres ($M = 6,42$; $DP = 0,87$). Assim no que diz respeito ao sexo, a amostra é homogênea ($U = 336$; $p = 0,154$) e com intenção alta em relação a engajar-se em práticas de controle da doença. A tabela 8 apresenta as médias para os cruzamentos de intenção comportamental com faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 8

Médias para intenção comportamental por faixa etária e tempo de diagnóstico.

		n	M	DP	Posto médio
<i>Faixa etária (em anos)</i>	42 – 54	21	6,21	0,83	28,12
	55 – 61	20	6,38	0,96	31,78
	62 – 74	19	6,40	0,73	31,79
	Total (n)	60			
<i>Tempo de diagnóstico (em anos)</i>	2 – 6	20	6,15	1,06	28,28
	7 – 12	21	6,35	0,77	30,36
	≥ 13	19	6,49	0,64	33,00
	Total (n)	60			

Independentemente da idade, as pessoas apresentaram médias elevadas para intenção comportamental, e nesse sentido as médias foram consideradas semelhantes, conforme valor [$\chi^2(2) = 0,659$; $p=0,719$]. Além disso, a variável tempo de diagnóstico também apresentou médias semelhantes, não possuindo diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2(2) = 0,785$; $p=0,676$].

Com objetivo de verificar o contexto da intenção comportamental na amostra pesquisada, realizou-se uma análise de regressão múltipla para determinar as associações entre a medida de intenção comportamental e os elementos que a formam: atitude, normas subjetivas, crenças normativas, percepção de controle e crenças de controle. Os resultados obtidos evidenciaram que há uma relação moderada (R múltiplo = 0,632) entre as variáveis explicativas e a variável critério assegurada por um valor de [$F(5, 54) = 7,189$; $p < 0,0001$]. Além disso, as medidas de atitudes, normas subjetivas, crenças normativas, percepção de controle e crenças de controle combinadas

explicam 36% da variância da intenção comportamental. A tabela 9 apresenta os coeficientes de regressão para cada uma das variáveis.

Tabela 9
Análise de regressão múltipla para intenção comportamental

Explicativas	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			IC (95%) para <i>B</i>
	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Atitudes	0,115	0,141	0,097	0,812	0,421	- 0,169 – 0,398
Normas subjetivas	0,436	0,114	0,434	3,833	0,000	0,208 – 0,664
Crenças normativas	- 0,074	0,106	-0,085	- 0,704	0,485	-,0286 – 0,137
Crenças de controle	0,437	0,132	0,388	3,313	0,002	0,172 – 0,701
Percepção de controle	0,026	0,063	0,045	0,419	0,677	- 0,099 – 0,152

Nota: variável critério: Intenção comportamental

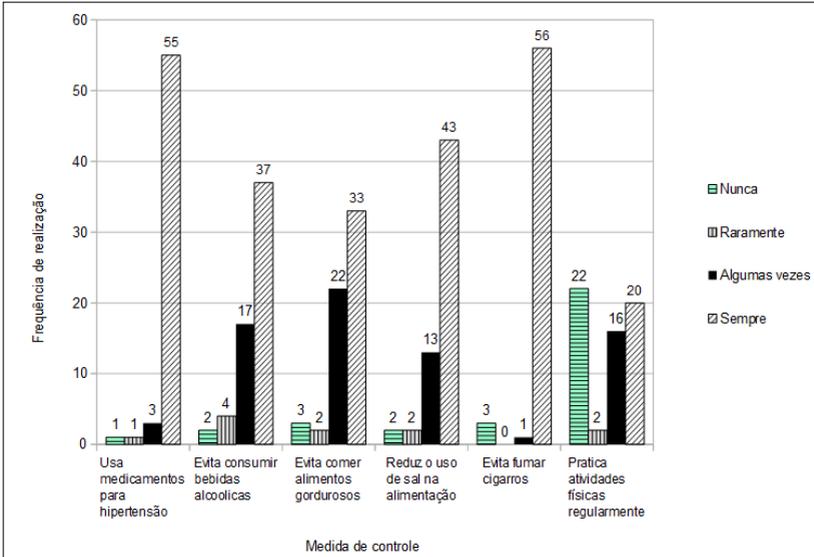
Verifica-se que as variáveis que mais se associam à intenção comportamental são normas subjetivas ($t = 3,833$; $p < 0,0001$) e crenças de controle ($t = 3,313$; $p < 0,005$), ambas se associam positivamente com a intenção comportamental. Pode-se dizer que as normas subjetivas e as crenças de controle são variáveis preditivas para intenção comportamental, conforme coeficiente de regressão ($\beta = 0,43$) e ($\beta = 0,39$) respectivamente.

5.8 Medidas de controle da hipertensão arterial realizadas pelos participantes

A Figura 5 apresenta os dados referentes às práticas de controle da hipertensão realizadas pelos participantes segundo respostas auto relatadas.

Figura 5

Frequência de realização de medidas de controle da hipertensão



Fonte: Dados da pesquisa

Possivelmente em função do tamanho da amostra e da natureza dos itens, os dados obtidos nesta questão não apresentam uma distribuição normal conforme resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov [*Usa medicamentos para hipertensão* ($D = 4,04$; $p < 0,001$); *Evita consumir bebidas alcoólicas* ($D = 2,83$; $p < 0,001$); *evita comer alimentos gordurosos* ($D = 2,48$; $p < 0,001$); *Procura diminuir o uso de sal na alimentação* ($D = 3,26$; $p < 0,001$); *Pratica atividades físicas* ($D = 1,97$; $p = 0,001$)]. Assim, foram usados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis como alternativas aos testes paramétricos.

No que se refere ao *uso de medicamento para hipertensão*, verifica-se uma alta frequência de realização na amostra estudada. Ao comparar as distribuições por sexo verifica-se homogeneidade na realização dessa medida, conforme teste de Mann Whitney não há diferenças significativas entre homens e mulheres ($U = 425$; $p = 0,987$) no que diz respeito ao uso do medicamento. De forma semelhante, *evitar fumar cigarros* também aparece como uma prática altamente realizada por ambos os sexos ($U = 412,5$; $p = 0,648$).

No que diz respeito ao contexto alimentar, a medida de controle: *evitar comer alimentos gordurosos* é mais realizada pelas mulheres (M

= 3,65; DP = 0,588) do que pelos homens (M = 3,04; DP = 0,93), essa diferença foi considerada estatisticamente significativa ($U = 252,5$; $p < 0,005$), mesmo assim essa média ainda expressa uma baixa realização se comparada ao valor máximo possível que é 7.

O item *reduzir o uso de sal na alimentação* também apresentou diferença significativa entre os sexos, assim, o sexo masculino apresentou (M = 3,52; DP = 0,51) e o feminino (M = 3,68; DP = 0,82) para um valor ($U = 313$; $p < 0,05$).

Outra medida de controle importante, *evitar o consumo de bebidas alcoólicas* apresentou uma maior realização por parte das mulheres (M = 3,62; DP = 0,72) em relação aos homens (M = 3,26; DP = 0,81), representando uma diferença significativa conforme ($U = 304,5$; $p < 0,05$).

Por fim, a *prática de atividades físicas* aparece como a medida de controle menos realizada por ambos os sexos, masculino (M = 2,35; DP = 1,30) e feminino (M = 2,70; DP = 1,29), sendo que não houve diferenças significativas entre esses dois grupos ($U = 360,5$; $p = 0,296$).

Dos que realizam alguma atividade física (n = 38), *caminhada* foi amplamente a mais citada (27), em seguida *andar de bicicleta* (5), academia (3), e outras (3). Em relação à frequência, 28 participantes realizam atividades físicas 3 vezes ou mais por semana e 10 menos de 3 vezes por semana.

Assim, de forma geral as mulheres em comparação aos homens, contam com mais fatores protetivos em relação à hipertensão arterial, pois realizam as práticas de controle da doença com maior frequência no dia-a-dia.

Retomando a intenção comportamental, por meio do teste *r de Pearson* foi verificada uma correlação positiva de força moderada entre intenção comportamental e realização das práticas de controle ($r = 0,31$; $p < 0,05$). Dessa forma, quanto maior a intenção comportamental de engajar-se em práticas de controle da hipertensão, maior a realização efetiva dessas práticas.

No que se refere a faixa etária, não houve nenhuma associação com a realização de práticas de controle. Já a variável tempo de diagnóstico que foi agrupada em faixas associou-se com a prática de controle: evitar o consumo de bebidas alcoólicas, onde as pessoas com 7 a 12 anos de diagnóstico afirmaram realizar mais essa prática (M = 3,67; DP = 0,73) em comparação com as pessoas com 2 a 6 anos (M = 3,20; DP = 0,77) ou ≥ 13 anos (M = 3,58; DP = 0,80) de diagnóstico. Essa diferença foi considerada significativa conforme valor [$\chi^2(2) = 6,33$; $p <$

0,05]. Apesar da diferença ser considerada estatisticamente significativa, destaca-se a importância de maiores estudos para comprovar essa possível influência do tempo de diagnóstico sobre a evitação do consumo de álcool, tendo em vista que na amostra pesquisada a faixa etária 7 a 12 anos é a que contém mais mulheres em relação a homens, 14 e 6 respectivamente. Sabe-se que culturalmente a mulher consome menos álcool que os homens (Brasil 2008). Sendo assim a diferença entre as médias pode estar sendo influenciada pelo sexo e não propriamente pelo tempo de diagnóstico.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e as práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica. Buscando uma melhor organização dos temas, a discussão dos resultados será ordenada de acordo com os objetivos de pesquisa propostos. Assim, primeiramente será discutido o contexto social da amostra pesquisada para em seguida discutir as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e do tratamento. Em seguida serão discutidos os conteúdos relacionados a vivência com a doença. Na sequência serão abordados os contextos relacionados à atitude, normas subjetivas e percepção de controle, além das práticas de controle da hipertensão arterial realizadas pelos participantes. Finalmente será discutida a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial e práticas de controle da doença.

6.1 Participantes

A composição da amostra teve inicialmente a intenção de pareamento entre os sexos, entretanto obteve-se dificuldade em captar participantes do sexo masculino que aceitassem responder à entrevista. A resistência dos homens em participar de pesquisas relacionadas à saúde pode encontrar justificativa no fato que eles buscam menos os serviços de saúde se comparados às mulheres (Figueiredo 2005; Pinheiro, Viacava, Travassos, & Brito, 2002) e são mais vulneráveis às doenças graves e crônicas, resultando inclusive em uma proporção de óbitos maior do que as mulheres (Nardi, Glina, & Favorito, 2007; Laurenti, Mello-Jorge, & Gotlieb, 2005). Conforme dados do Ministério da Saúde (2008), é sabido que os homens tendem a adentrar o sistema de saúde por meio da atenção especializada, geralmente em função do agravamento das doenças. Assim, a negligência à atenção básica – que deveria ser a porta de entrada ao sistema de saúde - prejudica a prevenção de doenças e de seus possíveis agravos. Um dos fatores que influencia esta questão é a imagem social construída acerca da masculinidade, onde os estereótipos de gênero fazem com que os homens associem a busca por cuidados nos serviços de saúde com fragilidade, o que seria uma característica feminina (Brasil, 2008; Brito & Camargo, 2011; Gomes, 2003).

A média de idade de homens e mulheres (60 e 55 respectivamente) se encontra dentro das faixas de maior prevalência da doença no país, que vê as taxas de afetados aumentarem a partir dos 45 anos de idade (Brasil, 2011b; Schmidt, 2011). Ainda conforme Barros, Francisco, Zanchetta, e César (2011) a prevalência da hipertensão arterial tende a aumentar com a idade e manter um mesmo patamar após os 60 anos.

A maioria da amostra apresentou baixo grau de instrução formal, ou seja, ensino fundamental incompleto. Pelo fato da amostra pesquisada ser relativamente homogênea no quesito escolaridade, não foi possível fazer comparações entre grupos mais e menos escolarizados, assim, reforça-se os dados que mostram que tanto para homens quanto para mulheres, a prevalência do diagnóstico da hipertensão arterial estabelece uma relação contrária ao grau de instrução formal, ou seja, quanto maior a escolaridade, menor a prevalência da doença (Brasil, 2011a).

Historicamente têm-se observado que as DCNT atingem principalmente parcelas da população com menor nível socioeconômico. Todavia, apenas a variável renda, de forma isolada, não é determinante de maior ou menor prevalência tanto da doença quanto do seguimento adequado do tratamento (Taveira & Pierin, 2007). Para a amostra estudada a média da renda familiar ficou próxima de R\$ 3.500,00, entretanto, por haver um valor alto na extremidade da distribuição dos dados, a mediana (R\$ 2.550,00) torna-se mais adequada para descrever a amostra.

No que se refere ao convívio social, a maioria dos participantes vive com companheiro(a) e com filho(s). De um lado esse fato pode funcionar como um fator protetivo em relação ao desenvolvimento do tratamento, pois o contexto normativo presente no âmbito familiar tende a criar pressões e assim, se estas forem direcionadas às práticas voltadas ao controle da doença, a pessoa que vive com hipertensão tem uma variável a mais para empurrá-la em direção ao seguimento correto do tratamento. Por outro lado, o contexto familiar também pode agir negativamente quando há conflito entre os membros devido à necessidade de mudanças de hábitos, sobretudo alimentares.

Tendo em vista que a alimentação geralmente é uma prática social partilhada no grupo familiar, a mudança dos alimentos e da forma de preparo, muitas vezes pode desencadear atitudes contrárias, que competem contra o tratamento (Santos & Araújo, 2011). Entretanto no que se refere à amostra pesquisada, os participantes relataram que não veem dificuldades para realizar uma alimentação adequada em função

da família. Todos os participantes afirmaram não fazer alimentos separados, e na maioria dos casos os familiares acabam participando dos cuidados realizados, como menor ingestão de sal e maior consumo de verduras e frutas. Conforme Morin (2005) o ambiente familiar ou de amizades acompanha o indivíduo no viver com a doença crônica e desempenha papel-chave na continuidade do tratamento.

6.2 Representações sociais da hipertensão arterial, do tratamento e o viver com a doença

A hipertensão arterial é um fenômeno amplo que envolve diversos contextos e significados. Ao caracterizar suas representações sociais toma-se como objetivo acessar o conhecimento de senso-comum relacionado a esse objeto, para assim compreender sua relação com as práticas envolvidas no cotidiano das pessoas que vivem com essa condição. Conhecer isso possibilita criar melhores formas de combater a doença e desenvolver ações de educação em saúde voltadas para a população.

A seguir serão discutidos os elementos que compõem a noção de hipertensão arterial e de seu tratamento, além de conteúdos relacionados ao viver com a doença. Serão ponderadas suas especificidades enquanto materiais relevantes para a sustentação de uma possível representação social da hipertensão arterial.

6.2.1 Representações sociais da hipertensão arterial

As representações agem como guias na forma como os grupos interpretam e comunicam a realidade (Jodelet, 2001). Assim, referindo-se a ações no contexto da saúde, destacadamente nas questões relacionadas às condições crônicas, as representações sociais fornecem mapas de significados importantes para a visibilidade das relações estabelecidas com o fenômeno social da doença, nesse caso a hipertensão arterial.

Com base nos conteúdos obtidos das análises do *corpus* Hipertensão, verifica-se que as ideias associadas à hipertensão arterial dizem respeito à doença em aspectos concretos. Assim, a presença constante do termo popular “pressão alta” assume o emblema de uma modificação no organismo da pessoa que vive com hipertensão. Essa transformação do organismo caracteriza o estatuto de anormalidade, que tem então sua imagem ligada à medida concreta de elevação da pressão

arterial. Em estudo realizado por Mantovani et al., (2008) os autores identificaram que para a amostra estudada, o conteúdo imagético da hipertensão arterial também estava associado a uma mudança no corpo, para eles, localizada no sangue, nas artérias ou no coração, e o que condicionava a existência e reconhecimento da doença era justamente essa mudança no corpo.

Assim, quando há identificação da elevação da pressão arterial (pressão alta) dá-se sentido aos sintomas apresentados pela doença. Dessa forma, quando o sintoma se manifesta e é sentido pela pessoa, o termo pressão alta é materializado como representante da hipertensão arterial.

Em uma pesquisa com objetivo de verificar como a hipertensão aparecia no contexto de reportagens veiculadas pela mídia impressa no país, Silva, Bousfield e Cardoso (2013) constataram que o conteúdo informacional estabelecia forte ligação entre hipertensão e o termo pressão alta, este como um elemento concreto e direcionado às práticas sociais que envolvem a doença. Para Wachelke e Camargo (2007) a relação entre as representações sociais e as práticas sociais se estabelece em uma via de mão dupla, onde uma é a condição para existência da outra. Portanto, o elemento pressão alta enquanto um signo denota um estado físico tangível, concreto, e que por isso está relacionado de forma mais próxima com as práticas sociais a ele direcionadas, como medir a pressão arterial, cuidar da alimentação, realizar atividades físicas, e principalmente fazer uso diário de medicamentos.

O medicamento por sua vez assume o caráter de compromisso necessário para evitar o surgimento de sintomas, ou amenizar os efeitos da doença. A ideia da hipertensão arterial como um compromisso diário com o medicamento pode ser relacionada com o contexto social da doença onde as práticas de controle tendem a ser centralizadas em seu uso, havendo resistência por parte das pessoas em adotar medidas de controle paralelas à medicação, como prática regular de atividades físicas e hábitos alimentares mais saudáveis (Costa e Silva & Moura, 2011). No cenário das doenças crônicas não transmissíveis, verifica-se que em geral as pessoas tendem a adotar mais as práticas de controle medicamentosas do que as não medicamentosas (Stuhler, 2012), devido principalmente à dificuldade em mudar hábitos estabelecidos há longo tempo e que são vistos como fontes de satisfação, como por exemplo alimentação, consumo de álcool e sedentarismo.

Para os participantes deste estudo outro contexto que se associa à hipertensão arterial é sua característica anônima, resultando em uma descoberta tardia, que geralmente acontece apenas quando surgem

sintomas ou quando o médico a descobre em consultas motivadas por outras enfermidades. Esse é um fator importante, pois tendo a característica de uma doença silenciosa, a visão das pessoas a respeito da doença é condicionada à percepção dos sintomas físicos. Essa perspectiva foi verificada por Leão e Silva *et al.*, (2013), que identificaram que quando os pacientes hipertensos representavam a doença como silenciosa, apresentavam baixos índices de adesão ao tratamento, em contrapartida, os pacientes que representavam a doença como sintomática, ancorada principalmente na cefaleia, apresentavam maiores índices de adesão. Portanto, pode-se dizer que o reconhecimento da doença e conseqüentemente sua representação, influencia o contexto prático relacionado à doença. Todavia Wagner (1994) afirma que não se trata de uma sistematização de causa e efeito onde se tem dois elementos distintos, representação e comportamento, e sim que qualquer ação no meio, direcionada ao objeto já é expressão do conteúdo representacional.

A descoberta da hipertensão arterial, por sua vez, se relaciona de forma íntima com as conseqüências que podem resultar desta condição, ou seja, complicações e eventos cardiovasculares graves como infarto e derrame. Esse mesmo panorama se assemelha ao encontrado por Péres, Magna e Viana (2003) em estudo relacionado às representações e crenças sobre a hipertensão arterial. Com isso cabe ressaltar que tanto as informações divulgadas pela mídia (Silva, Bousfield, & Cardoso, 2013) quanto as divulgadas pelas campanhas de saúde (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; Brasil, 2004; 2006) dão destaque ao papel da hipertensão arterial nas estatísticas de infartos e derrames. Para os pacientes, a possibilidade de ocorrência dessas complicações acarreta medo e sentimentos negativos nos pacientes quando estes percebem que estão com a pressão arterial alta (Péres, Magna, & Viana, 2003). O fator emocional é uma das variáveis que atuam na elevação da pressão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010) e segundo os participantes da pesquisa, ao ficarem preocupados com alguma situação adversa a pressão arterial fica descontrolada, mesmo fazendo uso regular do medicamento. Com isso o “não se preocupar com as coisas” se transforma em uma insígnia associada à hipertensão, agindo como uma antítese da doença. No estudo de Péres, Magna e Viana (2003) a amostra pesquisada relatou que fatores emocionais são as principais dificuldades no controle da pressão arterial.

Por fim surge a noção de que a hipertensão arterial é algo que está no sangue da família, ou seja, que tem sua origem determinada

geneticamente. Assim, para os participantes, o fato de os pais ou avós terem sido hipertensos age como uma condição justificadora para eles desenvolverem a doença. Nesse sentido, verifica-se que há uma correspondência adequada, mesmo que parcial, com o conhecimento sobre a origem da hipertensão, uma vez que se verifica que pessoas com casos de hipertensão na família tem maior predisposição a desenvolver a doença (Brasil, 2006). Apesar disso, ainda não há como isolar variáveis genéticas que possibilitem prever a ocorrência da hipertensão arterial em um indivíduo (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Mesmo assim, como fator de proteção, os participantes veem como necessária a antecipação de cuidados de saúde quando se tem casos de hipertensão arterial na família, tendo em vista que a doença passa a ser algo que já é esperado. Essa característica difere do contexto encontrado por Santos e Lima (2005) onde mesmo relatando possuírem antecedentes familiares com hipertensão, os participantes não realizavam cuidados visando prevenir o desenvolvimento da doença.

Para quase toda a amostra estudada ($n = 57$) a hipertensão arterial é um objeto social que lhes desperta interesse. Assim, afirmam gostar de conversar com familiares e amigos sobre esse assunto e trocar informações a respeito do tratamento. Wagner (1998) advoga que para a representação de um objeto atender aos critérios necessários para receber o adjetivo social, é primordial que seja relevante para o grupo de referência. Assim, não há representação social se o objeto não possui uma implicação para as pessoas em seu contexto.

Outro ponto importante no que se refere à caracterização de uma representação social é saber onde os indivíduos e grupos buscam informação acerca dos objetos representacionais (Abric, 1998). Nesse ponto, a maioria dos participantes do estudo afirmou ter os profissionais de saúde como principal fonte de informação a respeito da hipertensão arterial. Stuhler (2012) ao estudar o diabetes – doença crônica com características restritivas semelhantes à hipertensão arterial – constatou que os profissionais de saúde também foram citados como principal fonte de informação. Essa condição otimiza as possibilidades de uma comunicação educativa entre os pacientes e a equipe profissional.

Com base no exposto é necessário que haja adequações na forma com que os profissionais estabelecem a interação com a população. Conforme Costa e Silva e Moura (2011) os profissionais muitas vezes carecem de práticas adequadas às reais necessidades dos grupos atendidos, desconhecendo as variáveis psicossociais que podem influenciar nas atitudes e práticas direcionadas ao tratamento da doença, apresentando dificuldades para que o conteúdo comunicado seja

partilhado entre os grupos e resulte em benefícios às práticas de saúde. Para Leite (2003) a literatura aponta que profissionais que utilizam uma linguagem mais popularizada e acessível aos usuários demonstram respeitar mais suas crenças, e em contrapartida os usuários tendem a acreditar mais em suas orientações. Assim reforça-se a necessidade de adequação da comunicação entre equipe de saúde e pacientes, pois é no processo de interação que ocorre a adoção de modelos cognitivos, determinação de tarefas e criação de representações, garantindo uma linguagem e uma organização social específica (Bousfield & Camargo, 2011). Tendo em vista que a comunicação é um processo vital na estruturação da relação entre grupos, chega-se à relevância dos processos de divulgação científica a respeito da saúde e doença, que de acordo com Bousfield e Camargo (2011) pode ser considerada um instrumento capaz de intermediar avanços para a população no contexto da saúde. Com base nisso as campanhas de saúde devem focar na divulgação de conteúdos científicos adaptados à realidade dos grupos.

Com base nos conteúdos discutidos, a Figura 6 demonstra graficamente a organização das noções ligadas às representações da hipertensão arterial.

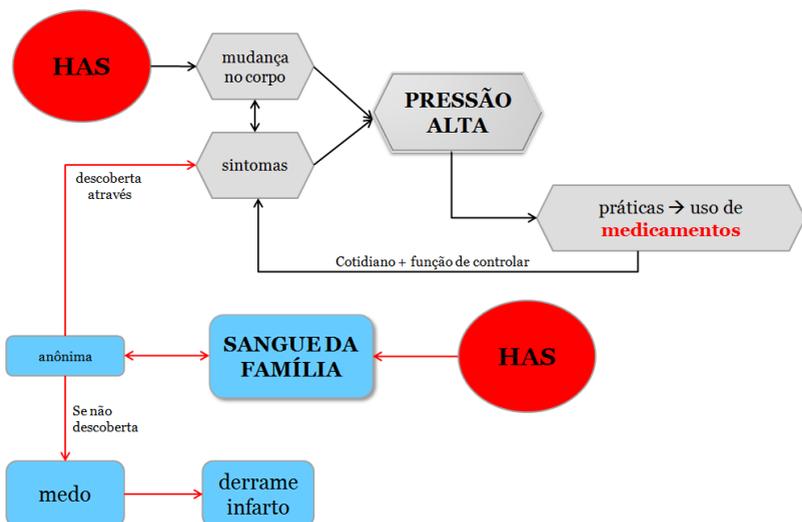


Figura 6. Relacionamento entre elementos representacionais da hipertensão arterial

De forma geral, verifica-se uma representação da hipertensão arterial dividida entre duas noções principais. A hipertensão aparece como uma mudança no organismo que tem sua identidade garantida pelos sintomas que surgem com ela. A percepção da mudança corporal motivada pelos sintomas gera a ideia concreta e tangível materializada no elemento pressão alta. Ao se referirem à pressão alta os participantes evocam as práticas que a acompanham, centralizadas principalmente no uso de medicamentos. Assim o medicamento associa-se a um compromisso diário que garante o alívio dos sintomas. Por outro lado, por ser vista como algo que ataca silenciosamente, e geralmente é descoberta tardiamente causando medo em relação às possíveis consequências, corporificadas nos elementos infarto e derrame. Apesar da diversidade das facetas que compõem essa possível representação social da hipertensão, verifica-se que elas sempre se direcionam ao contexto prático, seja nas limitações impostas à vida, nas mudanças de comportamentos, ou então na adoção de outros comportamentos ligados ao seu controle.

6.2.2 Representações sociais do tratamento

No que diz respeito à caracterização da representação social do tratamento, a exemplo da hipertensão arterial discutida anteriormente, a noção de tratamento se relaciona amplamente com o contexto prático que envolve a doença. Assim, as demandas diárias implicadas em seu controle são os principais elementos relacionados ao objeto representacional.

De forma geral, o tratamento é visto como uma constante busca pelo “controle da pressão”, onde práticas como medir a pressão com frequência, ir a consultas médicas e também tomar os medicamentos representam um combinado de rotinas a serem realizadas, e que passam a fazer parte da vida após a descoberta da doença. O medicamento aparece como a forma de cura mais rápida e mais difundida no contexto das DCNT, apresentando uma grande valorização do conhecimento médico, tendo em vista que é ele quem garante a via de acesso a esse recurso (Péres, Magna, & Viana, 2003; Stuhler, 2012). Nesse panorama Péres, Magna e Viana (2003) ressaltam que as práticas adotadas pelas pessoas logo após a descoberta da hipertensão arterial geralmente tendem a valorizar o conhecimento médico aplicado e o uso prioritário de medicamentos em detrimento de outras práticas de controle não medicamentosas como dieta adequada, prática de atividades físicas e interrupção do uso de álcool e tabaco.

O contexto que abrange o serviço de saúde surge como um local onde os cuidados individuais direcionados à hipertensão arterial assumem estatuto oficial, ou seja, apesar de também realizarem as práticas em suas casas, os participantes veem na relação com a unidade de saúde um local onde são validadas as informações relacionadas ao tratamento, seja na confirmação dos níveis de pressão medidos em casa, ou na troca de informações com o médico e demais profissionais a respeito dos sintomas da doença e efeitos dos medicamentos. A referência aos serviços de saúde como contextos associados ao tratamento de doenças, sobretudo às doenças crônicas, encontra apoio na ampliação das políticas públicas voltadas ao programa Estratégia Saúde da Família, que estende o contato com a população tomando como base suas pertencas territoriais (Araújo & Guimarães, 2007).

No tocante à relação estabelecida com a equipe de saúde, os participantes avaliaram de forma positiva tanto a relação com o médico quanto com os demais profissionais. Para Caprara e Rodrigues (2004) um bom relacionamento entre profissional e paciente possibilita um efeito de satisfação e qualidade da atenção em saúde exercendo influencia positiva sobre o estado de saúde do paciente. Portanto pode ser um fator positivo na motivação das práticas necessárias ao tratamento. Além disso, a relação médico-paciente implica um processo de comunicação muitas vezes atravessado por um abismo cultural e social, dessa forma, ações do profissional de saúde como tempo dispensado para a consulta, mostrar-se acolhedor e respeitar os questionamentos e motivações do paciente em relação ao seguimento do tratamento são fatores apontados na literatura como benéficos à adesão terapêutica (Leite & Vasconcellos, 2003).

O tratamento é visto também como possibilidade de “viver mais”, onde o controle adequado da doença por meio da sua realização previne a ocorrência de complicações e eventos fatais. Nesse sentido, o infarto e derrame cerebral aparecem como consequências do não tratamento ou de sua realização incorreta. Mais uma vez pode-se afirmar que a grande divulgação científica desses males como os principais motivadores de óbitos em pessoas hipertensas (Brasil, 2004, 2006, 2010, 2011; Schmidt, 2011) pode exercer influência na sua associação com as ideias relacionadas ao tratamento. Como proteção, o tratamento é tomado como algo necessário, onde o compromisso diário com os medicamentos é a contrapartida para uma vida de maior qualidade e longevidade. Pires e Mussi (2008) explicam que principalmente os idosos demonstram maior apego ao tratamento buscando justamente o

prolongamento da vida. A noção de tratamento como a garantia de uma vida mais longa é mantida pela ideia central de uso contínuo dos medicamentos para controlar a pressão arterial. Nesse complexo, a dimensão afetiva é uma variável a ser considerada, haja vista que o uso regular e prolongado do medicamento pode remeter o paciente à uma auto-imagem estereotipada do “ser doente”, desencadeando sentimentos negativos em relação ao tratamento e seu conseqüente abandono (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, Dias, & Araújo, 2011).

A despeito da dificuldade em tomar os remédios corretamente, para a amostra pesquisada o uso correto do medicamento é encarado como algo de fácil realização a partir do momento em que se incorpora à rotina diária. Nessa avaliação, o início do tratamento é apontado como difícil, todavia com o passar dos anos torna-se mais fácil à medida que se torna uma prática habitual. Assim, de forma geral o tratamento medicamentoso é visto como uma prática fácil de ser realizada. Esses achados diferem dos encontrados por Figueiredo e Asakura (2010) onde tomar os remédios diariamente foi considerado difícil, sendo que para os adultos a dificuldade estava associada ao pouco tempo disponível em função dos demais afazeres diários, e entre os idosos a principal dificuldade foi o esquecimento dos horários corretos.

Cabe enfatizar, porém, que os participantes ao se referirem ao tratamento, predominantemente referem-se à prática medicamentosa, deixando de lado a menção às outras práticas de controle que envolvem mudanças de hábitos prejudiciais e adoção de hábitos mais saudáveis. A focalização no medicamento mais uma vez denota a medicalização como fenômeno social presente na atualidade, onde a busca por curas rápidas e com menor ônus injeta no medicamento as expectativas dos pacientes. Nesse complexo, os medicamentos podem se tornar objetos personificados, com quem o paciente estabelece relações íntimas e conflituosas (Morin, 2005).

Buscando sintetizar os conteúdos relacionados ao tratamento a Figura 7 apresenta as noções relacionadas ao tratamento da hipertensão em uma organização gráfica.

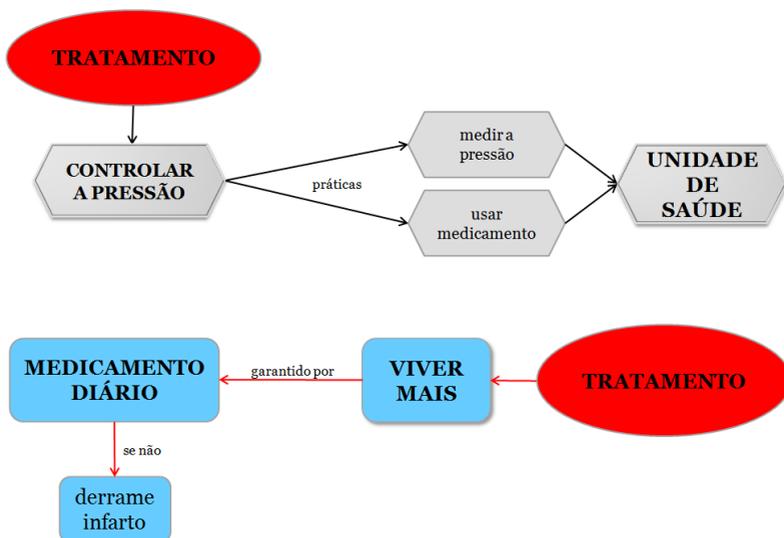


Figura 7. Relacionamento entre elementos representacionais do tratamento da hipertensão arterial.

A representação do tratamento é, em um primeiro momento, determinada a partir de uma funcionalidade prática, onde controlar a pressão se configura como o signo do tratamento. Isso envolve a medição frequente da pressão arterial e o uso diário dos medicamentos anti-hipertensivos o que acarreta uma adequação de rotina. Esses novos comportamentos encontram no contexto dos serviços de saúde seu ambiente de desenvolvimento, validados pelo conhecimento médico.

Outra noção presente é a ideia de tratamento como uma forma de viver mais, novamente alicerçada sobre o uso de medicamentos diários. A contrapartida do não seguimento da terapêutica medicamentosa se constitui na imagem do infarto e derrame como consequências da hipertensão arterial descontrolada.

6.2.3 Viver com a hipertensão arterial

Os conteúdos manifestados em relação ao viver com a hipertensão arterial – de forma semelhante às noções de hipertensão arterial e de tratamento – estão fortemente ligados às práticas que envolvem o controle da doença. Assim o elemento “medir a pressão

arterial” figura como um símbolo do que é viver com a hipertensão arterial. A necessidade de medir a pressão com frequência passa a fazer parte do cotidiano, inserindo o indivíduo no espaço físico e relacional da unidade de saúde, que é referida como o principal local de realização dessa prática. A percepção dos serviços de saúde como locais de referência para as práticas relacionadas à hipertensão é importante do ponto de vista clínico. Dosse, Cesarino, Martin e Castedo (2009) afirmam que a presença do paciente no serviço de saúde é um fator que influencia o controle da doença, pois motiva atitudes que contribuem para a redução da pressão arterial de forma geral.

Ao lado das demandas que envolvem o controle da pressão arterial, o uso prolongado do medicamento anti-hipertensivo se constitui em outra prática que influencia significativamente o curso de vida do indivíduo. De acordo com Gusmão e Pierin (2009) um dos grandes desafios associados ao diagnóstico e controle da hipertensão arterial é a compreensão do impacto que a doença – e consequentemente as demandas práticas relacionadas ao tratamento – causam sobre a vida das pessoas. Essa influência sobre o cotidiano é percebida pelos participantes do estudo que veem a necessidade de mudança de hábitos como algo presente a partir do momento que descobrem a doença. Para Silva, Budó, Silveira, Badke e Beuter (2013) a maior parte das doenças crônicas exige uma reaprendizagem corporal, envolvendo ações preventivas e de proteção do corpo não realizadas anteriormente, além disso, passa-se a aderir a hábitos e tecnologias médicas voltadas ao controle da doença, influenciando a vida do indivíduo de forma direta.

À exemplo da própria noção de hipertensão arterial e de tratamento, para os participantes desta pesquisa, o viver com a doença está relacionado com o contexto que envolve as demandas práticas – principalmente o uso dos medicamentos por longos períodos – e as mudanças de hábito necessárias.

6.3 Atitudes, normas subjetivas, percepção de controle e intenção comportamental

6.3.1 Atitudes

Conforme explicado na descrição do instrumento de coleta de dados, os participantes se posicionaram de forma avaliativa frente a quatro situações relacionadas ao tratamento da hipertensão arterial que condicionam a uma implicação comportamental: 1 – importância de medir a pressão com frequência; 2 – satisfação em trocar frituras por

legumes e verduras na alimentação; 3 – importância em tomar os remédios sempre nas mesmas horas; e 4 – favorabilidade em fazer mudanças na alimentação. Os valores para medir a atitude foram contabilizados em uma escala de 0 a 7 sendo que quanto maior o valor apresentado mais positiva é a atitude.

Assim, com base nos dados, no que se refere à média geral de atitude verifica-se que a amostra pesquisada, de forma homogênea, apresentou alta favorabilidade ao tratamento da hipertensão arterial. Nesse cenário, a atitude se caracteriza como uma forma da relação entre uma situação e o comportamento do indivíduo frente a ela (Neiva & Mauro, 2011). Contudo, tomar a atitude como um preditor do comportamento humano implica levar em consideração a diferença existente entre o que se chama de atitudes gerais frente ao objeto e atitudes específicas frente ao comportamento relacionado ao objeto (Vala, 2006). Assim, enquanto as gerais – no caso deste estudo é atitude frente ao tratamento – não representa um preditor apropriado do comportamento, pois se remete a um contexto geral e amplo e assim influencia minimamente a realização da ação, as atitudes específicas frente aos comportamentos que envolvem o tratamento (tomar medicamento, reduzir o consumo de sal e gordura, cessar o consumo de tabaco e álcool, etc) representam uma ferramenta de predição mais adequada, pois delimitam o contexto de avaliação atitudinal.

Para Lima, Bucher e Lima (2004) o fato de as pessoas apresentarem atitudes favoráveis à mudança de hábitos que lhes são prejudiciais não garante que os comportamentos referentes às práticas efetivamente sejam desenvolvidos. Para eles a atitude como variável isolada não é suficiente para motivar uma mudança nos hábitos, principalmente àqueles relacionados a práticas sociais já estabelecidas há longos anos, e que a exemplo da alimentação, proporcionam satisfação e prazer. As atitudes são suportadas por crenças, e estas são seus pilares cognitivos e racionais (Lima, 2006). Assim, também é importante compreender as crenças por trás das atitudes frente à doença, tendo em vistas que estas, por estarem mais interiorizadas na constituição dos indivíduos e grupos não são modificadas facilmente.

Avaliando os resultados obtidos separadamente para cada situação proposta têm-se uma diferença entre os sexos no que diz respeito à favorabilidade à troca de frituras por legumes e verduras na alimentação. Estudos mostram que as mulheres de forma geral são mais propensas a engajarem-se em práticas de cuidado e tratamento das doenças do que os homens (Pires & Mussi, 2008; Rodrigues, 2003,

Brasil, 2008). Para Pires e Mussi (2012) possivelmente isso se deve ao fato de as mulheres apresentarem maior preocupação com a saúde pessoal e familiar, assim, buscam mais os serviços de atenção primária, e participam mais das políticas de educação em saúde. Já os homens buscam mais os serviços emergenciais e farmácias quando sentem sintomas da doença (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007).

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa no que diz respeito às demais situações investigadas (importância de medir a pressão com frequência; importância de tomar os remédios sempre na mesma hora; e favorabilidade à mudanças na alimentação) verifica-se que as mulheres apresentaram uma média para atitude que indica maior favorabilidade do que os homens em relação a fazer mudanças na alimentação de forma geral. Todavia, efetivar mudanças nos hábitos alimentares é uma tarefa árdua (Stuhler, 2012), pois essa questão ultrapassa a simples necessidade biológica de determinado alimento, envolvendo valores sociais e culturais perpetuados por meio de tradições e costumes (Garcia, 2003; Santos & Araújo, 2011).

Além disso, as mulheres também são mais favoráveis do que os homens a medir a pressão com frequência para controlar a pressão arterial. Os homens por sua vez, apresentaram um valor atitudinal maior do que as mulheres para a importância de tomar os medicamentos sempre nas mesmas horas. Novamente a prática de cunho mais preventivo se associa às mulheres, enquanto os homens tendem a focalizar na medicalização dos sintomas manifestados. Pode-se refletir que para os homens, a manutenção adequada da rotina medicamentosa garante o controle dos sintomas, evitando assim a necessidade de buscar os serviços de saúde, que para ele se configura como um espaço pouco acessível (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007).

Caso os dados sejam considerados de forma individual, ou seja, desvinculados do contexto que os produziu, os resultados obtidos para as atitudes frente às situações envolvendo o tratamento da hipertensão refletem um cenário adequado e favorável à ação dos profissionais de saúde. Entretanto, refletindo seu propósito funcional, as atitudes manifestadas podem estar mantendo um melhor ajustamento social frente a um contexto de expectativas sociais já anunciadas, preservando assim a auto-imagem em relação ao que se espera como socialmente adequado a uma determinada situação social (Vala, 2006). Por isso as atitudes devem ser consideradas levando-se em consideração às especificidades do comportamento a elas relacionado, seu contexto social e principalmente sua função para o indivíduo ou grupo.

6.3.2 Normas subjetivas e crenças normativas

De forma geral, a amostra pesquisada neste estudo demonstrou, na maioria das vezes, concordar com seus familiares e pessoas próximas no que se refere às práticas de controle da hipertensão arterial. Essa afirmação se dá em função das altas médias obtidas como resultado das questões respondidas no instrumento de coleta de dados. Assim, pode-se discutir a relevância do papel familiar no tocante ao tratamento das doenças. Faé, Oliveira, Silva, Cade e Mezdri (2006) e Guedes et al. (2011) concordam que a família e o suporte social contribuem de forma direta no tratamento das doenças crônicas, incentivando, acompanhando e auxiliando nas atividades e demandas existentes. Além disso, o fato de a maioria dos participantes terem relatado conhecer pessoas próximas que realizam tratamento da hipertensão arterial, possibilita um contexto favorável à adoção de práticas adequadas. Para Gomes et al. (2011) conviver com pessoas próximas ou familiares que possuem a doença parece favorecer a aceitação do diagnóstico, diminuindo o estresse e melhorando o enfrentamento da doença.

Além do contexto familiar, o profissional médico é um importante fator na dinâmica das normas subjetivas relacionadas ao tratamento da hipertensão. Quando a situação foi referida ao médico, as médias para a amostra de forma geral foram superiores às do contexto familiar. Entretanto é válido ressaltar que enquanto a situação que envolvia a família dizia respeito às práticas alimentares, a situação que envolvia o médico tratava do uso correto dos medicamentos. Tendo em vista o papel central do profissional médico e do medicamento no contexto do tratamento das doenças crônicas (Péres et al., 2003), caberiam maiores investigações para averiguar se a alta média obtida para norma subjetiva se deu em função das pessoas ou das práticas questionadas nos itens do instrumento de coleta.

Situações que envolvem festas e confraternizações são contextos que favorecem a não adesão às práticas de cunho alimentar e de redução de bebida alcoólica, sendo que contexto associa a pressão social de estar em consonância com os pares à sensação de prazer advinda do consumo das comidas e bebidas. Apesar desse contexto se mostrar problemático em relação à adesão às práticas de controle, para a amostra estudada, concordar com amigos quando oferecem comidas ou bebidas que não devem ser consumidas foi a situação que apresentou as menores médias para norma subjetiva, demonstrando que os participantes avaliam com maior zelo os benefícios e riscos envolvidos na situação. Para Stroebe e

Stroebe (1995) a realização de um comportamento passa também pelo julgamento da utilidade resultante desta ação.

As normas subjetivas são fundamentadas pelas crenças normativas (Ajzen, 2005; Moutinho & Roazzi, 2010). No contexto do tratamento da hipertensão arterial, as crenças normativas se referem ao que o indivíduo acredita que os familiares e pessoas importantes para ele esperam dele em relação às práticas de controle da doença. Conforme os resultados obtidos, os participantes apresentaram médias elevadas para as crenças normativas, demonstrando que acreditam que tanto familiares, quanto pessoas próximas e o próprio médico esperam que eles realizem as práticas de controle de forma adequada. O fato de as pessoas acreditarem que seus familiares ou pessoas importantes para si esperam e gostariam que o tratamento fosse realizado da forma certa pode ser um fator positivo associado ao apoio social. Conforme Pires e Mussi (2012) pessoas não casadas percebem menos os benefícios e maiores níveis tensionais associados às práticas de controle como dieta. Além disso, apontam que pessoas sem suporte familiar tendem a não valorizar o preparo saudável de alimentos e mudança de hábitos prejudiciais uma vez que não compartilham essas práticas com outras pessoas.

6.3.3 Percepção de controle e crenças de controle

A percepção de controle sobre o comportamento diz respeito à percepção do indivíduo em relação à presença ou ausência de fatores que impeçam ou possibilitem a realização de um dado comportamento (Lima, 2006).

Para os itens relacionados à percepção de controle nesta pesquisa, quanto menor o valor obtido na resposta do participante, mais fácil e possível ele considera realizar o comportamento descrito na frase.

A amostra apresentou médias semelhantes entres os grupos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, faixa etária ou tempo de diagnóstico. Entretanto parece necessário ressaltar o fato de que as mulheres tiveram média para percepção de controle um pouco menor que os homens apenas em uma situação: *“De forma geral é difícil reduzir o consumo de sal pois é outra pessoa que prepara minha comida”*. Nas demais situações – *“Medir a pressão com frequência é difícil pois o posto de saúde fica longe de minha casa”*; *“Para mim é difícil comer alimentos mais saudáveis devido a minha condição financeira”*; e *“Ir à consultas médicas regularmente é difícil*

pois dependo que alguém me leve” – os homens obtiveram menores médias em relação às mulheres. A percepção dos homens de um maior controle comportamental sobre essas situações pode ser creditada ao próprio imaginário do que é ser homem, sendo que a noção culturalmente construída acerca da masculinidade perpassa a ideia de provedor e de indivíduo independente, enquanto as mulheres são vistas como cuidadoras, ocupando-se da família (Gomes et al., 2007).

Em relação às crenças de controle, quanto maior o valor obtido na resposta, mais o indivíduo acredita ter controle sobre a prática específica. Assim, conforme resultados dos testes estatísticos, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, por tempo de diagnóstico e nem entre os sexos. Entretanto, levando em consideração uma análise mais qualitativa dos dados, ressalta-se que os participantes com diagnóstico de 2 a 6 anos apresentaram maior crença de controle comportamental sobre as situações investigadas. Entre os sexos, é interessante destacar que as mulheres apresentaram maior média para crenças de controle frente às situações *“Eu consigo reduzir o consumo de bebida alcoólica quando quiser”*; *“Sempre que eu quiser consigo fazer atividades físicas para ajudar a controlar a hipertensão”*; e também para *“Para mim, comer alimentos com menos gordura é”*. Enquanto os homens apresentaram maior valor de crença de controle apenas para a situação *“Para mim, tomar os remédios todos os dias nos horários certos é.”*. Esse panorama encontra consonância nos estudos que apontam o homem como mais vulnerável às doenças crônicas (Brasil, 2008; Gomes et al., 2006) e a mulher mais envolvida no seguimento do tratamento e adotar comportamentos de saúde (Brito & Camargo, 2011; Matos & Souza-Albuquerque, 2006).

6.3.4 Intenção comportamental

No modelo da TPB a intenção comportamental é um dos principais preditores do comportamento (Moutinho & Roazzi, 2010). Ela se constitui por meio da combinação das atitudes, normas subjetivas e percepção de controle sobre o comportamento (Ajzen & Fishbein, 2000).

Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, as mulheres demonstram ter maior intenção de realizar as práticas de controle da hipertensão arterial do que os homens. Assim, com base no conhecimento já estabelecido acerca das diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao cuidado à saúde, verifica-se mais

uma vez característica do sexo feminino de maior preservação dos cuidados à saúde em comparação aos homens (Brito & Camargo, 2011; Pires & Mussi, 2008; Rodrigues, 2003, Brasil, 2008).

As normas subjetivas e as crenças de controle foram as variáveis que mais contribuíram para a determinação da intenção comportamental. Assim, verifica-se que o ambiente familiar e de amizades representa uma importante fonte de influência na formação da intenção comportamental, juntamente com as crenças de controle frente às situações que envolvem a realização do tratamento da hipertensão arterial. Com base nisso o investimento em ações em saúde que sejam baseadas no apoio social pode ser uma boa ferramenta de combate à hipertensão arterial, pois conforme descreve Lima (2006) o contexto que envolve as pessoas que são referência para os indivíduos favorece o aprendizado de crenças. Assim quanto mais o indivíduo percebe que as pessoas que são importantes para ele esperam que ele realize o comportamento, maior será sua intenção em fazê-lo (Moutinho & Roazzi, 2010).

6.4 Medidas de controle da hipertensão arterial realizadas pelos participantes

Em relação às medidas de controle da hipertensão realizadas pelos participantes, verificou-se um contexto destacado para o uso de medicamentos. Os participantes declararam usar frequentemente os remédios. Para Costa e Silva e Moura (2011) a referência ao medicamento como elemento destacado no tratamento da hipertensão encontra base no cenário social da doença, onde as práticas tendem a focalizar o medicamento, deixando de lado práticas que envolvem mudanças de estilo de vida.

Evitar o uso de tabaco revelou-se uma prática bastante usada pelos participantes. Dados semelhantes foram encontrados por Lima et al., (2004) e também Lima e Souza, Peixoto, César, Malta e Moura (2008) onde a maior parte dos participantes com hipertensão relatou não fumar. Esse é um fator protetivo tendo em vista os riscos que o cigarro representa para as doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Assim, destacam-se as campanhas e políticas antitabagismo que trazem ao foco o tabagismo como um problema de saúde pública (Spink, Lisboa, & Ribeiro, 2009).

A modificação de hábitos alimentares é uma das questões mais difíceis no referente ao seguimento terapêutico (Figueiredo & Asakura,

2010). Nesse contexto, verificou-se que as mulheres afirmam evitar mais o consumo de alimentos gordurosos se comparadas aos homens. Apesar disso, considerando-se o total de participantes, a realização dessa prática ainda é insuficiente. Da mesma forma, a redução do sal na alimentação apresenta as mesmas características de ocorrência, sendo mais realizado pelas mulheres, mas mesmo assim sendo pouco realizado se considerar a amostra inteira. Esses dados vão ao encontro do exposto por Lima et. al., (2004) em que verificou que o sal e o consumo de alimentos gordurosos representavam uma realidade cotidiana para mais da metade dos hipertensos pesquisados. Assim, o consumo de sal e de alimentos gordurosos é compreendido pelos usuários como algo perigoso e que deve ser evitado, entretanto a passagem dessa percepção para a realização do comportamento esbarra na satisfação sentida no consumo desses elementos.

Em consonância com as atitudes, apresentadas anteriormente, as mulheres evitam mais o consumo de bebidas alcoólicas do que os homens. Essa constatação reitera as estatísticas que demonstram que os homens apresentam maiores índices de consumo de álcool desde a adolescência. No contexto das doenças crônicas, ao abordar o diabetes Ribas, Santos, Teixeira e Zanetti (2009) afirmam que as mulheres valorizam mais os conhecimentos adquiridos por meio das orientações dos profissionais de saúde, visando principalmente o manejo eficiente das doenças.

Dos comportamentos investigados, a prática de atividades físicas foi a menos realizada, independentemente do sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico. Essa característica encontra correspondência nos achados de Lima et. al., (2004) onde apesar de os hipertensos dizerem se sentir bem praticando atividades físicas, estes não as realizavam frequentemente. A atividade física estava associada ao bem estar do corpo, à queima de gorduras e ao combate do sedentarismo. Quando os participantes relataram praticar alguma atividade física com regularidade, a caminhada foi a mais citada. O acesso facilitado e o baixo impacto físico da caminhada podem ser atrativos para a sua realização.

Como afirmado anteriormente, a intenção comportamental tem se mostrado um importante preditor do comportamento (Ajzen, 2005; Moutinho & Roazzi, 2010; Stroebe & Stroebe, 1995). Nesse estudo verificou-se que a intenção comportamental se associa positivamente com a realização de práticas de controle da hipertensão arterial. Dessa forma evidencia-se a importância em conhecer os fatores que

determinam a intenção comportamental, concentrando estratégias de intervenção no contexto social baseadas na educação em saúde. Tais ações devem pautar-se nos aspectos grupais, reduzindo a exposição coletiva ao risco e multiplicando o alcance das ações por meio das relações estabelecidas nos e entre os grupos (Brasil, 2006). Ainda para Holguín et al., (2006) informações adequadas e relevantes às necessidades dos pacientes contribuem para uma implicação dos mesmos com o tratamento da hipertensão arterial.

6.5 Representações sociais da hipertensão arterial e relação com práticas de controle da doença

As práticas de controle da hipertensão arterial, em suas variadas modalidades são parte importante do tratamento, e se realizadas de forma combinada apresentam evidenciadas contribuições para o controle da doença (Schmidt, 2011). As representações sociais constituem-se em uma forma de conhecimento social sobre a realidade (Moscovici, 1978) e um guia para as ações das pessoas no meio (Jodelet, 2001). Estudar a interface entre esses universos dá condições para a compreensão de como uma doença é vista pelas pessoas que vivem com ela, além de possibilitar a geração de conhecimentos específicos que possam subsidiar ações em saúde mais eficazes e alinhadas com o pensamento social em um determinado tempo e contexto.

A noção de hipertensão arterial verificada nesta pesquisa se relaciona de forma íntima com a noção de tratamento, ambas se baseiam principalmente no contexto prático que envolve as demandas terapêuticas. Com isso, no que se refere aos resultados desta pesquisa, pode-se destacar que a possível representação social da hipertensão arterial e também a do tratamento dependem uma da outra, formando um complexo onde ambas partilham uma identificação com o contexto prático que envolve o controle da doença. Wachelke e Camargo (2007) descrevem que há casos em que uma representação depende de outra. Esse processo é chamado de relação de encaixe, onde a representação de um determinado objeto contém em sua estrutura – mais precisamente em seu sistema central – um outro elemento considerado hierarquicamente superior, estabelecendo uma simbiose que concede sentido para ambas as representações. Isso ocorre geralmente com representações de objetos sociais novos que são elaborados tomando por referência outros objetos mais antigos (Vergès, 2005). A hipertensão arterial pode ser considerada um objeto relativamente novo no que se refere ao contexto representacional. No Brasil a mídia começou a

circular reportagens com conteúdo informativo sobre ela a partir da década de 1980, porém com baixa frequência, tendo aumentado consideravelmente apenas nos anos 2000, paralelamente ao aumento das políticas públicas de saúde voltadas para essa questão (Silva et. al, 2013).

Wachelke e Camargo (2007) destacam também os estudos da Escola de Genebra que demonstram outra visão, onde não há uma perspectiva representacional consensual, ou seja, não há fatores que condensem elementos em uma representação social devidamente estruturada. Nessa perspectiva os diversos elementos constituem apenas pontos de referência que orientam a produção do conhecimento social, e as várias e distintas inserções dos indivíduos e grupos dentro de contextos específicos, age como determinante nas tomadas de posição frente ao objeto, em detrimento de uma maior determinação da representação nessa ação.

Com base nos dados obtidos na presente pesquisa, parece apropriado considerar a perspectiva de uma possível interação entre as representações de hipertensão arterial e também de tratamento. Todavia essa hipótese carece de maiores investigações, tendo em vista que para confirmá-la é necessário empreender estudos utilizando a abordagem estrutural, para assim verificar com maior controle de variáveis e poder de análise as relações de dependência entre os elementos. Como este não foi o foco desta pesquisa, ressalta-se a importância de futuros estudos considerarem essa possibilidade.

A interface entre representação e prática no contexto desta pesquisa parece estruturada sobre as representações (hipertensão arterial, e tratamento integradas) e a relação com as práticas de controle. Sobre essa configuração Vala (2006) explica que muitas vezes a relação entre representações e comportamentos está condicionada pela interação de um conjunto de representações ou noções, como componentes de uma situação problema.

Os elementos representacionais que compõem a noção da hipertensão arterial – integrados pela representação da hipertensão e do tratamento – centralizam-se no contexto prático, que por sua vez apresenta o uso do medicamento como principal referência ao controle da doença. O elemento medicamento abrange várias partes dessa organização representacional, seja como estratégia para controlar os sintomas, ou para prevenir as consequências como infarto e derrame. Nesse sentido, a grande presença do medicamento tanto na representação da hipertensão arterial quanto do tratamento se reflete nas

práticas de controle da doença, tendo em vista que o uso de medicamentos é a prática mais realizada pelos participantes. Esses dados corroboram os achados de Costa e Silva e Moura, 2011 acerca da centralidade do medicamento no tratamento da hipertensão arterial.

A ideia de combate à doença com foco nos medicamentos pode ocasionar a baixa realização de práticas paralelas, como mudanças dos hábitos alimentares inadequados, prática de atividades físicas e redução do consumo de bebidas alcoólicas.

Além disso, a noção da hipertensão arterial como uma doença identificada pelos seus sintomas, ou seja, por mudanças no organismo, pode ser um fator importante para determinar a realização das práticas, pois uma vez que a doença ainda não se manifestou através de sintomas nos órgãos alvo, ou está controlada, a pessoa não reconhece a existência de um risco, em consequência disso não realiza medidas de caráter preventivo. Contexto semelhante é apontado por Brito, Araújo, Galvão, Moreira, e Lopes (2008). Nesse mesmo sentido Leão e Silva et al., (2013) perceberam em seu estudo que os participantes desenvolviam práticas relacionadas à dieta adequada e prática de atividades físicas com maior frequência quando havia sinais aparentes da doença, ou haviam experimentado sintomas físicos decorrentes da hipertensão. Aparentemente as medidas de controle relacionadas às mudanças de hábitos não são percebidas como ações de prevenção, apenas como consequências advindas do descontrole da pressão arterial. Esse é um fator importante que deve ser abordado nas ações em saúde, Lima e Costa et al., (2009) demonstram que grupos de pessoas não hipertensas reconhecem amplamente a importância de comportamentos de saúde preventivos à doença, ao contrário de pessoas com diagnóstico de hipertensão.

Refletindo sobre o papel da intenção comportamental como fator de influência na realização das práticas de controle da hipertensão arterial, as normas subjetivas e crenças de controle foram as variáveis mais importantes nesse sentido. As normas subjetivas demonstram que o papel do médico e dos familiares exerce influência sobre a intenção comportamental. Esses mesmos contextos foram encontrados por Camargo et. al., (2011) que observaram que para homens mais velhos os serviços de saúde agem como contextos normativos que influenciam a adoção de comportamentos de saúde. Já para os homens mais jovens, esse papel é assumido pelo contexto familiar, influenciando a adoção de comportamentos mais saudáveis como a prática de atividades físicas.

À guisa de conclusão pode-se dizer que as representações da hipertensão arterial e do seu tratamento podem ser tomadas como

possíveis fatores de influência sobre a realização das práticas de controle, tendo em vista que a visão das pessoas a respeito da doença apresenta características que se refletem na maior ou menor realização dos comportamentos relativos ao tratamento da doença. Da mesma forma, fatores associados às normas subjetivas e as crenças de controle são importantes determinantes da intenção comportamental, e esta se correlacionou positivamente com a realização das práticas de controle.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e práticas de controle da doença nas pessoas que vivem com essa condição crônica. Nesse sentido buscou-se descrever a representação social da hipertensão arterial e também do seu tratamento, para então averiguar as possíveis relações entre elas e as práticas de controle desenvolvidas. Além disso, foram investigadas as atitudes, normas subjetivas e também percepção de controle frente ao tratamento da doença como variáveis que estão presentes na determinação da intenção comportamental, esta entendida como preditora do comportamento.

A representação social da hipertensão arterial se caracteriza pela forte ligação com o contexto prático que envolve a doença. A modificação do estilo de vida e necessidade de incorporar novos comportamentos ao cotidiano reflete uma demanda prática que ocupa o imaginário social a respeito da doença. O fato de ser uma doença que manifesta sintomas apenas quando os órgãos alvo já estão sendo prejudicados representa um traço importante, pois sua característica silenciosa condiciona o adiamento das práticas de controle.

A doença se apresenta a partir da imagem da pressão alta, garantindo para os indivíduos o domínio sobre algo que é tangível, verificável, e assinalado pelas mudanças que ocorrem no organismo, motivadas por sintomas como a cefaleia. Com sua descoberta, o medicamento passa a ser um elemento primordial, que demanda um compromisso diário que evita a ocorrência de males maiores como infarto e derrame.

O contexto prático permeia toda a representação da hipertensão arterial. De forma semelhante, a representação do tratamento também se constitui principalmente de noções ligadas às demandas práticas que são necessárias para controlar a hipertensão arterial. Se na representação da hipertensão arterial a ideia central se relacionava com a imagem da pressão alta, no tratamento esse posto é destinado ao controle da pressão arterial, ou seja, a uma busca constante e permanente para manter os níveis pressóricos adequados. Para os participantes esse objetivo se torna possível por meio do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos e da medição frequente da pressão, onde o serviço de saúde aparece como local de referência para essas práticas.

Na representação do tratamento, o medicamento é um elo entre duas noções, a busca pelo controle da pressão, e a possibilidade de viver

mais. Ambas as noções se condicionam ao uso do medicamento, que atua como dispositivo de controle da pressão arterial e também como forma de prolongar a vida.

A relação do medicamento como um importante signo na representação da hipertensão arterial e do tratamento chama atenção para necessidade de implementar ações baseadas na educação em saúde que potencializem a realização de práticas de controle não medicamentosas, como a realização de atividades físicas e mudança de hábitos alimentares inadequados.

As representações da hipertensão arterial e do tratamento parecem estar intimamente relacionadas, possuindo contextos de sentido bastante semelhantes. Ambos centralizados sobre o contexto prático. Assim, parece que ao representar a doença, as pessoas lançam mão também do tratamento para organizar os conhecimentos relacionados ao objeto. A divulgação de conhecimentos científicos sobre as doenças é um importante fator que auxilia na produção de conhecimentos mais qualificados pelos grupos sociais. No caso da hipertensão arterial, verifica-se que essa ação ainda é incipiente, necessitando de maior abrangência e acessibilidade às pessoas.

No que diz respeito às atitudes frente ao tratamento, verificou-se que os participantes são favoráveis a realização das medidas de controle da doença, entretanto quando estas se referem a mudanças na alimentação, como a redução do consumo de alimentos gordurosos, a favorabilidade é menor. De forma geral as mulheres se mostraram mais favoráveis ao tratamento, corroborando as pesquisas na área da saúde que demonstram que o sexo feminino apresenta maiores cuidados em relação ao tratamento.

Os programas de saúde destinados ao combate das doenças crônicas não transmissíveis devem levar em consideração as especificidades existentes entre os sexos. Dessa forma é possível atingir de forma mais direta grupos específicos que podem estar sendo deixados a margem no que diz respeito às políticas públicas de saúde. O conteúdo representacional referente às doenças devem ser tidos como contextos de vivência para os usuários dos serviços de saúde, tendo em vista que esse conhecimento, por ser um guia para ação social, pode influenciar no próprio enfrentamento da doença.

A intenção comportamental mostrou-se como uma possibilidade para previsão dos comportamentos relacionados ao tratamento da hipertensão arterial. Dentro de sua estrutura, as normas subjetivas e as crenças de controle foram as variáveis que se mostraram mais relevantes para a previsão das práticas de controle na amostra estudada. No escopo deste

estudo, as normas subjetivas dizem respeito à pressão social exercida pelas pessoas que são importantes para o respondente, como o contexto familiar, amigos e também o médico. E as crenças de controle por sua vez, tratam do controle que a pessoa acredita ter sobre a realização de determinada prática ligada ao tratamento. Essa crença é contextualizada com o meio, adicionando variáveis externas que são incluídas no processo de julgamento da pessoa. Nesse sentido é importante destacar que políticas públicas em saúde devem focar em estratégias que potencializem a influência dessas variáveis sobre o tratamento das pessoas que vivem com hipertensão arterial. Assim, o apoio social e a redução da exposição das populações afetadas a fatores de risco são estratégias potencialmente assertivas ao contexto de combate à hipertensão arterial.

Assim, este trabalho pode se mostrar útil à prática profissional na Atenção Básica a Saúde, uma vez que os dados obtidos dão luz ao contexto sócio-representacional dos grupos que vivem com a hipertensão arterial no contexto pesquisado. A atuação com base no reconhecimento do saber social pode garantir melhores resultados no combate a essa doença que se torna parte do cotidiano das pessoas.

Visando contribuir com informações relevantes para futuros estudos neste mesmo contexto, destacam-se alguns pontos acerca de limitações e considerações metodológicas verificadas na presente pesquisa. Um primeiro ponto a ser observado diz respeito à quantidade de participantes. Percebeu-se que mesmo não tendo objetivo de aprofundar as investigações acerca das variáveis que compõem a TPB o número de 60 participantes foi considerado pequeno para o estudo. Apesar disso, destaca-se que as entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e em vários bairros diferentes o que gerou uma demanda acentuada tendo em vista que a maioria das entrevistas (51) foi realizada por um único entrevistador. Assim, para estudos futuros, ressalta-se a necessidade de empreender investigações com um número maior de participantes além de criar grupos equiparados de acordo com variáveis socioeconômicas e clínicas.

Outro fator que merece destaque é a ausência de uma questão para investigar se o participante estava com a hipertensão arterial controlada ou não. A medição direta da pressão arterial no momento da entrevista não oferece confiabilidade, pois a situação de entrevista poderia gerar um aumento situacional da pressão arterial, entretanto o próprio relato do participante acerca de seu estado nos últimos dias ou semanas seria suficiente como conteúdo de contextualização. No

contexto das doenças crônicas, essa informação pode ser importante para o entendimento dos dados obtidos, além de possibilitar comparações interessantes entre grupos com a hipertensão controlada e descontrolada.

Ressalta-se também que o fato de a unidade de saúde ter intermediado o contato entre o pesquisador e os participantes mesmo que de forma superficial, expectativas em torno do tema saúde podem ter funcionado como motivador para respostas socialmente esperadas. Contudo a participação dos serviços de saúde foi imprescindível para captação dos participantes, pois assim garantiu-se a confiança em receber o pesquisador em suas casas. Nesse sentido, deve-se atentar para que o participante seja esclarecido de que não se trata de uma pesquisa da unidade de saúde, buscando assim, afastar qualquer efeito de contexto possível que ative conteúdos influenciados por desajustabilidade social ou expectativa de assertividade por parte do participante.

Por ser amplo e complexo, o contexto que envolve as doenças crônicas não transmissíveis demanda múltiplas estratégias de investigação para que seus fenômenos sociais sejam apreendidos. Assim, a utilização de métodos de pesquisa variados parece possibilitar maiores chances de compreender as relações que se estabelecem diante da doença.

REFERÊNCIAS

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.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization behavior and human decision processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. New York: Open University Press.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the Attitude–Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. Em W. Stroebe & M. Hewstone (Orgs.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 11, pp. 1-33). New York: John Wiley & Sons.

Almeida, G. J. de. (2005). As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In Santos, M. F. de S & Almeida, L. M. de. (Orgs), *Diálogos com a teoria das representações sociais*. (pp. 15-38). Editora Universitária: UFPE.

Andrade, O. G. de (2003). Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Acta scientiarum. Health sciences*, 25(2), 207-213.

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.

Arruda, A. (2002). Novos significados da saúde e as representações sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 10(2), 215-227.

Badziak, R.P.F & Moura, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 3(1), 69-79.

Barros M.B.A, Francisco, P. M. S. B, Lima, M. G, & César, C. L. G. (2011). Social inequalities in health among the elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 198-208.

Barros M.B.A, Francisco, P. M. S. B, Zanchetta, L.M, & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768.

Biasus, F., Camargo, B. V & Demantova, A. G. (2011). Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 19, 319-336.

Bousfield, A. B., & Camargo, B. V. (2011). Divulgação do conhecimento científico sobre aids e representações sociais. *Acta Colombiana de Psicologia*, 14, 31-45.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. (2004). *Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011a). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2011b). *Vigilância Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). (2012). Acesso em maio de 2012. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

Braveman, P.A, Cubbin, C, Egerter, S, Williams, D. R, & Pamuk, E. (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *American Journal of Public Health, 100*(1), 186-96.

Boell, J. E. W, Meirelles, B. H. S, Silva, D. M. G. V. da & Lessmann, J. C. (2012). Arterial hypertension and diabetes mellitus: health care in a basic unit. *Journal of nursing, 6*(6), 1485-90

Brito, D. M. S., Araújo, T. L., Galvão, M. T. G., Moreira, T. M. M., & Lopes, M. V. O. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24*(4), 933 – 940

Brito, A. M. M, & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto), 19*, 283-303.

Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Antônia Silva Paredes Moreira; Jorge Correia Jesuino e Brigido Vizeu Camargo. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 511-539.

Camargo, B. V & Barbará, A. (2009). Social Representations, Risk Behaviors and aids. *The Spanish Journal of Psychology, 12*, 565-575.

Camargo, B. V., Barbará, A & Bertoldo, R. B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia em Estudo, 12*, 277-284.

Camargo, B. V., Bousfield, A. B. S & Wachelke, J. F. (2011). Social representations and applied sciences: the case of HIV prevention. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto), 19*, 27-41.

Camargo, B. V., Campos, P. H. F., Torres, T. L., Stuhler, G. D & Matão, M. E. L. (2011). Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 19, 179-192.

Camargo, B. V., Goetz, E. R., Bousfield, A. B & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 19, 257-268.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.

Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.

Cesarino, C. B, Cipullo, J. P, Martin, J. F. V, Ciorlia, L. A, Godoy, M. R. P, Cordeiro, J. A & Rodrigues, I. C. (2008). Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 31-35.

Costa e Silva, M. E. D., Barbosa, L. D. da C. S., Oliveira, D. da S., Gouveia, M. T. de O., Nunes, B. M. V. T & Alves, E. L. M. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem (Brasília)*, 61(4), 500-507.

Costa e Silva, M. E. D. da & Moura, E. B. M. (2011) Representações sociais de profissionais de saúde sobre hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery (impr.)*, 15(1), 75-82.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Dany, L., & Abric J. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue internationale de psychologie sociale*, 20(3), 77-104.

Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In: D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 187-203). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. P. V., & Castedo, M. C. A. (2009). Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 201-206.

Duncan, B. B., Chor, D., Aquino, E. M., Bensenor, I. M., Mill, J. G., Schmidt, M. I., & Barreto, S. M. (2012). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, 46(supl 1), 126-134.

Duveen, G. (2010). Introdução: o poder das idéias. In: Moscovici, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social* (pp. 7-28). Petrópolis: Vozes.

Faé, A. B., Oliveira, E. R. A., Silva, L. T., Cade, N. V., & Mezadri, V. A. (2006). Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14(1), 32-36.

Farr, R. (1998). *As raízes da psicologia social moderna*. Petrópolis: Vozes.

Farr, R. M. (1994). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (pp. 31-59). Petrópolis: Vozes

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.

Figueiredo, N. N., & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 782-787.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.

Freitas, M. C., & Mendes, M. M. R. (2007). Condição Crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(4), 590-597.

Galand, C., & Salès-Wuillemin, E. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105(3), 35-44.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.

Gomes R., Nascimento, E. F., Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.

Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real*. Porto Alegre: Penso.

Guedes, M. V. C. (2005). Comportamento de pessoas com hipertensão arterial: estudo fundamentado no modelo de crenças em saúde. 2v. 163p. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Guedes, M. V. C; Araujo, T. L; Lopes, M. V. O; Silva, L. F; Freitas, M. C; & Almeida, P.C. (2011). Barreiras ao enfrentamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1038-1042.

Gusmão, J. L., & Pierin, A. M. G. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida para Hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(esp), 1034-1043.

Helena, E. T. de S, Nemes, M. I. B, & Eluf-Neto, J. (2010). Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade (São Paulo)*, 19(3), 624-626.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad

de um programa de intervenção biopsicosocial. *Universitas Psychologica Bogotá (Colômbia)*, 5(3), 535-547.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Acesso em maio de 2012. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Lahlou, S. (2012). Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*, 20(38), 1-7.

Laurenti, R., Mello-Jorge, M. H. P., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Leite, S. N & Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.

Leão e Silva, L. O., Dias, C. A., Rodrigues, S. M., Soares, M. M., Oliveira, M. A. de, & Machado, C. J. (2013). Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 121-128.

Lima, M.L.P. (2006). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs), *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lima, M. T., Bucher, J. S. N. F., & Lima, J. W. de O. (2004). A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1079-1087.

Lima e Costa, M. F. F., Peixoto, S. V., César, C. C., Malta, D. C., & Moura, E. C. (2009). Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43(sup 2), 18-26.

Lotufo, P. A. (2005). Why Brazil does not have a epidemic of chronic diseases: some answers from cardiovascular diseases. *São Paulo Medical Journal*, 123(2), 47-48.

Mantovani, M. F., Ulbrich, E. M., Pinotti, S., Giacomozzi, L. M., Labronici, L.M & Sarquis, L. M. M. (2008). O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enfermagem*, 13(3), 336-342.

Marková, I. (2002). Des thêmes de base des représentations sociales du sida. Em: C. Garnier (Org.), *Les formes de la pensée sociale* (pp. 55-77). Paris: PUF

Matos, A. P. S., & Souza-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.

Morin, M. (2004). *Parcours de Santé*. Paris: Armand Colin (pp. 47-94).
Morin, M. & Vergès, P. (1992). Enquête sur une représentation envoie d'émancipation: le sida pour les jeunes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 15, 46-75.

Morin, M., Apostolidis, T., Dany, L., Preau, M. & Spire, B. (2007). Diagnósticos, Intervenções e Avaliações Psicossociais no Campo Sanitário e Social. In: A. S. P. Moreira & B. V. Camargo (Orgs), *Contribuições para a Teoria e o Método de Estudo das Representações Sociais* (pp.253-268). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Morin, M. (2005). Atenção à doença e relação de ajuda: crise das práticas e conflitos de representação. In: Oliveira, D. C., Campos, P. H. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. (pp. 109-118). Rio de Janeiro: Museu da República.

Moscovici, S. (1982). On social representation. In: J. P. Forgas (Org.), *Social Cognition*. London: Academic Press.

Moscovici, S. (2010). *Representações Sociais: investigações em psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise: sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Moura, A. A. G. de., Carvalho, E. F. de & Silva, N. J. C. da. (2007). Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6), 1661-1672.
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 279-287.
- Nardi, A., Glina, S., & Favorito, L. A. (2007). Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. *International Brazilian Journal of Urology*. 33, 1-7.
- Neiva, E. R., & Mauro, T. G. (2011). Atitudes e mudança de atitudes. In E. R. Neiva & C. V. Torres (Orgs), *Psicologia Social: principais temas e vertentes* (pp. 171-203). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes Filho, J. R., Debastiani, D, Nunes, A. D, & Peres, K. G. (2007). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(5), 319-324.
- Oliveira-Campos, M., Rodrigues-Neto, J. F., Silveira, M. F., Neves, D. M., Vilhena, J. M., Oliveira, J. F., Magalhães, J, C. (2013). Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(3), 873-882.
- Oliveira, K. C. S., & Zanetti, M. L. (2011). Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev Esc Enferm*, 45(4), 862-868.
- Oltremari, L. C., & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicologia (São Paulo)*, 6(2), 75-87.

Organizacion Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas sanitárias mundiales 2012*. Organizacion Mundial de la Salud.

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.

Pereira, M. R., Coutinho, M. S. S. de A, Freitas, P. F, D'Orsi, E, Bernardi, A, & Hass, R. (2007). Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2363-2374.

Pérez Riera, A. R. (2000). *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica*. São Paulo: Atheneu.

Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4) 687-707.

Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2012). Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 580-589.

Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(sup2), 2257-2267.

Rabetti, A. de C & Freitas, S. F. T. de. (2011). Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 258-268.

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux” : analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. Em: *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.

Ribas, C.R.P., Santos, M.A., Teixeira, C.R.S., & Zanetti. (2009). Expectativas de mulheres com diabetes em Relação a um programa de educação em saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, 17(2), 203-208.

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 nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. *Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 87-112.

Rodrigues, M. T. M. (2003). Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Natal.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., Jablonsky, B. (2002). *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Rosário, T. M, Scala, L. C. N. S, França, G. V. A, Pereira, M. R. G & Jardim, P. C. B. V.(2009). Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card*, 93(6), 672-678.

Rouquette. M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.

Santos, A. F. L., & Araújo, J. W. G. (2011). Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, 20(2), 255-263.

Santos, M. F. de S. (2005). A teoria das representações sociais. In Santos, M. F. de S & Almeida, L. M. de. (Orgs), *Diálogos com a teoria das representações sociais*. (pp. 15-38). Editora Universitária: UFPE.

Santos, Z. M. S. A., & Lima, H. P. (2005). Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 18(3), 145-151.

Schmidt, M. I, Duncan, B. B, Azevedo e Silva, G, Menezes, A. M, Monteiro, C. A, Barreto, S. M, Chor, D, & Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [online]. Disponível:

<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>

Secchi, K., Camargo, B. V & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem e representações sociais do corpo. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 25, 229-236.

Silva, F. M., 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*, 22(1), 123-131.

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.

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.

Sperber, D. (2001). O estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 91-103). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Spink, M. J. P., Lisboa, M. S., & Ribeiro, F. R. G. (2009). A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(29), 353-365.

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). Determinantes do comportamento de saúde: uma análise a nível de psicologia social. In W. Stroebe & M. Stroebe (Orgs.) *Psicologia social e saúde* (pp.31-71). Lisboa: Instituto Piaget.

Stuhler, G. D. (2012). Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Stuhler, G. D & Camargo, B. V. (2012). Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6, 67-81.

Taveira, L. F & Pierin, A. M. G. (2007). ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos?. *Revista latino-americana de Enfermagem* [online], 15(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400005&script=sci_arttext&tlng=es

Vala, J. (2006). Representações sociais e a psicologia social do conhecimento cotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social*. 7ª ed. (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.

Tura, L. F. R. (2004). A aids: Repensando a prevenção. In: L. F. R. Tura & A. S. P. Moreira (Orgs.), *Saúde e representações sociais* (pp. 167-190). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Tura, L. F. R. (1998). AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.), *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos* (pp. 121-154). Natal: EDUFRN.

Wachelke, J. F. R & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(2), 379-390.

Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (pp. 149-186). Petrópolis: Vozes.

Wagner, W. (1998). Sócio-gênese e características das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira. (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 3-25). Goiânia: AB.

World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA

A Secretaria de Saúde de Jaraguá do Sul e o Laboratório de Psicologia Social da Cognição e Comunicação – LACCOS – da Universidade Federal de Santa Catarina estão realizando uma pesquisa que tem objetivo de saber o que as pessoas que vivem com hipertensão pensam sobre essa doença e sobre o tratamento.

Sendo assim, o(a) senhor(a) pode colaborar muito conosco, contando situações sobre seu tratamento. O objetivo da pesquisa é conhecer melhor alguns aspectos sobre como as pessoas veem a hipertensão arterial e o tratamento, para que assim possamos auxiliar as ações dos profissionais de saúde.

O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento. Algumas perguntas são íntimas, mas muito importantes para o estudo. Não há resposta certa ou errada, tudo o que você achar que deve ser dito sobre o assunto é importante para mim. Fique à vontade para dizer o que pensa. Não haverá nenhum tipo de identificação dos participantes.

Antes de começarmos, tenho aqui o TLCE – Termo de consentimento que por questões éticas deve ser preenchido pelo senhor (a), nos autorizando a utilizar suas respostas apenas e exclusivamente para fins de pesquisa.

Podemos começar? Lembre-se que não há respostas certas ou erradas e tudo que falar é importante.

1) O que o(a) senhor(a) pensa sobre a hipertensão arterial?

Para o(a) senhor(a) o que significa hipertensão arterial?

2) Como é para o(a) senhor(a) conviver com a hipertensão arterial?

Como o (a) senhor (a) descobriu que tinha hipertensão arterial? Quanto tempo faz?

3) O que o(a) senhor(a) pensa sobre o tratamento da hipertensão arterial?

Quais as vantagens e desvantagens em seguir o tratamento?

Possui alguma facilidade ou dificuldade para seguir o tratamento?

4) Agora vou fazer algumas perguntas e você responderá com uma das opções abaixo:

Eu me interessar pelo assunto da hipertensão

Sim Não

Conheço pessoas próximas que fazem tratamento para hipertensão

Sim Não Gostaria de conhecer

Gosto muito de conversar com elas sobre o assunto da hipertensão

Sim Não Gostaria de conversar

Agora vou falar algumas frases relacionadas à hipertensão arterial e gostaria que o (a) senhor (a) respondesse anotando qual o ponto que mais representa sua opinião. Não há resposta certa ou errada e o que você falar é importante para mim:

[Exemplificar para o participante mostrando como responder. Para isso deve-se utilizar a frase de exemplo] APRESENTAR BLOCO 1

BLOCO 1

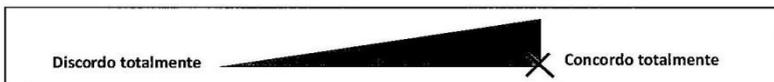
Exemplo:

É necessário mais ônibus para melhorar o transporte público na cidade.

[Se o(a) senhor(a) discorda totalmente marcará como abaixo:]



[Se o(a) senhor(a) concorda totalmente, marcará como abaixo]



[Se o(a) senhor(a) não concorda nem discorda, ou não sabe, marcará como abaixo:]



5) A hipertensão ocorre por causa do grande consumo de alimentos gordurosos.



6) A hipertensão ocorre por causa do consumo exagerado de sal na comida.



7) A hipertensão surge por causa da falta de atividades físicas.



8) A hipertensão ocorre por causa da genética da família.



9) A hipertensão precisa ser controlada por toda a vida.



10) A hipertensão ocorre quando a pressão se mantém igual ou maior que 14 por 9.



11) A hipertensão é uma doença que pode ser controlada.



12) A obesidade aumenta o risco de desenvolver hipertensão.



13) Em estágio avançado a hipertensão também pode causar danos aos olhos.



14) Se não controlada a hipertensão pode ocasionar infarto.



15) A hipertensão pode causar derrame.



16) A hipertensão prejudica o coração.



4 FRASES

Agora preciso que o(a) senhor classifique essas quatro frases da mais importante para menos importante. Anote ao lado da frase o número 1 para a mais importante, o 2 para segunda mais importante e assim por diante.

4 FRASES

Agora preciso que classifique as quatro frases da mesma forma que anteriormente.

4 FRASES

Agora preciso que classifique as quatro frases da mesma forma que anteriormente.

Tenho mais algumas frases que gostaria que respondesse.

APRESENTAR BLOCO 2

[Exemplificar para o participante mostrando como responder. Para isso deve-se utilizar a frase de exemplo]

Vou pedir agora para que me diga quais das medidas que irei mencionar o (a) senhor (a) realiza para controlar a hipertensão arterial, e com que frequência faz isso. (pode ser mais de um item):

29) *Tomo remédios para controlar a hipertensão.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

30) *Evito consumir bebidas alcoólicas.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

31) *Evito comer alimentos gordurosos.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

32) *Procuro diminuir o uso de sal na alimentação.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

33) *Evito fumar cigarros.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

34) *Pratico atividades físicas regularmente.*

() nunca () raramente () algumas vezes () sempre

Se sim, qual atividade?

E quantas vezes por semana o(a) senhor(a) pratica essa atividade? _____

BLOCO 2

É necessário mais ônibus para melhorar o transporte público na cidade.

[Se o(a) senhor(a) discorda totalmente marcará como abaixo:]

Discordo totalmente	X	+	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---------------------

[Se o(a) senhor(a) concorda totalmente marcará como abaixo:]

Discordo totalmente	+	X	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---------------------

[Se o(a) senhor(a) não concorda nem discorda, ou não sabe, marcará como abaixo:]

Discordo totalmente		X	Concordo totalmente
---------------------	--	---	---------------------

17) Eu acho muito importante medir a pressão com frequência para controlar a hipertensão

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

18) Reduzir o consumo de sal na alimentação auxilia no controle da hipertensão

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

19) Praticar atividades físicas com frequência ajuda no controle da hipertensão

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

20) Para mim, se escuto falar do tratamento da hipertensão me lembro do coração

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

21) Para mim, trocar frituras por legumes e verduras é...

Totalmente desagradável ————— | ————— Totalmente agradável

22) Diminuir o estresse ajuda no controle da hipertensão.

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

23) A redução da bebida alcoólica ajuda no controle da hipertensão.

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

24) Para mim, tomar os remédios sempre na mesma hora é importante

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

25) Quando ouço falar do tratamento da hipertensão penso automaticamente na pressão alta

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

26) O tratamento para controlar a hipertensão me faz lembrar de velhice

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

27) Quando é necessário fazer mudanças na alimentação para controlar a hipertensão eu....

Sou totalmente contra ————— | ————— Sou totalmente a favor

28) Quando penso no tratamento para hipertensão, penso em remédios.

Discordo totalmente ————— | ————— Concordo totalmente

35) Com que frequência o(a) senhor(a) procura os serviços de saúde para medir a pressão arterial? *[aguardar alguns segundos para ver se o participante responde, caso não responda, ler as opções pausadamente]*

- Uma vez ou mais por semana
 Uma vez por mês
 Uma vez a cada 3 meses
 Uma vez a cada 6 meses
 Uma vez por ano
 Menos de uma vez por ano

36) O (a) senhor (a) verifica a pressão arterial em sua casa? Sim Não

Se sim, com que frequência?

- Uma vez ou mais por semana
 Uma vez por mês
 Uma vez a cada 3 meses
 Uma vez a cada 6 meses
 Uma vez por ano
 Menos de uma vez por ano

E quem faz a medição da pressão arterial para o (a) senhor (a) em sua casa?

- Sozinho
 Esposa/Marido
 Filhos
 Outro familiar
 Vizinhos/ conhecidos

37) Onde o (a) senhor (a) busca informações sobre a hipertensão arterial? *[Pode assinalar mais de uma] [Ler pausadamente cada opção]*

- Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc)
 Farmácias
 Panfletos e folders
 Revistas, jornais, televisão
 Familiares
 Amigos/pessoas conhecidas
 Internet
 Outro: _____

E entre elas, qual o(a) senhor(a) mais utiliza? *[circular a opção escolhida pelo participante]*

38) O (a) senhor (a) se considera bem informado (a) a respeito da hipertensão arterial?

- Sim
 Não
 Mais ou menos
 Não sei

61) Meus amigos acham besteira deixar de beber bebida alcoólica por causa da hipertensão.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

62) Para mim, comer alimentos com menos gordura é

Totalmente difícil ————— Totalmente fácil

Pensando nos últimos três meses, por favor indique a resposta para as questões abaixo:

63) Tomei remédios para controlar a hipertensão.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

64) Evitei consumir bebidas alcóolicas.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

65) Evitei comer alimentos gordurosos.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

66) Procurei reduzir o sal na comida.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

67) Evitei fumar cigarros.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

68) Pratiquei atividades físicas pelo menos 3 vezes por semana.

Totalmente falso ————— Totalmente verdadeiro

69) O senhor (a) possui alguma outra estratégia que costuma realizar para controlar a hipertensão arterial? Se sim, qual? *[gravado]*

70) Idade: _____ 71) Sexo: Masc Fem

72) Tempo de diagnóstico: _____ 73) Escolaridade: _____

74) Profissão/trabalho: _____ 75) Renda familiar: _____

76) Estado civil: _____

77) E sobre o seu lazer? O que o senhor (a) costuma fazer nas horas livres para se distrair?

[gravada]

Obrigado por sua participação!

PARA USO DO PESQUISADOR	
Nº ENTREVISTA	
DATA ENTREVISTA	
APLICADOR	

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos, através desta, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais da hipertensão arterial e relação com práticas de controle da doença”**, a qual tem por objetivo verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento, e as práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica.

Para isso será realizada uma entrevista com roteiro determinado onde haverá perguntas que serão respondidas por você e gravadas em áudio pelo entrevistador e também um questionário e uma escala em que você responderá e o entrevistador registrará na folha de resposta.

Informamos que a participação na pesquisa não acarreta gastos pessoais ou remuneração para o participante. O processo poderá causar desconforto devido ao tema abordado, sendo que em caso de necessidade haverá encaminhamento para serviço especializado de atendimento junto a rede pública de atenção à saúde de Jaraguá do Sul. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor compreensão sobre a hipertensão arterial sistêmica e como é viver com essa condição crônica.

A participação é voluntária. Caso você aceite participar solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados coletados para fins acadêmicos, sendo que apenas os pesquisadores terão acesso direto às informações relatadas. Dessa forma, sua identificação será omitida na divulgação dos resultados deste. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma. Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de algum esclarecimento sobre o trabalho que será realizado, entre em contato com o Laboratório de Psicologia Social, da Comunicação e Cognição (LACCOS) (Fone: 048. 3721.9067).

_____ (SC), ____/____/____.

Jean Paulo da Silva / Profª. Dra. Andréa Barbará S. Bousfield

Pesquisadores Responsáveis

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença

Pesquisador: Andréa Barbará da Silva Bousfield

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11917113.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.982

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado em Psicologia do aluno Jean Paulo da Silva sob orientação da Prof. Dra. Andréa Bousfield. Trata o presente protocolo de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo que visa verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e as práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica. Serão entrevistados 100 usuários do SUS da cidade de Jaraguá do Sul/SC que vivem com hipertensão arterial sistêmica cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica, sendo 50 homens e 50 mulheres com 40 anos ou mais e que vivem com a doença há no mínimo dois anos. Os dados serão coletados por meio de instrumento a ser desenvolvido e que será composto por: questões aplicadas em forma de entrevista não diretiva visando investigar as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e também de seu tratamento; questões com resposta em forma de escala de likert para investigar as três dimensões da representação do tratamento (informação, atitude e imagem); questões de aplicação diretiva para investigar a realização de práticas de controle da doença por parte dos participantes; uma questão aplicada em forma de entrevista não diretiva para verificar a fonte de informação dos participantes sobre a hipertensão arterial sistêmica; e por fim, questões sociodemográficas a fim de caracterizar a amostra. As respostas às perguntas aplicadas em forma de entrevista não diretiva serão registradas em gravador digital de áudio e posteriormente transcritas para fins de análise.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Barro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a relação entre representações sociais da hipertensão arterial e práticas de controle da doença em pessoas que vivem com essa condição crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram previstos e se referem ao fato de que o processo de entrevista e aplicação dos instrumentos poderá causar desconforto ao participante devido ao tema abordado, sendo que em caso de necessidade haverá encaminhamento para serviço de atendimento psicológico no município de Jaraguá do Sul.

Benefícios: Os pesquisadores esperam que com a participação na pesquisa o participante possa desenvolver uma maior compreensão sobre a hipertensão arterial sistêmica e como é viver com essa condição crônica, bem como contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com esta condição crônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica/social e o projeto encontra-se bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi apresentado, redigido em linguagem clara e acessível. O espaço para assinatura e identificação do participante foi adicionado.

Também foram anexados folha de rosto, carta de autorização da instituição onde será realizada a pesquisa e roteiro da entrevista e questionário a ser aplicado.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE foi adequado e foi anexado roteiro de entrevista/questionário. Desta forma, este comitê é de parecer favorável a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



FLORIANOPOLIS, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br