

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFP**

ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES

**VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA COMUNIDADE NA
AMAZÔNIA**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES

**VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA COMUNIDADE NA
AMAZÔNIA**

Tese apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito de qualificação junto ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Doutorado em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro V. da Silva.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

T231v Tavares, Roseneide dos Santos
Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com
Hipertensão arterial de uma comunidade na Amazônia [tese] /
Roseneide dos Santos Tavares ; orientadora, Denise Maria
Guerreiro Vieira da Silva. - Florianópolis, SC, 2010.
301 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Hipertensão arterial. 3. Modelos
teóricos. 4. Apoio social. I. Silva, Denise Maria Guerreiro
Vieira da. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

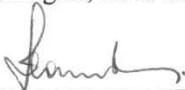
ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES

**VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA COMUNIDADE NA
AMAZÔNIA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

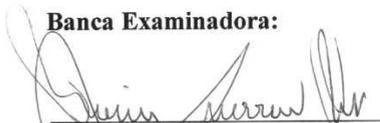
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de novembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Denise M. G. V. da Silva
Presidente



Dra. Elisabete P. A. Paz
Membro



Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro



Dra. Ana Lucia S. F. Mello
Membro



Dra. Grace T. Marçon Dal Sasso
Membro

Dedicatória

Dedico este trabalho àqueles que fazem parte de minha rede de apoio social:

Ao meu pai Sr. Osmarino da Cunha Tavares (in memorian), que mesmo tendo partido tão cedo, me proporcionou e deixou uma das maiores heranças: a oportunidade de estudar;

à minha mãe D. Benedita dos Santos Tavares, sustentáculo de minha vida e amiga incondicional;

ao meu irmão Ronaldo Marinho dos Santos Tavares, por todo o apoio que sempre proporcionou ao longo de minha vida acadêmica e de minha carreira profissional, e por tudo o que representa para mim;

à amiga e companheira de todos os momentos Cintia Matos, por toda a compreensão oferecida;

aos meus meninos Andrey (in memorian) e Alysson, pelas diferentes responsabilidades que aprendi a ter com vocês;

à minha menina Luana, pelos momentos divertidos que compartilhamos;
à minha amiga Salete Lopes, que, com toda dedicação, abriu seu lar para me acolher na Cidade de Florianópolis;

; meus amigos do peito Mel, Jade e Duck, pela fiel companhia e pela saudade que mostraram sentir.

Agradecimentos

Ao meu Deus Supremo, que permitiu todos os caminhos percorridos neste doutorado;

à minha querida Orientadora Prof^ª Dr^ª Denise Guerreiro, por ter me feito conseguir alcançar as abstrações necessárias para a imersão na Grounded Theory. Com você, o caminho foi mais fácil pelo seu modo de ser; por saber ensinar compartilhando seus conhecimentos; por saber compreender minhas dificuldades; por fazer das orientações tanto momentos de aprendizado quanto de descontração; por saber sorrir mesmo quando tudo nos parecia confuso. A admiração que tenho por você seguirá para sempre. E, no momento das abstrações, você estará sempre nas minhas lembranças. Que Deus lhe guarde a cada momento e torne os seus dias cheios de esperança;

às Prof^ªs. Dras. da Banca Examinadora (qualificação e defesa), por contribuírem na construção desta Tese;

ao Grupo de Pesquisa NUCRON/PEN/UFSC, que também possibilitou a produção desta Tese, enquanto provedor de conhecimentos na área dos estudos de doenças crônicas;

à Colega Albertina Bonetti, que compartilhou comigo seu espaço quando cheguei à Florianópolis, mesmo sem me conhecer;

aos colegas do DINTER/UFSC/UFPA/CAPES, pelas diferentes interações ao longo desta caminhada;

à coordenadora do DINTER Prof^ª Dr^ª Mary Elizabeth de Santana, pela condução deste curso;

à UFSC, por ter possibilitado que eu participasse de sua história;

PA, por ter me dado a oportunidade de crescer como profissional e como pessoa;

à Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes de Souza (UFSC) e ao Prof^º Dr. Alex Fiúza de Melo (UFPA), que plantaram e cultivaram a semente do DINTER UFSC/UFPA;

à Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pelo apoio oferecido sempre que precisei. Que Deus ilumine seu caminho;

a todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial da Unidade Municipal de Saúde Satélite e seus familiares, que compartilharam comigo suas experiências; a todos os funcionários que tão bem me acolheram; aos representantes das organizações da comunidade, minha eterna gratidão. Sem vocês, esta pesquisa não existiria;

às minhas colegas da Diretoria da Faculdade de Enfermagem/UFPA, pela companhia no trabalho;

aos meus colegas professores da Atividade Curricular Enfermagem em Terapia Intensiva – Faculdade de Enfermagem/UFPA, pelo desempenho e pela responsabilidade assumida na condução dos nossos alunos;

enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta Tese, sintam-se incluídos aqui nestes agradecimentos.

TAVARES, Roseneide dos Santos. **Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial de uma comunidade na Amazônia**. 2010. 301 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

O apoio social é um elemento importante que contribui para a proteção e melhora da saúde das pessoas; e a formação de redes de apoio canaliza esta ajuda para a resolução de problemas de saúde, dentre outras demandas. Dessa forma, o presente estudo busca compreender a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial moradoras de uma comunidade na cidade de Belém e construir uma proposta teórica sobre as interações que constituem esta rede de apoio. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados – *Grounded Theory*, desenvolvida na Unidade Municipal de Saúde Satélite na Cidade de Belém, no Estado do Pará – Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 35 pessoas, das quais 22 com hipertensão arterial, cadastradas no Programa HIPERDIA da Unidade de Saúde Satélite e 13 que integraram a Rede de Apoio Social, sendo cinco familiares, cinco profissionais de saúde da referida instituição e três representantes de outras organizações da comunidade. A coleta de dados ocorreu predominantemente na Unidade de Saúde, mas também no domicílio e no local de trabalho de algumas pessoas. Foram realizadas entrevistas em profundidade, inicialmente orientadas pelas seguintes questões: a) *Como você descobriu que tinha hipertensão arterial?* b) *Como é viver com hipertensão arterial?* A partir dessas perguntas, foram explorados os aspectos relacionados ao apoio para viver com a doença, iniciando o delineamento da formação da Rede de Apoio Social. A análise dos dados foi realizada com uso de processos de codificação aberta, axial e seletiva. Formamos seis grupos amostrais caracterizando a amostragem teórica. A Teoria Substantiva que emergiu foi denominada “Vivenciando a Rede de Apoio Social de Pessoas com Hipertensão Arterial”. Esta foi sustentada pelas seguintes categorias: “Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial”;

“Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial”; “Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial”; “Utilizando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial”; “A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial”. Este Modelo Teórico confirmou a Tese de que a Rede de Apoio Social da pessoa com hipertensão arterial contribui para um viver melhor com a cronicidade da doença, atendendo às demandas surgidas nos diversos contextos vivenciados. Esta contribuição ocorre através de diferentes formas de apoio, originado das interações entre os integrantes da Rede, permeado por facilidades e dificuldades que são enfrentadas no intuito de construir um viver mais saudável. A rede de apoio à pessoa com hipertensão arterial não se mostrou tão extensa. É composta principalmente por familiares, profissionais de saúde, vizinhos e outras pessoas próximas. O Modelo Teórico foi validado pelos critérios de ajuste, compreensão e generalização teórica. Esperamos que o modelo tenha condições de ser agregado ao fazer da enfermagem, como uma possibilidade de trazer avanços para um cuidar mais dinâmico da pessoa com hipertensão arterial, por acreditarmos que é possível uma associação entre as orientações verbais e ações práticas que englobem tanto as pessoas com hipertensão arterial, quanto profissionais de saúde e comunidade.

Palavras-chave: apoio social; enfermagem; hipertensão arterial; modelos teóricos.

TAVARES, Roseneide dos Santos. **Experiencing the Social Support Network of People with Arterial Hypertension of a Community in the Amazon Region**. 2010. 301p. Doctoral Thesis in Nursing. Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

dvisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Line of Research: The process of living and care, be healthy and get ill

ABSTRACT

Social Support is an important element that contributes to the protection and improvement of people's health and the networking support channels this help to solve health problems among other demands. Thus, this study tries to understand the social support network of hypertensive people that live in a community in Belém and build a theoretical proposal upon the interactions that constitute this support network. This is a qualitative research in which the methodological framework was based on the Grounded Theory developed at the Municipal Satellite Health Unit of Belém, Pará State, Brazil. The research subjects for this study were 35 people, of which 22 were hypertensive enrolled in the HIPERDIA program of the Satellite Health Unit and 13 were members of the Social Support Network, being 5 of them family members, 5 health professionals from the same institution and 3 were representatives of other community organizations. Data was collected mainly at the Health Unit but also at home and at some people's work. In-depth interviews were conducted targeting the following issues: a) How did you find out that you had high blood pressure? b) How is living with high blood pressure? Based on these questions, issues related to the support for living with the disease were explored, initiating than the outline for the formation of the Social Support Network. Dada analysis was performed using axial, open and selective coding. Six sample groups were formed characterizing the theoretical sampling. The substantive theory that emerged was called "Experiencing the Social Support Network of People with Arterial Hypertension" and was supported by the following categories: "Recognizing the needs of people with hypertension"; "Knowing the scenarios of those living with hypertension"; "Identifying the kinds of social support offered to people living with hypertension"; "Using the interactions as a strategy to get the network support for a better living with hypertension" and "The

network as a support for a better living with hypertension". This theoretical model has confirmed the thesis that the Social Support Network for people with hypertension contributes to a better everyday live with the cronicity of the disease. This contribution happens through different ways of support that arise from the interactions among the members of the network permeated by ease and difficulties that are faced in order to build a healthier life. The support network for people with hypertension was not very extensive. It is composed mainly by family members, health professionals, neighbors and other related people. The theoretical model was validated by adjustment, understanding and theoretical generalization criteria. We hope that this model can be added to nursing as a possibility to bring in progress for a more dynamic care for hypertensive people because we believe that it is possible an association between verbal instruction and practical actions that include hypertensive people as well as health professionals and community.

Keywords: social support; nursing; hypertension; theoretical models.

TAVARES, Roseneide dos Santos. **Vivir la red de apoyo social para las personas con hipertensión en una comunidad en el Amazonas.** 2010. 301 p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Línea de Investigación: El proceso de la vida y la atención, estar sanos y enfermos

RESUMEN

El apoyo social es un elemento importante que contribuye a la protección y mejora de la salud humana. En ese sentido, la formación de redes de apoyo canaliza esta ayuda para resolver problemas de salud, entre otras demandas. Así, este estudio trata de comprender la red de apoyo social de las personas que viven con hipertensión arterial en una comunidad de la ciudad de Belén, y la construcción de una propuesta teórica acerca de las interacciones que conforman esta red de apoyo. Se trata de una investigación cualitativa, que emplea como marco metodológico la Teoría Fundamentada - *Grounded Theory* -, desarrollada en la Unidad Municipal de Salud Satélite en la ciudad de Belem, Estado de Pará - Brasil. Los sujetos del estudio fueron 35 personas, incluyendo 22 con hipertensión inscritos en el Programa HIPERDIA de la Unidad de Salud Satélite, y 13 que integran la Red de Apoyo Social, de los cuales, cinco son familiares, cinco profesionales de la salud de esta institución y tres representantes de otras organizaciones de la comunidad. Los datos fueron recolectados principalmente en la Unidad de Salud, también en el hogar y en el lugar de trabajo de algunas de esas personas. Las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo inicialmente orientadas por las siguientes cuestiones: a) *¿Cómo usted descubrió que tenía presión arterial alta?* b) *¿Cómo es vivir con hipertensión?* A partir de estas cuestiones se exploraron los aspectos relacionados con el apoyo para vivir con la enfermedad, iniciando la formación de la delimitación de la Red de Apoyo Social. Los datos fueron analizados utilizando el proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Se formaron seis grupos de muestras que caracterizan el muestreo teórico. La Teoría de Fondo que surgió se denominó: "*Vivir la Red de Apoyo Social para personas con hipertensión.*" Esta teoría fue apoyada por las siguientes categorías: "*Reconocer las demandas de las personas con hipertensión*", "*Conocer los espacios de los que viven con*

hipertensión", "Identificación de los tipos de apoyo social que son ofrecidos a las personas en sus vidas con la hipertensión", "Uso de interacciones como una estrategia para recibir el apoyo de la red para vivir mejor con la hipertensión", "La red como soporte para una vida mejor con la hipertensión". Este modelo teórico ha confirmado la tesis de que la Red de Apoyo Social para personas con hipertensión contribuye a una mejor vida con una enfermedad crónica, atendiendo las demandas que surgen en distintos contextos vividos. Esta contribución se produce a través de las diferentes formas de apoyo derivado de las interacciones entre los miembros de la Red, impregnado con facilidades y dificultades que se enfrentan con el fin de construir una vida más saludable. La red de apoyo para las personas con hipertensión no fue tan extensa. Está compuesta principalmente por familiares, profesionales del área de la salud, vecinos y otras personas cercanas. El Modelo Teórico fue validado por los criterios de ajuste, comprensión y generalización teórica. Se espera que el modelo tenga condiciones de ser agregado al quehacer de la enfermería, como una posibilidad de aportar avances para una atención más dinámica de las personas con hipertensión, porque creemos que es posible una asociación entre las orientaciones verbales y las acciones prácticas que se dirigen tanto a las personas con hipertensión, como a los profesionales de la salud y la comunidad.

Palabras Clave: Apoyo social; Enfermería; Hipertensión arterial; Modelos teóricos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelos de redes sociais	49
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição dos grupos inicial e amostral.	66
Quadro 2: Exemplo de Codificação Aberta	74
Quadro 3: Agrupando os códigos/incidentes por similaridades ou diferenças. Emergem os conceitos provisórios que posteriormente podem se tornar categorias.	75
Quadro 4: Codificação Axial	75

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial (Condições causais).	85
Diagrama 2: Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial (Condições contextuais).....	151
Diagrama 3: Integrantes da rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial – familiares e pessoas próximas	153
Diagrama 4: Integrantes da rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial – Comunidade.....	160
Diagrama 5: Fluxograma de Atendimento na UMS Satélite	162
Diagrama 6: Fluxograma de encaminhamento para instituições especializadas.....	165
Diagrama 7: Integrantes da rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial – Profissionais de Saúde.....	168
Diagrama 8: Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial (Condições interventoras).....	171
Diagrama 9: Utilizando as interações como estratégia para receber apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial (Estratégias de ação-interação)	194
Diagrama 10: A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial (Consequências).....	217
Diagrama 11: Modelo Teórico: “Vivenciando a Rede de Apoio Social de Pessoas com Hipertensão Arterial	247

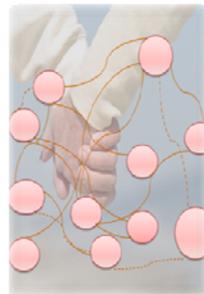
SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	17
LISTA DE QUADROS	19
LISTA DE DIAGRAMAS	21
INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	33
2.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	39
2.2.1 Conceito, Classificação, Prevalência e Complicações.....	39
2.2.2 Tratamento	42
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL	43
2.4 REDES SOCIAIS E APOIO SOCIAL.....	46
2.5 REDES SOCIAIS E SAÚDE	53
3 O MÉTODO	57
3.1 A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS – <i>GROUND ED THEORY</i>	58
3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO	62
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	64
3.4 COLETA DE DADOS	67
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	72
3.6 VALIDAÇÃO DO MODELO DESENVOLVIDO	79
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	80
4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS	82
4.1 CATEGORIA 1: RECONHECENDO AS DEMANDAS DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÕES CAUSAIS)	84
4.2 CATEGORIA 2: CONHECENDO OS CENÁRIOS DO VIVER DAQUELES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÃO CONTEXTUAL).....	150
4.3 CATEGORIA 3: IDENTIFICANDO OS TIPOS DE APOIO SOCIAL OFERECIDOS ÀS PESSOAS NO SEU VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÕES INTERVENTORAS).	170
4.4 CATEGORIA 4: INDICANDO AS INTERAÇÕES COMO ESTRATÉGIA PARA RECEBER O APOIO DA REDE PARA UM	

VIVER MELHOR COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO)	192
4.5 CATEGORIA 5: A REDE COMO APOIO PARA UM VIVER MELHOR COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONSEQUÊNCIAS)	216
5 MODELO TEÓRICO “VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL” ...	246
5.1 APRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO “VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”	247
5.2 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO	252
CONSIDERAÇÕES FINAIS	263
REFERÊNCIAS	273
APÊNDICES	289
ANEXOS.....	293

INTRODUÇÃO

Reportamo-nos, no início deste estudo, à nossa trajetória na temática hipertensão arterial. Ao finalizar o curso de graduação, optamos por investigar a consulta de enfermagem às pessoas portadoras de hipertensão arterial. Imediatamente após a graduação, iniciamos as atividades laborais atuando em terapia intensiva, atividade já bastante desenvolvida durante a graduação. Sempre cuidávamos de pessoas em crise hipertensiva, porém nunca havíamos feito relação da situação progressiva das mesmas com a situação então apresentada, que ocasionava sua internação nas unidades de terapia intensiva (UTI), por onde percorríamos nossos caminhos profissionais.



Algum tempo depois, ingressamos na carreira docente e, no desempenho de dois papéis - docente e assistente, passamos a desenvolver inúmeros trabalhos com os discentes. No acompanhamento diário das pessoas internadas na UTI onde trabalhávamos, originaram-se momentos de reflexão a respeito das diversas razões que levavam essas pessoas àquele ambiente.

Independente da patologia de base que era o motivo pelo qual ocorria a admissão das pessoas na UTI, várias delas apresentavam hipertensão arterial, sendo poucas as que conheciam seu diagnóstico e realizavam tratamento adequado, fato este que nos levou a discutir mais uma vez hipertensão arterial na elaboração da dissertação de Mestrado. Resolvemos então ir até as pessoas no seu contexto.

Pesquisamos a presença dos fatores de risco que acompanham pessoas hipertensas e a prevalência desta patologia numa comunidade de baixa renda, na periferia da cidade de Belém, além de refletir sobre o conhecimento dos moradores da comunidade a respeito do assunto. Das pessoas que conheciam sua condição, algumas até iniciavam o tratamento, mas posteriormente o abandonavam. Poucos eram os que o realizavam de forma adequada. Evidenciou-se também o baixo nível de conhecimento dos moradores da comunidade sobre a doença (TAVARES, 2003).

Como orientadora de trabalhos de conclusão de curso, conduzimos pesquisa realizada com trabalhadores bancários, mostrando que, dentre aqueles que procuravam o atendimento ambulatorial para

mensuração da pressão arterial na instituição, aproximadamente 54% apresentaram valores pressóricos alterados, sendo que mais da metade destes já tinha o diagnóstico médico e fazia uso de medicação anti-hipertensiva (SILVA, 2005). Outro estudo com 360 pessoas com hipertensão arterial de uma Unidade Básica de Saúde, cadastradas no Programa HIPERDIA, mostrou que mais da metade apresentava valores pressóricos alterados, entre outros fatores de risco (SANTOS, 2007).

Mesmo diante desses achados, ainda não havia a preocupação em observar o cotidiano vivenciado por essas pessoas. Nunca questionamos, neste grupo de pessoas, quanto ao apoio que recebiam quando se deparavam com esta condição de doentes crônicos; quem fazia parte de suas relações sociais e o papel que estes desempenhavam no que se refere ao apoio oferecido / recebido; como interagiam na comunidade onde viviam; onde buscavam tratamento, enfim, qual a composição da rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial.

Considerando esse novo olhar, percebemos a necessidade de mudar a abordagem de pesquisa, pois, em nossa trajetória, utilizamos a abordagem quantitativa na maioria dos estudos. A abordagem qualitativa foi a opção com a intenção de compreender o apoio que as pessoas com hipertensão arterial recebem, conhecer sua interação com os participantes da rede, bem como perceber como acontece o apoio para o tratamento e os cuidados necessários à sua condição crônica. Para tanto, a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) foi a escolha.

A relevância de estudar pessoas com hipertensão arterial se sustenta tanto pela complexidade que envolve seus cuidados e tratamento do ponto de vista pessoal e social, quanto por sua grande e crescente incidência na população brasileira e mundial.

No Brasil, as transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas vêm mudando ao longo das décadas. A partir de 1960, iniciou-se um processo que até hoje continua em pleno movimento, que é a modificação dos índices de mortalidade por grupos de doenças como as infectoparasitárias, as neoplásicas, as cardiovasculares e as causas externas. Assim sendo, as principais características da transição epidemiológica são o aumento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas, com destaque para aquelas do aparelho circulatório e, dentre essas, a hipertensão arterial. Neste contexto, as doenças infectoparasitárias, que até a década de 60 do século passado estiveram entre as principais causas de mortalidade no Brasil, apresentaram queda de suas taxas, passando as doenças cardiovasculares (DCV) a terem esta maior expressão (BRASIL, 2001; PIMENTA et al.,

2008). Mesmo que, no período de 1990 a 2006, tenha-se observado uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES..., 2010), esta situação é preocupante por terem as doenças cardiovasculares uma participação marcante nos índices de morbimortalidade, uma vez que é a primeira causa de morte no Brasil. O aumento do tempo médio de vida associado à exposição aos fatores de risco (tabagismo, inatividade física, hipertensão, diabetes, aumento no nível do colesterol, entre outros) é considerado a principal razão para esta ocorrência (ISHITANI et al., 2006).

Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde para a cidade de Belém revelaram que a hipertensão arterial apresenta uma prevalência de 16,2% na população masculina e 21,1% na população feminina, baseado em inquérito domiciliar por informação referida (BRASIL, 2010a). Quanto à mortalidade por doença cardiovascular, observamos que as doenças do aparelho circulatório contribuem com a média de 24,4% para este índice na região metropolitana de Belém (Municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará) (BRASIL, 2007). Especificamente, doenças como a hipertensão arterial contribuíram com percentuais elevados para os índices de morbimortalidade das estatísticas brasileiras, passando a ser a mesma considerada como grave problema de saúde pública.

Quando se discutem essas questões, alguns aspectos devem ser pontuados. O primeiro que merece destaque são os elevados custos financeiros das internações hospitalares de pessoas portadoras de agravos por DCV. No Sistema Único de Saúde (SUS), este grupo de doenças é responsável por 1.150.000 internações/ano. Com essas internações, estima-se um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sem a inclusão de gastos com procedimentos de alta complexidade, o que eleva ainda mais as despesas com esse tipo de agravo. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes vitimados por acidente vascular encefálico ou infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2002a).

Medidas de normatização das ações de tratamento e controle têm sido adotadas pelas autoridades públicas, tais como os Programas e Projetos preconizados pelo Ministério da Saúde que visam desenvolver nas pessoas responsabilidade por sua própria saúde, como também pela saúde da comunidade, estimulando inclusive a participação da vida comunitária. Como exemplo, tem-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que estabeleceu diretrizes e metas para o SUS, envolvendo campanhas nacionais de detecção dessas patologias crônicas (BRASIL, 2004a). Atualmente, as

campanhas são realizadas eventualmente, entretanto, as equipes de Estratégia de Saúde da Família continuam sendo as grandes aliadas na detecção de portadores de agravos como a hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Os programas determinam o planejamento e a normalização das ações dirigidas ao seguimento e controle das alterações causadas pelas patologias e à detecção de novos casos destes agravos (hipertensão arterial e diabetes mellitus). Entretanto, há necessidade de que essas pessoas continuem o tratamento, visando à prevenção das complicações da hipertensão arterial e impedindo que os pacientes abandonem o tratamento ou o façam de forma inadequada. Para que isso aconteça, há necessidade de se definir ações que possibilitem a permanência dessas pessoas no programa, uma vez que, por se tratar de agravos crônicos, o tratamento é contínuo, logo, não pode ser interrompido, o que nem sempre acontece. Neste sentido, Lima et al. (2004) deixam claro que a adoção de práticas que possam minimizar os fatores para a hipertensão arterial é um importante passo para a pessoa tratar ou prevenir as complicações da doença, entretanto, é necessário ter atitude para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos. Contudo essas questões pessoais não são facilmente conduzidas como inicialmente possa parecer. Assim sendo, o conhecimento “como apropriação de determinado campo empírico ou ideal de dados tendo em vista dominá-los e utilizá-los” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 53) e a instrumentalização oferecida a essas pessoas são aspectos que precisam ou deveriam ser indicados nas condutas dos profissionais de saúde, na intenção de colaborar com as mudanças necessárias, uma vez que a dificuldade em seguir o tratamento é um achado bastante discutido na literatura e inclui fatores complexos e de difícil manejo, como o conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença; a motivação para controlá-la; sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença; suas expectativas no resultado do tratamento; percepção e formas de enfrentamento das adversidades; problemas vivenciados no dia a dia, e ainda, a rede de apoio (CASTRO; CAR, 2000; MONTEIRO et al., 2005; GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006; FAÉ et al., 2006; GUSMÃO et al., 2009).

A abordagem para cada uma das situações pontuadas numa relação entre pessoas com hipertensão arterial ou entre essas e os profissionais de saúde são condutas que, dependendo da forma como se processam, poderiam de certa forma manter o controle da doença.

O segundo aspecto a ser pontuado é aquele que nos leva a discutir as relações sociais que as pessoas portadoras de hipertensão têm com

aqueles que os cercam. Nesse sentido, evidenciamos as redes sociais e o apoio social que, por meio de suas intervenções, proporcionam um aporte qualitativo tanto para a pessoa com hipertensão arterial como para os demais componentes da rede que oferecem o apoio, contribuindo com melhores formas de viver para aqueles que conseguem se relacionar nessas redes e obter resultados satisfatórios.

De acordo com Meirelles (2004, p.2),

As redes sociais surgem como determinantes nas condições de enfrentamento das necessidades de saúde das populações e como estratégia de articulação de vários setores sociais (ONGs, instituições filantrópicas, movimentos populares, órgãos e serviços estatais nas áreas de saúde e bem estar, etc) para a formulação de ações conjuntas.

Acreditamos que a rede de apoio social pode contribuir para que objetivos sejam alcançados, pois se supõe o trabalho participativo e colaborativo, caracterizando-se como um recurso organizacional, tanto para as relações sociais quanto para a estruturação social (SILVA, 2006). As redes se sustentam pela vontade de participar e pela afinidade de seus integrantes, tanto para as relações pessoais quanto para a estruturação social. Para Sluzki (1997, p. 17), “é um conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais”.

Quanto à rede de apoio social, foco principal deste trabalho, esta se encontra na dimensão mais pessoal, no suporte mais direto para ajudar no enfrentamento de uma determinada condição. A formação dessa rede pode contribuir significativamente para que as condições de saúde dos integrantes apresentem melhoras (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

Para Williams et al. (2004), o apoio social foi considerado um termo temporal, ou seja, seus significados podem variar com o curso da vida. Isso implica dizer que, dependendo do momento vivido pela pessoa, o apoio social terá diferentes representações, formas de ser oferecido/recebido e resultados gerados.

Mesmo com uma diversidade de autores definindo, classificando ou especificando apoio social de forma mais detalhada como Due et al.

(1995) e Thoits (1999)¹ ou mais geral, como Valla (1999)² e Finfgel-Coneet (2005)³, todos são de opinião semelhante quanto ao resultado positivo que o apoio origina tanto para quem recebe quanto para quem o oferece.

Quanto ao resultado positivo promovido pelo apoio oferecido pela rede, a maioria dos autores é convergente nessa questão, entretanto, outros, mesmo concordando com a promoção de melhores condições de saúde geradas pelo apoio oferecido/recebido, argumentam que este apoio também pode gerar resultados negativos em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar (KRUASE; BORAWISK, 1995).

Nesta relação social é importante colocar em prática alguns desafios para promover a saúde tais como considerar a perspectiva da pessoa, reconhecer seus saberes, suas expectativas e necessidades, articulando-os com o saber científico (BUDÓ et al., 2009). Esta articulação deve envolver suas diferentes dimensões, como centro da ação; na superação da hegemonia de um conhecimento sobre o outro; e na aceitação e incorporação de outros saberes e racionalidades, resgatando e preservando culturas (OPAS, 2002), sem que desaprendam o que aprenderam no cotidiano da vida (MEYER et al., 2006).

Nesta perspectiva, Meirelles (2004) afirma que devemos considerar que a relação dos sujeitos sociais com sua saúde não é somente a expressão das normas sociais e pressões exercidas pela sociedade para seguirem papéis determinados por modelos de comportamento, mas, sim, o reflexo das características estruturais e de relação das redes sociais que estes têm como referência.

Quando se discutem esses aspectos, fica nítida a relação específica de tais possibilidades viabilizadas pela rede com o contexto da pessoa, com o ambiente que o cerca, seus valores e seu cotidiano, enfim, a dinâmica de sua comunidade. Especificamente para as pessoas com hipertensão arterial, consideramos que a participação na rede de apoio social possa ser um fator contribuinte para a efetivação do tratamento, uma vez que nesta está inserida a capacidade de articulação, de estímulo, de oportunidade de acesso às instituições – que também fazem parte das redes – assim como espírito de colaboração e coletividade.

A expressiva importância da hipertensão arterial como problema

¹ Due (1990) e Thoits (1995): emocional, instrumental, informacional, de estima.

² Valla, 1999: informacional e instrumental.

³ Finfgel-Coneet, 2005: emocional e instrumental.

epidemiológico, social e individual é foco de interesse do grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica” - NUCRON⁴, ao qual este estudo está vinculado. O NUCRON vem estudando pessoas com diferentes condições crônicas tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, problemas renais e respiratórios crônicos, pessoas com estomias, dentre outras, há mais de duas décadas. Esse grupo desenvolve estudos sobre a temática das redes sociais, focalizando os diferentes aspectos do viver com uma doença crônica, procurando apreender a problemática dessas pessoas de forma a contribuir no desenvolvimento de cuidados mais aderentes à sua condição de saúde e na maneira de compreendê-la (SILVA, 2007).

Quanto à contribuição do estudo para o enfermeiro como promotor das redes de apoio social, acreditamos que, ao compreender como a rede dá apoio às pessoas com hipertensão, como estão organizadas essas redes, como se dá a participação das pessoas com hipertensão nas mesmas e contribuir com uma formulação teórica sobre essa questão, a enfermagem terá a possibilidade de ampliar sua atuação como promotora no desenvolvimento e articulação dessas redes de apoio e, especificamente, dar bases para o enfermeiro, para que este possa colaborar para a efetivação do tratamento, tanto individual como coletivo, das pessoas portadoras de hipertensão arterial. Assim sendo, questiona-se:

Como se constitui a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial moradoras de uma comunidade na cidade de Belém no Pará e como ocorrem as interações nesta rede?

Baseado no exposto, destacamos como objetivos para esta pesquisa:

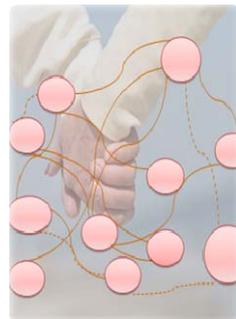
1. Compreender a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial moradoras de uma comunidade na cidade de Belém-PA;
2. construir uma proposição teórica sobre as interações que constituem a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial moradoras de uma comunidade na cidade de Belém-PA.

⁴ Grupo de Pesquisa criado em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Grupo cadastrado no CNPq.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está composto pelos seguintes itens: Aspectos Psicossociais da Hipertensão Arterial; Aspectos Clínicos da Hipertensão Arterial; Redes Sociais e Apoio Social; e Redes Sociais e Saúde.

No primeiro item, são abordados os aspectos psicossociais e sua importância na relação com a hipertensão arterial. A intenção é destacar a necessidade de considerar a pessoa em sua integralidade, uma vez que a fragmentação por longo tempo esteve presente na avaliação e estudo das ocorrências relacionadas à pessoa portadora de qualquer alteração clínica. Esta perspectiva precisa ser reconsiderada visando a uma contribuição mais efetiva que lance novos olhares e novas possibilidades para a compreensão desta condição crônica de saúde. No segundo item, é abordada a compreensão geral da patologia – Hipertensão Arterial. O terceiro item trará estudos a respeito do apoio social e de como este pode aumentar as possibilidades para o cuidado com a saúde das pessoas. O quarto item abordará a formação das redes sociais em outros setores e como este evento está presente na área da saúde.



2.1 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Vivemos hoje em um mundo globalizado, interligado, no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes. É provável, então, que esta interdependência esteja ligada aos problemas relacionados com a autonomia dos sujeitos, com a ética de suas ações e com as explicações definitivas pretendidas pela racionalidade científica. Tornam-se necessárias as construções de novas leituras para os fatos, novos referenciais para nortear as convicções e novos entendimentos da realidade para possibilitar novos olhares, novo pensar, percepções diversas, valores e comportamentos das pessoas.

Os processos acerca da saúde e do adoecimento envolvem movimentos de reestruturação e mudança de hábitos na vida. Os hábitos expressam um conhecimento enraizado no corpo desde a infância,

baseados nas experiências prévias dos sujeitos e também definem comportamentos, escolhas e interpretações que podem resistir à efetiva incorporação de novas representações e formação de novos hábitos (VIEIRA, 2003).

É importante que o profissional da área da saúde considere três aspectos fundamentais que envolvem a pessoa: a reação à doença, a adesão ao tratamento e o diagnóstico diferencial das somatizações. Quanto à reação à doença, deve-se compreender qual a relação desta com a pessoa, que sentimentos ela usa para enfrentar a enfermidade e com que grau de otimismo lidará com a convalescença. No que diz respeito à adesão ao tratamento, sabemos que a aderência tem certa relação com os objetivos que o tratamento pode oferecer e com perspectivas que a pessoa tem relacionadas ao tratamento.

Em estudo de coorte com 945 pessoas, Busnello et al. (2001) tiveram como meta determinar as características associadas ao abandono do acompanhamento médico de pessoas com hipertensão atendidas em um ambulatório de referência. Os resultados apontaram que o grupo de risco para abandono do tratamento foi aquele constituído por pessoas com menor nível de escolaridade, com diagnóstico recente da doença e fumantes, ou seja, o desconhecimento e a baixa perspectiva quanto aos resultados do tratamento evidenciados pela baixa escolaridade e pelo pouco tempo de diagnóstico da patologia de alguma forma contribuíram para o abandono do tratamento, associado à preferência por manter o hábito de fumar, o que deixa clara a reduzida perspectiva relacionada ao tratamento.

Quando dizemos que as questões emocionais estão atreladas à hipertensão arterial, não queremos afirmar que elas sejam sempre causas da doença, mas, sim, que as emoções acompanham essas doenças quer como causa, como agravante ou como consequência. Na pesquisa de Péres et al. (2003) a respeito de atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas de pessoas com hipertensão arterial, observamos que grande parte das respostas também se referiram aos aspectos emocionais como fatores que dificultam o controle da pressão arterial, sendo indicados problemas vivenciados no dia a dia, como conflitos em casa, contrariedades de modo geral e situação financeira insatisfatória. Entretanto os autores indicam que a concentração de respostas relacionadas aos aspectos emocionais, dentre outros, parece sugerir um desconhecimento ou uma não compreensão da natureza multifatorial da hipertensão arterial.

A elevação da pressão arterial, assim como todo o processo que envolve a saúde e a doença, não se limita ao aspecto clínico, e para

compreendê-los, é necessário inseri-los num contexto muito mais amplo. Dois componentes são fundamentais neste processo: a experiência cotidiana e a subjetividade da pessoa. Tais componentes interferem nas percepções e significados fornecidos pelas pessoas hipertensas sobre a doença, principalmente quando influenciadas pela etnia, pelo gênero e pela sua inserção social, o que, ao mesmo tempo, particulariza, diversifica e complexifica a apreensão, o entendimento, a explicação e o tratamento pelas próprias pessoas hipertensas assim como pelos profissionais de saúde (MARTINS, 1994).

Dentro dessa nova dimensão a ser discutida no processo do adoecimento, a hipertensão arterial ganhou novas perspectivas quando vários estudos apontaram para a importância do estresse na origem da patologia, como os apresentados anteriormente.

Camelo; Angerami (2004) descrevem a origem dos estudos sobre estresse mostrando que este feito foi atribuído ao médico endocrinologista Hans Selye. Este, ao observar que muitas pessoas sofriam de doenças físicas e reclamavam de sintomas comuns, passou a realizar investigações científicas em laboratórios, com animais, e, baseado nesses estudos, definiu “*stress*” como sendo o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático. Quanto ao agente “estressor”, definiu como todo agente ou demanda que evocam reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional. Selye observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor. A partir dessas observações, descreveu a Síndrome Geral de Adaptação (SAG), que pode ser entendida como as reações gerais do organismo que acompanham a exposição prolongada ao agente estressor. Em 1956, Hans Selye lançou o livro ‘*The stress of life*’, mostrando os resultados de seus estudos.

Tavares (2003), ao analisar depoimentos de pessoas portadoras de hipertensão arterial, observou que alguns indicaram que a doença está estreitamente relacionada ao aspecto emocional, no sentido de adaptação inadequada às emoções, ao não lidar bem com situações- problema, levando ao aumento ou descontrole da pressão. Sobre este aspecto, muitas pessoas são tentadas a atribuir a pressão arterial elevada ao estresse da vida moderna, uma vez que estímulos agudamente estressantes elevam a pressão arterial e isto pode ocorrer mais frequentemente em pessoas já hipertensas. Contudo, Beevers; Mac Gregor (2000) questionam se de fato o estresse crônico elevaria ou não a pressão arterial, uma vez que sempre existirão outros fatores associados, tais como pobreza, dieta inadequada, obesidade, entre outros.

Em contraponto, porém, Loures et al. (2002), ao fazerem

referências entre o estresse mental/psicológico e o sistema cardiovascular, deixaram bem evidenciado que alterações como aumento da frequência cardíaca, do débito cardíaco e da pressão arterial são originadas por este fator, o que pode alterar profundamente o sistema cardiovascular de forma aguda ou crônica.

Estudo de Mac Fadden; Ribeiro (1998) sobre os aspectos psicológicos de um grupo de pacientes e sua relação com a hipertensão arterial ressaltaram que pessoas que se submetem a estresse emocional prolongado frequentemente apresentam hipertensão arterial transitória que, ao longo do tempo, pode se transformar em permanente. Justifica-se esta possível ocorrência pela presença de bloqueios da expressão afetivo-emocional e da ansiedade, como fatores atuantes sobre o sistema nervoso autônomo, características de indivíduos de personalidades imaturas, subjetivas e que se retraem emocionalmente.

A intervenção psicológica é uma grande aliada no combate à hipertensão arterial. Pugliese et al. (2007), em estudo controlado e aleatório pesquisando este fator, acompanharam três grupos de pessoas com hipertensão. Um grupo recebeu exclusivamente tratamento farmacológico. Outro recebeu tratamento farmacológico associado à orientação para controle dos fatores de risco. Ao terceiro grupo, associaram-se a essas medidas a intervenção psicológica destinada a reduzir o nível de estresse e mudar o comportamento alimentar. Esse grupo apresentou como resultado a redução do risco coronariano, baseado no escore do *Framingham Heart Study*⁵, o que comprovou que um programa de intervenção psicológica é de fato um grande aliado no combate à hipertensão arterial.

Como exemplo desses resultados satisfatórios, podemos mostrar alguns estudos, como o de Lipp et al. (2009). Na intenção de averiguar se o treino cognitivo de controle da raiva é eficaz na redução da reatividade cardiovascular de pessoas também com doença arterial coronariana, os autores tiveram como resultado uma redução significativa na reatividade da pressão arterial sistólica. Em outro estudo semelhante, Lipp et al. (2006) conseguiram demonstrar que o estresse é especialmente tóxico quando a pessoa envolvida na interação estressante possui dois diferentes estilos de expressão de raiva. Os autores

⁵ *Framingham Heart Study*: um estudo que permitiu quantificar o risco da doença cardiovascular de acordo com os níveis pressóricos da forma mais acabada que se tem conhecimento até o momento.

DÓREA, E.L.; LOTUFO, P.A. Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. Rev. Bras. Hipertensão, 8(2), abr/jun, p. 195-200, 2001.

denominam de ‘raiva para fora’ e ‘raiva para dentro’. Ambos os estilos podem ser prejudiciais, uma vez que a pressão arterial sofre aumentos consideráveis em momentos de interações estressantes quando essas pessoas ou expressam a raiva de modo explosivo ou inibem excessivamente a expressão da raiva.

Vieira (2003) destaca a marcante mudança na trajetória das características epidemiológicas de morbimortalidade com maior presença das doenças crônico-degenerativas (e não somente da hipertensão arterial) nas populações. Afirma que esta coincide com o período de industrialização e de um grande processo de urbanização populacional, características marcantes da sociedade moderna. Nesse novo cenário socioeconômico que passou a ser construído, determinados grupos sociais ficaram e ainda estão muito mais expostos em função do aumento da vulnerabilidade individual e coletiva de seus atores sociais. Novos conhecimentos passaram a ser exigidos, assim como explicações adequadas para o entendimento das relações presentes no processo de adoecimento. Houve a necessidade de se discutir além das condições biológicas como determinantes dos impedimentos encontrados em indivíduos e grupos portadores de doenças crônicas, pois, como afirma a mesma autora anteriormente citada,

(...) as restrições e desigualdades socioeconômicas e as dificuldades e impossibilidade ao usufruto dos direitos humanos, em todas as suas esferas de atuação, favorecem a elevação da vulnerabilidade aos diferentes agravos para a saúde e restringem o acesso a ações e serviços especializados para o restabelecimento e a manutenção da saúde (p. 482).

Gandarillas et al. (2005) e Taveira; Pierin (2007) têm destacado o papel de fatores psicossociais ou do estresse no desenvolvimento deste agravo, tanto pela associação direta destes fatores como pelo comprometimento da adesão ao tratamento.

O estudo de caso-controle sobre os estressores sociais da hipertensão arterial em comunidades carentes de Porto Alegre, realizado por Gandarillas et al. (2005), com uma amostra de 351 participantes divididos em dois grupos (62 pessoas de classe média baixa e baixa; e 289 pessoas de classe média alta e alta, este o grupo controle), mostrou a influência dos estressores sociais no processo de desenvolvimento da hipertensão. Variáveis sociais indicativas de carências aparecem, nesse

estudo, tanto quantitativa como qualitativamente, relacionadas com a hipertensão em geral. Dessa forma, a hipertensão poderia estar associada a fatores sociais que predisõem a uma diminuição crônica da atividade do sistema nervoso parassimpático (Ex.: a diminuição de fontes de apoio social e *status* social) e a um aumento da ativação crônica do sistema nervoso simpático (Ex.: a falta de controle sobre o entorno social e o próprio corpo). Os autores do estudo recomendaram ações no sentido da construção da cidadania como instrumento de participação e promoção de saúde.

Outro estudo cujo tema foi sobre como o nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de pessoas com hipertensão pesquisou 440 pessoas com essa condição crônica, com características diversas (57 ± 12 anos, 66% mulheres, 51% brancas, 57% casadas, 52% com Ensino Fundamental e 44% com renda de 1 a 3 salários mínimos) para buscar variáveis biossociais, crenças, atitudes e conhecimento, falta à consulta e interrupção do tratamento, e associar o nível socioeconômico com as variáveis estudadas. Como resultado, o referido estudo concluiu que a baixa condição econômica se associou com variáveis que podem influenciar na atitude e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

A alteração nos padrões sociais das pessoas é considerada por Dressler; Santos (2000) e Dressler (2004) como causadora de importantes influências no aumento da pressão sanguínea assim como nas mortes por doenças cardiovasculares. Tais autores trazem um tipo diferente de análise que se afasta, entretanto, complementa os tipos mais tradicionais de pesquisa dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial. O estudo apresenta um modelo complementar de influências sociais e culturais sobre risco de doenças, dando maior ênfase a como os indivíduos são capazes de aproximar seus próprios comportamentos aos modelos culturais de vida que são compartilhados pela comunidade. Esse conceito é denominado consonância cultural. Assim, Dressler; Santos (2000) sugerem que, quanto maior a consonância cultural de uma pessoa, menor sua pressão arterial, para tanto estabeleceram os padrões sociais de doença cardiovascular: relação entre desenvolvimento social e econômico e a doença cardiovascular e associação entre desigualdade social e saúde, em estudo cujo tema foi sobre a dimensão social e cultural da hipertensão arterial no Brasil.

O primeiro padrão de associação entre saúde e desenvolvimento econômico geral ou social complexo também pode ser visto de uma perspectiva antropológica. Os autores compararam a pressão arterial de

pessoas de diferentes sociedades: sociedade tecnologicamente simples caracterizada por atividades como caça, horticultura simples e atividades pastoris para subsistência; sociedades de agricultura sedentária; e sociedades industriais. Obteve como resultado o registro dos valores mais baixos de pressão arterial nas pessoas das sociedades tecnologicamente simples e os mais elevados nas pessoas pertencentes às sociedades industriais, consideradas tecnologicamente as mais complexas. Cabe aqui ressaltar que esta associação era independente de outras variáveis, como índice de massa corporal, idade, sexo e estrutura das comunidades.

Neste estudo, Dressler; Santos (2000) referenciam os pesquisadores Henry e Cassel para considerar este resultado como uma avaliação sistemática da hipótese apresentada por estes, quando afirmavam que o nível de complexidade sociocultural era associado à pressão sanguínea, ou seja, quanto mais complexo for o nível da sociedade, tanto maior serão os valores pressóricos das pessoas que a compõem. São as mudanças culturais que tornam as sociedades mais complexas, conseqüentemente gerando mudanças nos valores pressóricos. A este processo os autores denominam de aculturação ou modernização.

O segundo padrão social de doença cardiovascular envolve a associação entre desigualdade social e saúde. No Brasil, existe uma associação inversa entre vários indicadores socioeconômicos (como profissão, educação e renda) e doença cardiovascular (DUNCAN et al., 1995). Em estudos na cidade de São Paulo, os autores encontraram taxas de mortalidade mais elevadas em pessoas que desenvolvem ocupações menos privilegiadas, chegando essas a serem de três a quatro vezes mais altas se comparadas às taxas encontradas em pessoas de classes profissionais mais elevadas. Nestes achados, as doenças cardiovasculares eram a principal causa de morte.

2.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

2.2.1 Conceito, Classificação, Prevalência e Complicações

Considera-se hipertensão arterial valores de pressão arterial igual ou maior que 140 mmHg X 90 mmHg, sem o uso de medicamentos anti-hipertensivos (VI DIRETRIZES..., 2010). Seu elevado potencial para

controle torna este fator de risco modificável o mais importante para as doenças cardiovasculares.

Como critério de classificação, seguem-se as determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e do JNC 7 (*The Seventh Report of the Joint National Committee*, 2003), que consideram quatro níveis em mmHg para maiores de 18 anos, a saber: **normal** (PA sistólica < 120 e PA diastólica < 80); **pré-hipertensão** (PA sistólica entre 120-139 ou PA diastólica entre 80-89); **hipertensão estágio 1** (PA sistólica entre 140-159 ou PA diastólica entre 90-99) e **hipertensão estágio 2** (PA sistólica \geq 160 ou PA diastólica \geq 100).

Considerando como critério para diagnóstico de hipertensão arterial valores de pressão igual ou maior que 140/90 mmHg, a prevalência na população urbana adulta brasileira pode variar entre 22,3% e 43,0% (BRASIL, 2006a). No que se refere à Região Norte, especificamente na cidade de Belém, este índice variou de 21,6% em 2006 (BRASIL, 2007), para 18,8% em 2009 (2010a).

No estudo sobre prevalência da hipertensão arterial e os fatores de risco associados realizado em duas comunidades da periferia da cidade de Belém, verificou-se que, dentre os identificados como tendo valores alterados no momento da mensuração (29,0 % da amostra), mais da metade destes (55,0%) desconheciam completamente esta condição e 42,0% conheciam seu diagnóstico. Dentre os que sabiam serem portadores da patologia, alguns iniciaram o tratamento (48,0%), mas posteriormente o abandonaram e outros (40,0%) informaram no momento da coleta de dados que estavam realizando tratamento. Encontraram-se 12% de respondentes que não relataram qualquer tipo de tratamento para o agravo em questão (TAVARES, 2003).

Baseado nesses estudos e em outros como os de Beevers; MacGregor (2000), reconhecemos que grande parcela da população adulta brasileira desconhece sua condição de hipertensa e muitos dos que o sabem não fazem tratamento adequado. Beevers; MacGregor evidenciaram a chamada Regra das Metades: “a não ser que sejam feitos esforços especiais, somente metade de todas as pessoas hipertensas será diagnosticada e dos diagnosticados somente 10 a 15% receberão cuidados médicos adequados” (2000, p. 21).

Os mesmos autores destacam que as complicações da hipertensão arterial são múltiplas. Entre elas, as lesões dos vasos sanguíneos de pequeno e grande porte causadas pelo aumento da pressão arterial são muito comuns. Dentre as lesões, destacam-se a necrose hialina arteriolar, o espessamento arteriolar, a aterosclerose, a trombose intravascular e o aneurisma. Ainda como complicações geradas pela hipertensão

arterial, a lesão vascular de órgãos nobres é uma das ocorrências mais comuns quando a detecção precoce e o tratamento deste agravo não acontecem de forma adequada. Os órgãos mais atingidos, dentre outros, são coração, cérebro e rim, além dos vasos periféricos e da retina.

O Brasil tem um elevado custo social com a falta de controle da hipertensão arterial e suas manifestações. Agravando este problema por conta da não adesão ao tratamento, está a descontinuidade do fornecimento ou reposição da medicação nos serviços de atenção básica, palco de atendimento e inserção da maioria daqueles que conseguem acesso à assistência, ainda sem lesão de órgão-alvo. O prejuízo social torna-se maior na medida em que os gastos ocorrem, são elevados, mas não permitem o alcance das metas dos programas. Isto implica afirmar que os milhões de reais gastos anualmente pelo governo federal não resultam em qualquer impacto em curto, médio ou longo prazos. “Em outras palavras, o governo está desperdiçando verbas” (LESSA, 2006, p. 45).

É importante enfatizar que muitos fatores de risco para hipertensão arterial são modificáveis, o que tornaria a doença evitável para a maioria das ocorrências ou com alta probabilidade de controle, quando presente. Assim sendo, mesmo que não se consiga impedi-la em alguns casos, poderá este controle evitar grande parte das complicações e do seu impacto social nas populações, uma vez que, não raramente, o diagnóstico ocorre simultaneamente a desfecho que pode ser fatal ou que pode deixar sequelas permanentes, afirma Lessa (2006). Neste caso, a prevenção é um fator decisivo para garantir a qualidade de vida das pessoas, evitando hospitalização e os consequentes gastos, o que pode justificar um trabalho feito no nível básico de prevenção da doença e promoção da saúde (BASTOS, 2002).

Lessa (2006) mostra, em sua pesquisa, dados que ilustram parcialmente as repercussões da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. O impacto social negativo é percebido pelas elevadas proporções de casos em idades economicamente produtivas (20 a 64 anos). Não adesão, tratamento inadequado, diagnóstico de hipertensão arterial desconhecido e falta de acesso à assistência ou ao tratamento são as mais prováveis explicações. No Brasil, os custos hospitalares para hipertensos vinculados ao SUS, englobando conjuntamente hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca, dos 20 aos 64 anos de idade (época da aposentadoria por tempo de serviço), os óbitos e as internações por eventos cardiovasculares precoces e seus custos, alcançaram cifras de R\$ 645.963.613,40 no ano de 2005 (33,5% do total

anual). A autora ressalta que essas informações se aplicam apenas aos dados do SUS e de pessoas hospitalizadas pelo sistema, não apresentando informações para outras modalidades assistenciais e nem de óbitos de pessoas hipertensas não hospitalizadas.

2.2.2 Tratamento

Em relação ao tratamento, é importante salientar para a pessoa com hipertensão arterial que este é contínuo e não há prazo para seu término. Assim sendo, há necessidade de um processo educativo consistente com abordagens dos diferentes aspectos do viver com hipertensão. A inclusão de uma avaliação psicológica poderá contribuir para o sucesso terapêutico.

Além do tratamento medicamentoso, medidas chamadas de higieno-dietéticas são necessárias para complementar a terapêutica da pessoa com hipertensão. O objetivo do tratamento é promover um viver saudável, com manutenção dos níveis pressóricos adequados, levando-se em consideração a idade e a clínica. Entretanto, causando grande influência no tratamento dessas pessoas em condições crônicas de doença, está a rede de apoio social. Budó et al. (2009) chamam a atenção ao fato de que é necessário considerar esta influência no seio da comunidade, uma vez que este fator pode se traduzir num cuidado não profissional, centrado no próprio portador da doença e na sua rede de relações, o que para nós pode ser caracterizado como um cuidado proveniente da rede de apoio social.

Para níveis de hipertensão arterial estágio 1 (140 – 149 mmHg / 90 – 99 mmHg), não há necessidade da utilização de medicamentos, bastando a utilização das medidas higieno-dietéticas para o controle de tais valores pressóricos. Para os demais níveis de hipertensão arterial, será necessária a introdução de terapêutica medicamentosa, mas associada às medidas higieno-dietéticas, uma vez que ambas diminuem os valores pressóricos, além de reduzir a necessidade de medicação anti-hipertensiva, os fatores de risco e a incidência da hipertensão arterial na população. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), há necessidade de mudanças no estilo de vida que contribuem para a redução dos valores pressóricos, através da redução e controle de peso; redução na ingestão de sódio; realização de atividades físicas; redução ou abandono da ingestão de álcool; aumento da ingestão de potássio através de frutas e vegetais; suplemento de cálcio e

magnésio. Além disso, há necessidade de mudanças no estilo de vida que auxiliam o tratamento dos fatores de risco associados à hipertensão, através da redução ou eliminação do tabagismo; redução e controle do colesterol; controle de diabetes mellitus; reposição hormonal após a menopausa; controle do estresse oxidativo e psicológico.

Com relação à terapêutica farmacológica, as instituições públicas de saúde seguem as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o uso de diferentes medicamentos (BRASIL, 2010b). O uso de uma ou mais drogas sempre será baseado na clínica apresentada pela pessoa com hipertensão.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os portadores de agravos crônicos não transmissíveis fazem parte de um segmento populacional que se encontra inserido no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. A hipertensão arterial, um desses agravos, é importante fator de risco que tem relação com a etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e do Acidente Vascular Encefálico, além de estar relacionada com danos vasculares periféricos. A cada ano, contribuiu para o elevado número de óbitos entre a população. Esta multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas, o que a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida das pessoas.

O *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis*, estudo realizado nos anos 2002 e 2003, apresentou as estimativas da prevalência de vários fatores de risco em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal. O referido estudo tem representado a linha de base necessária à constituição do Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco para DANT, ação estratégica para o controle desses agravos. Os resultados desse estudo dão subsídios aos programas de prevenção primária e detecção precoce de DANT que vêm sendo conduzidos pelo Ministério da Saúde. Além do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, outros programas (Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Programa Viva Mulher; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Agita Brasil, entre outros), estão sendo viabilizados no sentido de direcioná-los ou redirecioná-los para grupos

mais vulneráveis e orientar o enfoque das políticas e ações educativas, legislativas e econômicas, hoje desenvolvidas, aumentando sua efetividade e eficiência. (BRASIL, 2004b).

Atualmente o Sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), é um sistema de vigilância que atua desde o ano de 2006. Foi implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O sistema monitora a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em nosso meio, descrevendo a evolução anual desses indicadores. Com isto, o Ministério da Saúde cumpre a tarefa de monitorar os principais determinantes das DCNT no Brasil, contribuindo na formulação de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2010a).

Consideramos como um dos principais desafios dos países em desenvolvimento a definição e a implementação de estratégias efetivas para a prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), entre elas a hipertensão arterial, uma vez que esses agravos passaram a predominar nas estatísticas de saúde, constituindo problemas emergentes nos países em desenvolvimento e nos grupos sociais menos privilegiados. Pelo fato de o perfil epidemiológico no Brasil ter-se modificado, ao longo das décadas, as transições para os agravos não transmissíveis resultaram em elevados gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação pelo SUS. Assim sendo, sabemos que ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são capazes de reduzir a mortalidade, melhorar o prognóstico e qualidade de vida da população afetada. Isto representa uma relação custo/benefício muito favorável. O planejamento e implementação de políticas de saúde, como ação estratégica e indispensável nesta área, requerem a estruturação de sistemas de vigilância de fatores de risco. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) está envolvida no esforço de priorizar a vigilância das doenças não transmissíveis, com foco nos principais fatores de risco, dentre eles, a hipertensão arterial e outros como o tabagismo, a alimentação inadequada, a obesidade, o sedentarismo, entre outros (BRASIL, 2004b).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias ações programáticas que têm por objetivo prevenir e controlar os agravos não transmissíveis. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus é um exemplo dessas ações. Este tem como propósito vincular as pessoas portadoras de tais agravos às unidades de saúde, onde é garantido o acompanhamento e tratamento

sistemático. Ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços fazem parte deste propósito. Assim sendo, o objetivo do Plano é instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que estes promovam ações de prevenção primária (redução e controle de fatores de risco); identificar, cadastrar e vincular às equipes de atenção básica as pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; implantar na atenção básica o protocolo de assistência a essas pessoas; garantir-lhes o acesso aos medicamentos incluídos no elenco mínimo definido pelo Ministério da Saúde; e realizar ações de vigilância epidemiológica para o monitoramento sistemático da ocorrência dessas doenças, dentre outros objetivos. O referido Plano foi definido pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em parcerias com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS), Organização Pan-Americana (OPAS) e sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes, além de federações nacionais de portadores de hipertensão e diabetes. Ações de implantação deste plano incluíram a realização da “Campanha Nacional de Detecção da Hipertensão Arterial (CNDHA)” que, apesar da baixa adesão e cobertura, foi capaz de mobilizar a população, identificar casos suspeitos e estimular a confirmação diagnóstica (BRASIL, 2004a).

Sabemos que o rastreamento da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce, é fundamental para contribuir com a saúde da população. Além disso, a ênfase no controle da hipertensão arterial, associada a outros fatores de risco, vem sendo preconizada. Identificados esses fatores de risco, quantificada sua magnitude e estabelecida sua distribuição pela população, o desafio é desenvolver e avaliar ações de controle desse agravo, associados à manutenção dos indivíduos ao tratamento oferecido pelas instituições.

Quanto ao tratamento farmacológico, no ano de 2002, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 371/GM, instituindo o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, no qual o tratamento gratuito é garantido aos pacientes portadores desses agravos. O programa é financiado pela União, Estados e Municípios e tem como objetivos, dentre outros, os seguintes: ofertar de maneira contínua, para a rede básica de saúde, os medicamentos para hipertensão arterial que são definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, tais como a hidroclorotiazida 25 mg, o propranolol 40 mg e o captopril 25 mg;

também acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas as doenças relacionadas (hipertensão arterial e diabetes mellitus), decorrentes da implementação do Programa Nacional. A Portaria também define as responsabilidades de cada um dos seus executores (BRASIL, 2002b).

Junto com as políticas públicas de saúde, entretanto, há de pensarmos sempre em um processo de formação de mentalidades, de consciência comprometida com a mais justa aplicação dos benefícios e recursos disponíveis. Outro fator importante no uso adequado desses recursos nas políticas públicas é a abrangência dos benefícios gerados, assim sendo, é fator fundamental, segundo Lucchese et al. (2004, p. 4), “uma transformação qualitativa dos processos de gestão”, tanto para a efetividade das políticas públicas, como também no sentido de alcançar os objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social, tais como “reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde cada vez mais evidenciadas nos processos simultâneos de globalização e descentralização”.

No que se refere aos aspectos educacionais das políticas públicas para hipertensão arterial, considerar a educação permanente é parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para a qualificação destes. A intenção resultará em atendimento de qualidade às pessoas, estimulando a participação ativa destas em todos os aspectos do tratamento. Certamente que a adesão ao tratamento terá mais estímulo, gerando resultados satisfatórios e mudando o cenário atual. Entretanto, para que aumente a possibilidade da ocorrência desses resultados, as redes sociais e o apoio social promovido certamente podem ser importantes aliados no estabelecimento de vínculos necessários entre aqueles que promovem as políticas públicas e os que são alvo das mesmas.

2.4 REDES SOCIAIS E APOIO SOCIAL

Embora atualmente já aconteça um número maior de pesquisas que abordam rede social e apoio social, a conceituação ainda carece de um forte consenso. Os principais conceitos utilizados são de caráter social. No entanto, a literatura inclui diversos conceitos relacionados, como por exemplo, relações sociais, integração social, participação social e ancoragem social (DUE et al., 1999). As relações grupais são definidas como formas fundamentais de relacionamento interpessoal,

dada sua importância nos diversos aspectos que podem ser atendidos por tais relações.

O ser humano, desde há muito tempo, sente necessidade de se relacionar. Isto faz parte de seu cotidiano. Mesmo no auge do individualismo, muitos sentem necessidade de estar perto de outras pessoas e de poder usufruir desta relação dinâmica e colaborar com ela. Nessas relações existe todo um processo de adaptação em que inúmeros recursos são utilizados para que as pessoas consigam, de forma racional, estabelecer vínculos que sustentem tais relações. Podemos referir as redes sociais, então, como sendo um dos recursos utilizados.

O debate a respeito de redes sociais e apoio social ocorreu intensamente nos Estados Unidos, na década 80, por conta da crise de saúde pública instalada no período. Aqui no Brasil, esse debate se deu por conta da globalização (VALLA, 1999). Acreditamos que, em decorrência disso, a necessidade das redes sociais e do apoio que elas oferecem está relacionada tanto ao sentido da busca pela resolução de problemas de ordens econômicas e sociais, quanto pela necessidade de manter relacionamentos que promovam bem-estar emocional. A necessidade de conviver com outras pessoas e/ou grupos, inerente ao ser humano, é o que determina as relações nas redes de apoio social.

Inúmeras são as definições sobre redes sociais. Para Silva (2006), redes sociais são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas em comum. Para Griep et al. (2003), rede social é a estrutura social através da qual o apoio é fornecido. Bullock (2004) conceitua rede social se referindo à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo e exemplifica essa dimensão como sendo a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o sistema escolar, dentre outros. Marteleto (2001) também propõe uma definição em que as redes sociais podem ser compreendidas como um sistema de nós (qualquer ponto terminal de qualquer ramo da rede, ou a junção de dois ramos quaisquer) e elos; uma estrutura onde não existem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se configura na forma de uma árvore ou uma rede. Neste sentido, a rede social passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de objetivos comuns.

Meirelles (2004), em sua definição de redes sociais, descreve-as como sendo um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma finalidade específica e se interconectam por meio de linhas de ação, ações integradas ou conjuntos de ação. Seus pontos podem ser formados por pessoas, grupos e instituições governamentais ou não. A autora

considera ainda que as redes sejam abertas e dinâmicas a partir do entendimento de que, juntos, visam alcançar uma transformação e se propõem a apoiar-se reciprocamente na realização dos objetivos.

De forma mais específica ou microscópica, como descreve Sluzki (1997), a rede social, definida como rede social pessoal, é a soma de todas as relações percebidas como significativas para as pessoas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede é considerada pelo autor como o nicho interpessoal da pessoa contribuindo para seu próprio reconhecimento como tal e para sua autoimagem.

É interessante notar que as definições de redes sociais ora se referem às estruturas maiores, ora se referem aos relacionamentos mais pessoais, mas, ao considerar tais conceitos a respeito de redes sociais, ressaltamos o que há de comum entre eles, que são exatamente algumas características desta junção de pessoas, grupos ou instituições como redes sociais: a forma democrática e participativa de indivíduos ou grupos, objetivos comuns que os sustentam, interconexão por meio de ações e a dinâmica nessas relações.

Podemos definir rede de várias maneiras, porém para Meirelles (2004), “mais importante que definir é entendê-la como uma proposta democrática de realização do trabalho coletivo e de circulação do fluxo de informações, elementos essenciais para o processo cotidiano de transformação social”.

Falar de rede não é falar somente de pessoas, de grupos ou de instituições, mas de outro jeito de se organizar, atuar, formar parcerias e alianças. O processo é dinâmico, o que dá ideia de movimento. Rede social passou a ser outra maneira de responder às necessidades de transformação da vida. É uma forma de se organizar sem hierarquia – horizontal, autônoma, conectada, participativa, colaborativa, cooperativa e democrática. Não há delegação de poder, nem representação e não há quem fale por ela individualmente. É uma estratégia para mudar modelos mentais, pois são espaços para experimentação e aprendizagem (ibidem).

As ilustrações a seguir (Figura nº 1) ajudam a visualizar a diferença entre o modelo hierarquizado e as organizações horizontais, naturais e orgânicas de uma rede.

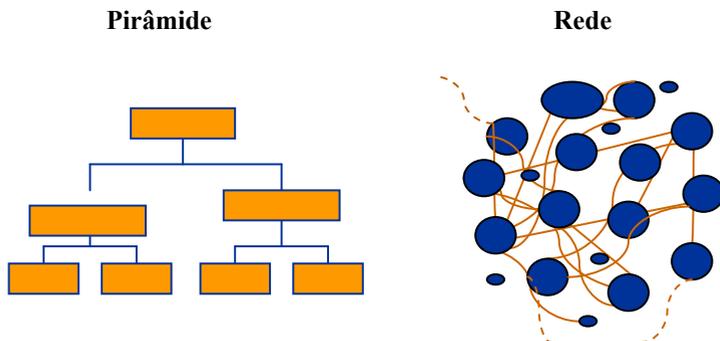


Figura 1: Modelos de redes sociais

Fonte: Cássio Martinho⁶

Acreditamos que, quando se fala em rede social, inevitavelmente se fala também de apoio social, como produto das relações das redes, uma vez que são intrinsecamente relacionados.

Apoio social diz respeito ao aspecto funcional ou qualitativo da rede social. Consiste em ter alguém com quem se possa contar para receber ajuda material, emocional ou afetiva. Valla (1999) traz definição semelhante, porém acrescentando que este é um processo recíproco que acontece entre grupos e/ou pessoas através de contatos sistemáticos entre si e que resulta em efeitos emocionais e comportamentais positivos, sendo, portanto, uma troca que gera efeitos positivos tanto para quem oferece quanto para quem recebe apoio, sendo, nesse aspecto, ambas as partes beneficiadas.

Com base nas definições de alguns autores, retornamos aos conceitos de redes sociais para compreendê-los em termos de características estruturais ou dimensões de uma rede social. Quanto ao apoio social, é importante compreender também como são conceituados enquanto funções das redes e dos atributos de cada vínculo. Para apresentar essas características, utilizaremos como base os estudos de Sluzki (1997), autor considerado referência no estudo de redes, que, ao discorrer sobre as redes sociais pessoais em terapias familiares, apresenta uma série de definições. Tais definições são semelhantes àquelas apresentadas por Thoits (1995) e Due et al. (1999).

⁶ Martinho, Cássio. “Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização”, WWF-Brasil, 2003. Disponível em <http://www.wwf.org.br/informacoes/bliblioteca/?3960>. Acessado em 30 de abril de 2008.

As características estruturais ou dimensões das redes sociais são tamanho, densidade, composição (distribuição), dispersão (dispersão geográfica), homogeneidade/heterogeneidade. Quanto aos tipos de funções ou tipos de intercâmbio interpessoal entre os membros da rede, o apoio social se caracteriza por companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

* Quanto à Estrutura das Redes Sociais:

Tamanho: equivale ao número de pessoas na rede. Acredita-se que aquelas de médio porte são mais efetivas do que as redes muito numerosas. As redes mínimas, ao contrário, podem ser menos efetivas ou serem penalizadas com a sobrecarga de atividades, principalmente quando envolve o cuidado às pessoas com doenças crônicas incapacitantes. O risco da inatividade das redes numerosas se dá pelo fato de que quase sempre seus integrantes acreditam que outros já resolveram ou fizeram as atividades necessárias. A redução do tamanho das redes, principalmente relacionada aos idosos, acontece pelas migrações, relocações, morte de seus pares e por falta de renovação.

Densidade: pode ser chamada também de integração dos contatos. Significa conexão entre membros, ligações com pessoas próximas, sendo que estas se comunicam entre si e não somente com o 'informante'. Um nível médio de densidade favorece a efetividade da rede, permitindo a identificação de impressões ou situações pelas quais passa aquele que é alvo da rede, como depressão, por exemplo. Já um nível de densidade muito elevado favorece a pressão para adaptação da pessoa ao grupo, bem como em qualquer desvio individual persistente, como doenças crônicas, por exemplo, favorece a exclusão da rede pela afetividade mais baixa que pode existir neste grupo dado ao número excessivo de pessoas. O autor, entretanto, considera que a dimensão de densidade, como critério para análise de redes sociais, deve ser avaliada com mais rigor e complementada por análises mais qualitativas.

Composição ou distribuição: significa que proporção do total de membros da rede está em contato permanente e mais intenso com o 'informante'. As redes muito localizadas são menos flexíveis e efetivas. Dessa forma, existem pessoas cuja rede significativa se concentra na família, e nesta, em apenas alguns de seus componentes. Mesmo sendo menos efetivas, por vezes apresentam mais reação se comparadas às redes amplas e homogêneas como religiões, seitas ou outras semelhantes, que mostram mais inércia e, portanto, menos capacidade de reagirem em favor das pessoas.

Dispersão ou dispersão geográfica: pode ser chamada também de acessibilidade de acesso ou contato para gerar comportamentos afetivos. Significa a distância entre os membros da rede, o que conseqüentemente afeta a facilidade de acesso à pessoa, bem como desta aos serviços de saúde, por exemplo. Afeta também a sensibilidade da rede às variações da pessoa quanto à eficácia e velocidade das respostas quando em situações de crise. Assim sendo, quanto maior a proximidade, maior a possibilidade de contatos. Atualmente a internet trouxe novas possibilidades de acesso às redes.

Homogeneidade ou heterogeneidade: esta característica das redes se refere aos aspectos demográficos e socioculturais, como idade, sexo, cultura vivenciada e nível socioeconômico, podendo evidenciar o grau de semelhança entre as pessoas ou entre as redes, baseadas em tais aspectos. É importante ser considerada quando estiverem sendo estudadas repercussões epidemiológicas relacionadas às doenças.

* Segundo os Tipos de Apoio Social ou funções da rede:

Companhia social: Também chamada de interação social positiva, diz respeito à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar junto com outras pessoas com quem seja possível se divertir ou relaxar.

Apoio emocional: diz respeito a intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de simpatia, compreensão, empatia, estímulo e apoio entre as pessoas que participam da rede. Ter apoio emocional é poder contar com a resposta emocional e a boa vontade do outro. Esta função é característica das relações mais íntimas como as amizades, as relações familiares próximas.

Guia cognitivo e de conselhos: Também são chamados de apoio informacional ou informativo. São interações destinadas a compartilhar as informações pessoais e ainda sociais, como aconselhamentos, sugestões ou orientações, dentre outras. Esclarecer expectativas e ainda proporcionar modelos de papéis estão entre os atributos que podem ser usados para lidar com problemas e sua resolução.

Regulação ou controle social: são interações que controlam responsabilidades e papéis a serem desempenhados na sociedade; neutralizam os desvios de comportamento que se afastam do que é esperado pela coletividade. Também podem ser utilizados para dissipar a frustração e a violência, provendo a resolução de conflitos.

Ajuda material ou de serviço: refere-se aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais e transporte; ajuda para trabalhos como limpeza de casa, preparação de refeição; ajuda

financeira. Pode-se dizer ainda que são colaborações específicas com base em conhecimento de profissionais, dentre esses os profissionais de saúde.

Acesso a novos contatos: diz respeito aos novos contatos ou novas conexões com pessoas e redes que ainda não fazem parte da rede social pessoal.

Mesmo ainda não havendo consenso entre aqueles que definem redes sociais e apoio social, parece-nos que todos caminham em direções semelhantes quando deixam bem claro que as relações pessoais são o centro de todas essas funções, uma vez que o apoio se refere à organização das relações das pessoas umas às outras, ao número de relações ou papéis sociais que têm as pessoas, à frequência de seu contato com os membros de diversas redes, à densidade e à variedade das relações entre as redes-membros, enfim, são as relações existentes que permitem essa diversidade de conceitos e aspectos.

Cada pessoa ou vínculo pode desempenhar uma ou várias funções nas redes, o que pode acontecer nas relações íntimas familiares e de amizades. Essas podem atingir simultaneamente um número importante de funções, muitas das quais, por sua riqueza e complexidade, superam essas aqui conceituadas (SLUZKI, 1997).

Fortes evidências apontam que redes sociais pessoais que mantenham características como sensibilidade, estabilidade, confiança e elevada atividade protegeria a pessoa contra doenças por oferecer apoio necessário, inclusive na utilização dos serviços de saúde, o que poderia acelerar os processos de cura, aumentar a sobrevivência e gerar saúde. Evidências contrárias também existem quando a presença de doenças numa pessoa, especialmente doenças incapacitantes, deterioram a qualidade da interação social da pessoa e, ao longo prazo, reduzem o número de integrantes da rede, diminuindo assim a possibilidade do acesso e integração da própria pessoa à rede, o que, para o autor, poderia trazer um impacto negativo sobre a saúde desta. Tais situações Sluzki (1997) denomina de círculos virtuosos e círculos viciosos, respectivamente. Nos círculos virtuosos, a presença da rede protegeria a saúde da pessoa, situação que mantém a rede social. Nos círculos viciosos, onde a presença da doença ou uma deficiência da pessoa afeta de forma negativa a rede, esta poderia se deteriorar, trazendo um impacto negativo sobre a saúde da pessoa. Isto significa que “independentemente de outras variáveis, as pessoas menos integradas socialmente têm maior probabilidade de morrer” ou, para não usar termos tão dramáticos, Sluzki afirma que “existe uma correlação direta entre qualidade da rede social e qualidade da saúde” (1997, p. 68).

O que Sluzki apresenta pode ser sustentado pela afirmação de Andrade; Vaitsman (2002) de que o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, sendo este potencializado quando uma rede social é forte e integrada, o que poderia resultar em efetivas formas de apoio.

2.5 REDES SOCIAIS E SAÚDE

A rede de apoio social tem sua importância nos múltiplos aspectos que circundam as pessoas em seus vários contextos, entre eles o da saúde. Para atender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, Meirelles; Erdmann (2006) consideram importante uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais existentes entre as pessoas portadoras dos agravos à saúde, os profissionais de saúde e os membros da comunidade. É básico considerar que o estado de “enfermidade/doença” é determinado pela experiência subjetiva dessas pessoas e dos membros da comunidade em sobreposição aos aspectos clínicos e físicos percebidos. Para tanto, é necessário considerar tanto esses aspectos pessoais como os comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas redes de apoio para o enfrentamento de múltiplas situações.

A relevância das redes sociais para as pessoas que estão vivenciando situações de saúde e doença é reconhecida, inclusive em situações mais drásticas como as relacionadas ao suicídio entre os diversos grupos sociais. Alguns estudos mostram a importância das relações sociais e os resultados da inconsistência dessa relação na vida das pessoas.

Griep et al. (2003), ao discutir as relações sociais entre as redes em saúde, informam que esta associação foi primeiramente descrita pelo filósofo e sociólogo Émile Durkheim, que demonstrou aumento do risco de suicídios entre pessoas socialmente isoladas, evidenciando que as relações sociais exercem uma função protetora frente aos obstáculos que o cotidiano apresenta. Sluzki (1997, p. 68) cita esse mesmo estudo como exemplo para suas considerações a respeito dos círculos viciosos, considerando-o como “provavelmente a primeira evidência incontestável sobre a correlação fornecida por uma pesquisa que abriu as portas da sociologia empírica”.

Souza et al. (2002), estudando a violência entre adolescentes no Brasil, nos anos de 1978 a 1998, mostraram que a taxa de suicídio neste

grupo etário foi elevada. Cidades como Curitiba, Porto Alegre e Belém apresentaram as maiores taxas por 100.000 habitantes, sendo 8,6, 10,4 e 11,8, respectivamente, ficando Belém como tendo apresentado o maior número de casos no período em estudo. Como causas para a ocorrência dos suicídios nessas capitais, consideraram-se fatores socioculturais específicos como baixo nível educacional, oportunidades limitadas do trabalho, pobreza e risco da violência doméstica, entre outras. Tais fatores socioeconômicos, políticos e culturais originam sentimentos de desespero e da falta da esperança para o futuro. É importante, segundo as autoras, considerar como esses fatores macrossociais agem no consciente e no aspecto subjetivo de nossos adolescentes. Também se devem considerar as influências genéticas e fatores psicológicos individuais, uma vez que nem todos que estão nas mesmas condições agiram da mesma forma, dando fim às suas vidas.

Griep et al. (2003) mostram resultados de estudos epidemiológicos mais recentes de associações consistentes entre baixos escores de rede social e maiores taxas de mortalidade por doença coronariana, acidente vascular cerebral e neoplasias malignas. Além disso, sugerem que o fato de as pessoas estarem envolvidas em uma rede social de apoio está associado ao aumento da sobrevida após diagnósticos de doenças cardíacas, câncer e acidente vascular cerebral, entre outros agravos.

No que se refere às doenças crônicas, Silva (2007) afirma que, através da rede social, é possível promover o suporte necessário para capacitar pessoas a viverem independentemente. Essa possibilidade pode constituir uma alternativa efetiva em termos de custos decorrentes de constantes internações e/ou necessidades de intervenções em consequência de complicações.

A mesma autora informa que as redes sociais de apoio às pessoas com doenças crônicas no Brasil parecem ser ainda incipientes, numa perspectiva mais formal. A própria pessoa com doença crônica é o elo que mobiliza diferentes pessoas e instituições, que de maneira não integrada apoiam esses indivíduos de diversas formas. Tais redes têm um papel determinante como mediadoras e facilitadoras no início e nos passos subsequentes da busca de ajuda, uma vez que seus membros proporcionam apoio contínuo aos indivíduos para aderir ao tratamento até a sua recuperação, ou controle da doença, que é o caso dos portadores de doenças crônico-degenerativas (SILVA, 2007).

Meneses; Ribeiro (2000), ao discutirem aspectos sobre como uma pessoa pode ser saudável sendo portadora de uma doença crônica, consideram que esta condição pode, ou não, ser acompanhada por uma

sensação de doença (esfera psicossocial em destaque) e comportamento de doente (consideram a designação social que implica em direitos e deveres). Para tanto, é possível implementar determinadas ações, visando anular ou diminuir o impacto da doença sobre a pessoa. Este tipo de prevenção varia de doença para doença, já que cada uma exige diferentes modos de ação. Entretanto, no que se referem às redes sociais de apoio, os referidos autores afirmam que as cognições e afetos relativos à condição da pessoa, capacidades, limitações e cuidados inerentes são passos importantes na gestão dessas redes.

A intervenção das redes dirige-se: a) à melhoria da utilização do apoio existente; b) ao desenvolvimento e manutenção das redes sociais de apoio; c) à oferta, elicitação e aceitação de comportamentos de apoio; e d) à alteração das avaliações da rede ou do apoio. Considerando a articulação entre os elos existentes, é possível à pessoa com doença crônica obter melhores benefícios que contribuirão para um viver saudável em seu cotidiano, sempre percebendo que condições físicas, emocionais e familiares, assim como história de vida, podem interferir no enfrentamento da doença (ibidem).

O outro foco importante dentro do contexto de redes sociais é considerar de onde parte o apoio oferecido e como este outro elo da rede se percebe ao realizar as ações necessárias ao apoio. Budó et al. (2009) consideram que as pessoas com doenças crônicas se encontram imersas numa rede social que pode proporcionar um cuidado fundamental, por essa razão é necessário, realmente, considerar as singularidades e complexidades dos contextos.

Estudos de Biffi; Mamede (2004) identificaram os tipos de apoio que são oferecidos pelos parceiros sexuais de mulheres com câncer de mama tais como afeto, compreensão da situação vivenciada por elas, mesmo que de forma silenciosa, incentivo às estratégias de autocuidado e auxílio nos afazeres domésticos. Verificaram também que, através do apoio oferecido, os parceiros se perceberam como importantes elementos de suporte social para elas. Quanto às dificuldades encontradas, estavam relacionadas à esfera sexual, aos canais de comunicação, à sensação de impotência e insegurança para lidar com as implicações do diagnóstico e reorganizar as atividades domésticas. Segundo os autores, fica evidente que, para compreender como os parceiros sexuais, mesmo apresentando dificuldades, apreciam e oferecem apoio, é necessário analisar a lógica das dificuldades encontradas por eles ou a lógica do apoio oferecido combinando as três dimensões: o apoio esperado, o apoio recebido e a relação do parceiro com a doença da esposa. Todo esse contexto de aspectos positivos é

importante e contribui para um viver saudável da pessoa com doença crônica.

A revisão de literatura permitiu mostrar os aspectos tanto epidemiológicos quanto clínicos e sociais que envolvem a hipertensão arterial, englobando as produções nacionais e algumas internacionais. Dado ao volume extenso da literatura produzida nas últimas duas décadas sobre os temas pertinentes, não cabe e tampouco pretendemos dizer que aqui se esgotaram as discussões sobre o tema. A relação entre hipertensão arterial e o apoio social ainda produzirá diversidades de discussões em vista dos inúmeros aspectos que envolvem o tema.

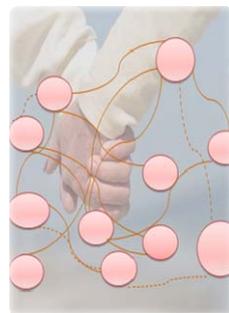
Mesmo na diversidade de autores, de pesquisas e de temas relacionados ao assunto, ainda notamos uma predominância dos estudos que mostram a prevalência da doença, envolvendo principalmente aspectos epidemiológicos. Os métodos predominantes também ainda são os de caráter quantitativos, entretanto, podemos afirmar que as pesquisas qualitativas também já têm uma frequência capaz de sustentar algumas discussões sobre o assunto em questão, mesmo que em intensidade menor, o que poderia ser apontado como uma lacuna que precisa ser atendida, uma vez que não é mais motivo de dúvidas que a hipertensão arterial tem suas origens também nos aspectos sociais vivenciados no dia a dia das pessoas, bem como relacionados aos processos de interação que acontecem nos cenários experimentados por cada pessoa que vivencia a cronicidade desta doença. Cabe enfatizar que nessa experiência vivida é que surgem as possibilidades de formação de redes de apoio que podem ser talvez uma das mais viáveis opções, dentre outras, para ajudar no tratamento das pessoas com hipertensão arterial.

3 O MÉTODO

A eleição do método de investigação depende basicamente da natureza do problema que se investiga. Esse é um dos primeiros desafios com que se depara o pesquisador. A ciência exige método e a sua escolha não é um ato de plena liberalidade. O caráter do fenômeno a ser estudado impõe por si limites ao pesquisador (MELLO, 2005, p. 8).

Considerando o caráter interativo do Objeto de estudo ao escolher o método para esta pesquisa, optamos pelo uso da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) que, para Falcon (2007), é uma teoria indutiva e dedutiva baseada na análise sistemática dos dados, cuja intenção é desenvolver uma teoria sobre um fenômeno, trazendo conhecimentos à área do fenômeno estudado. “Uma teoria geralmente é mais do que um conjunto de resultados; ela oferece uma explicação sobre os fenômenos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 35).

Através de métodos variados de coletas de dados, reúne-se um volume de informações sobre o fenômeno observado. Comparando-as, codificando-as, extraindo as regularidades, dissonâncias, enfim, seguindo detalhadas etapas de extração de sentido destas informações coletadas, o pesquisador apresenta uma teoria que emergiu desta análise rigorosa e sistemática, razão pela qual a metodologia intitula-se Teoria Fundamentada nos Dados – TFD – (*Grounded Theory* = teoria apoiada, fundamentada, sustentada pelos dados). O método empregado compreende um conjunto de procedimentos que tem como ponto principal a Análise Comparativa, processo central para a construção da teoria (ibidem).



3.1 A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS – *GROUNDED THEORY*

Essa abordagem foi idealizada pelos sociólogos americanos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, nos Estados Unidos, no início dos anos de 1960. Atuando como professores de sociologia da Universidade de São Francisco, na Califórnia, uniram suas experiências para desenvolver técnicas para a análise de dados qualitativos, quando resolveram estudar o processo da morte em hospitais, mesmo tendo cada um se originado de tradições filosóficas diferentes. Strauss já tinha uma forte tradição na pesquisa qualitativa, enquanto Glaser era influenciado por métodos quantitativos. Strauss contribuiu com o entendimento de que é necessário o pesquisador sair a campo para descobrir de fato o que está acontecendo; considerar a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas, assim como a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas, dentre outras contribuições. Glaser traz para o método a necessidade de fazer comparações entre os dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Teoria Fundamentada nos Dados não necessita de uma base epistemológica para justificar seu uso. É um método abrangente, baseado num modelo que pode utilizar diversas perspectivas teóricas, desde que pertinentes ao tema em estudo. Glaser (1978) esclarece que a Teoria Fundamentada nos Dados não está vinculada a nenhum marco teórico ou escola de pensamento que limite a possibilidade da emergência de uma teoria sustentada em dados oriundos da pesquisa.

A Teoria Fundamentada nos Dados possui alguns atributos, dentre eles o da adaptabilidade. Isto quer dizer que as categorias devem ser emergentes, não forçadas, ou seja, devem ser a expressão abstrata dos dados. Outro atributo é o da funcionalidade. Este implica ser a teoria significativamente relevante e capaz de explicar, prever e interpretar o fenômeno estudado. Como último atributo, a capacidade de modificação da teoria à medida que surgem novos dados. Considera importante readaptar constantemente as categorias aos dados no desenrolar da pesquisa. As categorias pré-existentes podem adaptar-se aos dados, entretanto o papel do pesquisador é desenvolver uma “adaptação emergente” entre os dados e categorias pré-existentes, garantindo que estas continuem funcionais (ibidem).

Elemento essencial no processo de construção da teoria é a Amostragem Teórica. Strauss; Corbin (2008, p.195) determinam um

conceito para este tipo de amostragem característico da Teoria Fundamentada nos Dados:

É a coleta de dados conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de ‘fazer comparações’ cujo objetivo é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas as categorias em termos de suas propriedades e suas dimensões.

Na Amostragem Teórica, não existe a pré-determinação da composição da amostra como nos outros métodos de pesquisa. Esta surgirá na medida em que os dados são coletados e, por fim, será definida no processo a partir da indicação daqueles que integram a amostra inicial escolhida pelo pesquisador, caracterizada por Draucker et al. (2007), como amostragem seletiva.

Na Teoria Fundamentada nos Dados, é necessário compreender como se elabora a teoria, para tanto se utiliza a estratégia metodológica conhecida como Análise Comparativa ou *comparação constante*. Este procedimento é utilizado inicialmente para gerar as categorias e aperfeiçoar, teoricamente, categorias relevantes. Essas categorias escolhidas a partir dos dados coletados são constante e repetidamente comparadas aos dados obtidos no início da coleta, de modo que é perfeitamente possível determinar os elementos comuns e as variações. Strauss; Corbin (2008) chamam esta análise de **microanálise dos dados**, que pode ser aplicado em análises de palavras, frases, parágrafos ou linhas. Caracteriza-se por ser de fluxo livre e criativo, diferente de processos estruturados, estáticos ou rígidos de outros métodos de pesquisa.

Os procedimentos de codificação envolvem o desmembramento do todo em suas partes, a análise, a comparação e a categorização dos dados. Os tipos de codificação são três: **aberta, axial e seletiva** descritas a seguir baseado em Strauss; Corbin (2008).

► **Codificação Aberta:** é o primeiro passo no processo de análise, por meio do qual os conceitos (blocos de construção da teoria) são identificados e suas propriedades (as características de uma categoria; aquilo que define e dá significado às mesmas) e dimensões (abrangência; âmbito ao longo do qual as propriedades gerais de uma categoria variam, dando especificação à categoria e variação à teoria) são descobertas nos dados. Operacionalmente, o pesquisador separa,

examina, compara e, principalmente, conceitualiza os dados. Durante este processo de separação dos dados brutos (os textos), o intuito é o de encontrar similaridades e diferenças que permitirão uma boa discriminação e diferenciação entre as categorias criadas posteriormente.

Para cada incidente, evento, objeto e ação-interação ou ideia é dado um nome, formando os códigos conceituais ou conceituação, que é a representação abstrata de um fato identificado como importante nos dados. Estes são agrupados e formam conceitos mais abstratos que são as categorias, ou seja, os conceitos que representam os fenômenos. Para cada categoria serão atribuídas inúmeras subcategorias que são os conceitos que pertencem às categorias e que tem como função dar especificação à categoria e variação à teoria; respondem a questões sobre o fenômeno, dando um maior poder explanatório ao conceito. As subcategorias concentram informações do tipo quando, onde, por que e como um fenômeno tende a ocorrer. Tais quais as categorias, estas também têm propriedades e dimensões.

► **Codificação axial:** é o processo de relacionar as categorias formadas às subcategorias por um conjunto de procedimentos pelos quais os dados são agrupados de novas maneiras através de conexões entre as categorias. Esta codificação é chamada de axial porque gira em torno do eixo de uma categoria, associando-as de acordo com suas propriedades e dimensões. Tem como objetivo reagrupar os dados que foram separados na codificação aberta.

Para facilitar as relações entre as categorias, é útil ter um esquema que possa ser utilizado para classificar e organizar as conexões emergentes, o que os autores chamam de *paradigma*, cujos componentes básicos envolvem a condição causal, o fenômeno, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências.

Condição causal: aqui se caracterizam como eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno.

Fenômeno: consiste na ideia central, evento, incidente ou acontecimento sobre o qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas.

Contexto: é um dos elementos do modelo que representa o conjunto específico de condições no qual as estratégias de ação/interação são tomadas.

Condições intervenientes: são situações que facilitam ou restringem as estratégias tomadas dentro de um contexto específico.

Estratégias de ação / interação: são estratégias planejadas para conduzir, lidar, realizar e responder a um fenômeno sob um conjunto específico de condições percebidas.

Consequências: são os resultados do processo de interação. Elas podem ser atuais ou potenciais, acontecem no presente ou no futuro. As consequências de um conjunto de ações podem se tornar parte das condições, afetando o próximo conjunto de ações e interações.

► **Codificação seletiva:** consiste no processo de integrar e refinar as categorias para selecionar a categoria central. A categoria central é o fenômeno, ao redor do qual todas as outras categorias estão integradas. A tarefa é integrá-las para formar a teoria fundamentada nos próprios dados. É um nível mais abstrato de análise do que a codificação axial. Descobrir a categoria central, ou seja, aquela que representa o tema principal da pesquisa, o fenômeno central, significa sintetizar a história construída. São os dados transformando-se em teoria que, a partir daí, será capaz de explicar diferenças e semelhanças encontradas nas experiências.

“Observar a teoria se desenvolvendo é um processo fascinante”, afirmam Strauss; Corbin (2008, p. 143). Este não acontece naturalmente e nem aparece de forma mágica. É um processo contínuo que ocorre com o tempo.

A categoria central deve ter a capacidade de reunir todas as outras categorias para formar uma explanação. A este atributo dá-se o nome de poder analítico. Ela pode surgir a partir das categorias já existentes ou da criação do pesquisador ao elaborar uma frase ou termo mais abstratos, mas que consigam englobar todas elas.

Para facilitar a identificação da categoria central e a integração de conceitos, é necessário lançar mão de recursos como a redação de um enredo, o uso de diagramas, a revisão organizada de memorandos (comentários a respeito dos códigos ou a partir destes, que podem ser manuscrito ou em software), dentre outros recursos.

Outro momento fundamental nesta teoria é entender as categorias e como elas surgem. Para Mello (2005), categorias são elementos de uma teoria que se relacionam sistematicamente. São conceitos que representam fenômenos. Categorias não são os dados, mas foram indicadas pelos dados, são por si os elementos conceituais da teoria. As propriedades, por sua vez, são aspectos conceituais ou elementos referentes a uma categoria.

Para Gomes (2005), as categorias surgem a partir da visão e da compreensão do fenômeno, na perspectiva dos participantes do estudo,

sabendo-se que são derivados de suas interações sociais.

O pesquisador é quem vai escolher o nome das categorias. Nomear as categorias é considerado uma das etapas mais difíceis, e as denominações de algumas podem sofrer várias modificações no decorrer da análise, até que elas realmente representem o significado dos códigos que agrupam. “O importante é lembrar que, uma vez que os conceitos comecem a se acumular, o analista deve começar o processo de agrupá-los ou de categorizá-los sob termos explicativos mais abstratos, ou seja, categorias” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 115).

Como toda a teoria, a Teoria Fundamentada nos Dados tem também seus pressupostos. De acordo com Glaser; Strauss (1967), são os seguintes:

a) Toda a experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução. A consideração deste pressuposto é de vital importância para que se consiga entender e realizar as modificações da teoria à medida que surgem novos dados e a readaptação constantemente das categorias aos dados no desenrolar da pesquisa;

b) a construção da teoria inclui abordagem dedutiva e indutiva. Este pressuposto revela características da teoria que são a particularidade e a generalidade, quando possibilita originar processos dedutivos e indutivos na sua elaboração. Mostra as características de um processo dinâmico e não estático; e

c) devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si, ao longo do estudo, e darão origem aos conceitos da amostragem. Este pressuposto é uma condição básica em todo o processo de elaboração da teoria. Na realidade, é o ponto central no processo metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, uma vez que dos grupos amostrais é que sairão as mais variadas categorias, os processos dedutivos e indutivos, os conceitos, os significados, enfim, o modelo teórico para a explicação do fenômeno estudado.

3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi a Unidade Municipal de Saúde (UMS) Satélite. A partir da identificação das pessoas com hipertensão arterial nesta Unidade de Saúde, outros cenários, como os domicílios, foram utilizados para a realização de entrevistas.

A UMS Satélite, inaugurada no ano de 1986, faz parte da rede da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) do

Município de Belém, no Estado do Pará. Fica localizada no Conjunto Residencial Nuneslândia, mais conhecido como Conjunto Satélite, no Bairro do Coqueiro. Geograficamente, este bairro se localiza na zona central de Belém (Anexo A); culturalmente, porém, pertence à periferia da cidade. Faz limites com os bairros do Tenoné, Tapanã, Parque Verde, Parque Guajará, Cabanagem e Una. Exceto pelos bairros Parque Verde e Tenoné, os demais fazem parte do Distrito Administrativo do Benguí (DABEN), que também abrange os bairros da Pratinha, São Clemente e do Benguí.

Os Distritos Administrativos são divisões territoriais do município de Belém, de natureza político-administrativa, onde os bairros são agrupados, formando oito áreas distritais cuja intenção é a administração dos espaços territoriais.

As Unidades de Saúde localizadas no DABEN são sete, sendo as seguintes: UMS do Benguí I e II, UMS do Tapanã, UMS da Pratinha, UMS da Cabanagem, UMS do Jardim Sideral e UMS Satélite, local do estudo. Esta Unidade de Saúde atende o conjunto residencial e demais áreas que o circundam, porém a comunidade atendida por esta Unidade de saúde não é coberta pelas Equipes de Saúde da Família, mesmo o Distrito tendo uma cobertura de 54,39% da população e tendo 21 equipes de saúde da família.

A UMS Satélite oferece os seguintes serviços à comunidade: atendimento médico nas clínicas básicas (pediátrica, médica, ginecológica e obstétrica). Oferece ainda serviços odontológicos, laboratoriais e farmacêuticos; curativos e injetáveis. Funcionam também os Programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que são os seguintes: Imunização, Controle de Crescimento e Desenvolvimento da Criança, Pré-Natal, Planejamento Familiar, Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero, Saúde Mental, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Atenção à Saúde do Idoso, Terapia de Reidratação Oral, Teste do Pézinho (Teste para diagnóstico da Fenilcetonúria e Hipotireoidismo congênito) e o HIPERDIA (Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

Atualmente, o conjunto residencial é cercado por inúmeras áreas de invasão. O local possui serviços básicos de comércio, diversas igrejas, colégios públicos e particulares, uma creche e uma penitenciária geridas pelo governo estadual, uma creche particular e apenas uma unidade de saúde que atende não somente as pessoas que residem no local mas também as que residem nas áreas de invasão, nos conjuntos habitacionais mais próximos, assim como pessoas de outros bairros que se deslocam até a referida UMS Satélite para receberem atendimento

médico e de enfermagem, entre outros serviços oferecidos no local, o que aumenta a demanda na instituição de saúde.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

As pessoas que participaram deste estudo representam aqueles com hipertensão arterial e os demais que também integram a rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial, alcançando o total de 35 pessoas, sendo 22 com hipertensão arterial cadastradas no programa HIPERDIA da UMS Satélite; cinco familiares; cinco profissionais de saúde; e três representantes de outras instituições da comunidade (Igreja Católica, Pastoral da Saúde e Federação Espírita Paraense), que compuseram seis grupos amostrais.

Como critérios de inclusão para aqueles com hipertensão arterial foram considerados os seguintes: ter diagnóstico médico da doença há pelo menos um ano da data da entrevista, ser maior de 18 anos e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A composição dos grupos foi a seguinte:

O **primeiro grupo amostral** foi composto por 12 pessoas com hipertensão arterial, identificadas pela letra “P” (pessoa) seguida do número da entrevista e da identificação do grupo, neste caso G1. Assim sendo, os componentes são os seguintes: P1G1, P2G1, P3G1, P3G1, P4G1, P5G1, P6G1, P7G1, P8G1, P9G1, P10G1, P11G1 e P12G1.

O **segundo grupo amostral** foi composto por cinco pessoas com hipertensão arterial, identificadas pela letra “P” (pessoa) seguida do número da entrevista e da identificação do grupo, neste caso G2. Assim sendo, os componentes são os seguintes: P1G2, P2G2, P3G2, P4G2 e P5G2.

O **terceiro grupo amostral** foi composto por oito pessoas, sendo cinco profissionais de saúde da UMS Satélite e três representantes de outras instituições da comunidade. Os profissionais de saúde foram identificados pelas letras Pf (profissional), seguidas do número da entrevista e da identificação do grupo, neste caso G3. Assim sendo, os componentes são os seguintes: Pf1G3, Pf2G3, Pf3G3, Pf4G3 e Pf5G3. Os profissionais entrevistados foram uma enfermeira assistente, duas médicas, a diretora da instituição (enfermeira) e a secretária. Os representantes de outras instituições da comunidade foram identificados pelas letras Ic (instituição da comunidade), seguidas do número da

entrevista e do grupo, neste caso G3. Assim sendo, os componentes são os seguintes: Ic1G3, Ic2G3 e Ic3G3. As instituições da comunidade que se fizeram representar neste grupo foram as seguintes: Igreja Católica, Pastoral da Saúde e Federação Espírita Paraense.

O **quarto grupo amostral** foi composto por três pessoas com hipertensão arterial, identificadas pela letra “P” (pessoa) seguida do número da entrevista e da identificação do grupo, neste caso G4. Assim sendo, os componentes são os seguintes: P1G4, P2G4 e P3G4.

O **quinto grupo amostral** foi composto por cinco familiares de pessoas com hipertensão arterial, identificadas pelas letras “Fm” (familiar) seguidas do número da entrevista e da identificação do grupo, neste caso G5. Assim sendo, os componentes são os seguintes: Fm1G5, Fm2G5, Fm3G5, Fm4G5 e Fm5G5.

O **sexto grupo amostral** foi composto para validação do Modelo Teórico. Este foi formado por oito componentes, sendo que, destes, sete eram componentes de outros grupos já formados e apenas uma pessoa com hipertensão arterial não havia participado de nenhum outro grupo. Assim sendo, a composição deste ficou da seguinte forma: quatro pessoas com hipertensão arterial, três profissionais de saúde e um familiar. Os componentes deste grupo foram identificados pela letra “V” (validador) seguida do número equivalente à sua posição no grupo, da letra que identifica a categoria a que pertencem (pessoa com hipertensão arterial – P; familiar – Fm; ou profissional de saúde - Pf) e da identificação do grupo, neste caso G6. Assim sendo, os componentes são os seguintes: V1FmG6, V2PG6, V3PG6, V4PG6, V5PfG6, V6PfG6, V7PfG6.

Na intenção de melhor compreender a composição dos grupos, segue quadro 1:

Composição dos Grupos Inicial e Amostral

IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS	COMPOSIÇÃO
Primeiro Grupo: PG1 – Grupo Inicial (12 participantes).	Doze pessoas com hipertensão arterial identificadas de acordo com a ordem das entrevistas e o grupo a que pertencem: P1G1, P2G1, P2G1, P4G1, P5G1, P6G1, P7G1, P8G1, P9G1, P10G1, P11G1 e P12G1.
Segundo Grupo: PG2 – Grupo Amostral (05 participantes).	Cinco pessoas (P) com hipertensão arterial identificadas de acordo com a ordem das entrevistas: P1G2, P2G2, P3G2, P4G2, P5G2.
Terceiro Grupo: PfG3 / IcG3 – Grupo Amostral (08 participantes).	Cinco profissionais de saúde (Pf) da UMS Satélite e três representantes de outras instituições da comunidade (Ic), identificados de acordo com a ordem das entrevistas: Pf1G3, Pf2G3, Pf3G3, Pf4G3, Pf5G3 e Pf6G3; e Ic1G3, Ic2G3, Ic3G3.
Quarto Grupo: PG4 – Grupo Amostral (04 participantes).	Quatro pessoas (P) com hipertensão arterial identificadas de acordo com a ordem das entrevistas: P1G4, P2G4, P3G4, P4G4.
Quinto Grupo: FmG5 – Grupo Amostral (05 participantes).	Cinco familiares (Fm) de pessoas com hipertensão arterial, identificadas de acordo com a ordem das entrevistas: Fm1G5, Fm2G5, Fm3G5, Fm4G5, Fm5G5.
Sexto Grupo: Validadores do Modelo Teórico (08 participantes). Destes apenas um não participou dos demais grupos).	Três pessoas com hipertensão arterial participantes do G1, identificadas de acordo com a ordem das entrevistas para validação do Modelo Teórico e que neste grupo receberam as seguintes identificações: VP1G6, VP2G6 e VP3G6. E ainda uma pessoa com hipertensão arterial que não havia participado de nenhum grupo anterior: VP4G6. Três profissionais de saúde participantes do G3, identificadas de acordo com a ordem das entrevistas para validação do Modelo Teórico e que neste grupo receberam as seguintes identificações: VPf1G6, VPf2G6 e VPf3G6.
TOTAL	35 pessoas entrevistadas

Quadro 1: Composição dos grupos inicial e amostral.

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

3.4 COLETA DE DADOS

Os procedimentos visando à coleta de dados iniciaram ainda no segundo semestre do ano de 2007, quando foi escolhido o cenário que seria utilizado para a pesquisa. Após a escolha, sucessivas visitas aconteceram na UMS Satélite. A aproximação ocorreu de forma gradativa, mediada pelo diálogo, intuição e empatia (AZEVEDO, 2005). Após todos os procedimentos legais necessários (autorização da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente –SESMA; e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC (Anexos B e C), iniciamos a coleta de dados. Esta ocorreu nos seguintes períodos: de outubro de 2008 até março de 2009; de agosto de 2009 até março de 2010; e ainda no mês de agosto de 2010.

Para a etapa inicial da coleta de dados da pesquisa, contamos com o auxílio da enfermeira, da técnica de enfermagem e de uma das médicas do período vespertino. As pessoas eram abordadas nos corredores onde aguardavam pelas consultas médicas e/ou de enfermagem, sendo convidadas para participar da pesquisa. Atendidos os critérios de inclusão, procedíamos com as entrevistas. Algumas atendiam de imediato, entretanto, aconteceram algumas recusas. Posteriormente, optamos por esperar que as pessoas recebessem atendimento médico e/ou de enfermagem, para, em seguida, fazermos o convite. Também solicitávamos que, logo após o atendimento prestado, as profissionais encaminhassem as pessoas ao consultório onde as entrevistas eram realizadas. A recusa tornou-se inexistente.

As entrevistas foram gravadas em mp4, em seguida transcritas através de *software via voice*; posteriormente, eram analisadas e codificadas de acordo com as técnicas estabelecidas pelo método em uso. Inicialmente, foram realizadas na Unidade de Saúde; posteriormente, visitamos algumas residências onde fizemos outras entrevistas ou complementamos as iniciais. Alguns familiares foram entrevistados nos locais de trabalho ou nas residências, tendo acontecido o mesmo com os representantes de outras instituições da comunidade. Os profissionais de saúde foram entrevistados no local de trabalho.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas individuais, exceto em casos em que elas ocorriam nas residências, uma vez que sempre havia outras pessoas da família acompanhando a pessoa entrevistada. No total foram realizadas 49 entrevistas com os 35 participantes, sendo que quatro pessoas com hipertensão arterial, três profissionais e um familiar foram entrevistados mais de uma vez. Para a

coleta de informações sobre os dados pessoais, foi utilizado um roteiro específico para identificação dos mesmos. As entrevistas duraram em média 31 minutos.

Acreditamos ser importante narrar fatos acontecidos que poderão colaborar ou servir de exemplo para novos pesquisadores. Strauss; Corbin (2008) afirmam que a coleta de dados deve ser seguida imediatamente pela análise, ou como diz Mello (2005, p. 18): “a fase de coleta de dados se superpõe a de análise, ou seja, são etapas que ocorrem concomitantemente”. Porém já previam Strauss; Corbin (2008) que pesquisadores iniciantes ficam tão entusiasmados – diríamos tão ansiosos ou ‘perdidos’ naquele mundo de informações e acontecimentos distintos – com a coleta de dados que fazem mais entrevistas ou observações sem analisar o que já têm em mãos. “Eles rapidamente se sentem massacrados com a quantidade de informações analíticas que surge durante a análise” (ibidem, p. 200).

Os mesmos autores também pontuam a habilidade pouco desenvolvida para fazer esse tipo de entrevista. As primeiras tendem a ser delineadas ou desajeitadas, enquanto que as últimas tendem a ser mais ricas em dados por terem sido mais exploradas, dada a melhora da habilidade ou, diríamos, dada a sensibilidade que foi aguçada (STRAUSS; CORBIN, 2008). Essas foram nossas experiências como iniciantes. Porém, como a *Grounded Theory* nos agracia permitindo o ir e vir aos dados e aos informantes, num movimento dinâmico e produtivo, foi possível corrigir as falhas iniciais da coleta de dados e, dessa forma, aprofundar e refinar os conceitos surgidos nas entrevistas iniciais.

As entrevistas ocorreram de forma livre, permitindo que as pessoas com hipertensão arterial refletissem sobre como vivenciam sua rede de apoio social, como acontece a interação entre os integrantes e como se dá a relação com a doença, mesmo que para eles isso não seja tão claro ou evidente como possa parecer. Para os demais, as perguntas emergiram na medida em que os dados foram sendo analisados e surgindo os conceitos.

A entrevista do primeiro grupo amostral, identificado como G1 (Quadro 1), foi composta por duas questões visando estimular as pessoas com hipertensão arterial a relembrem fatos que vivenciaram por conta da descoberta da doença: a) *Como você descobriu que tinha hipertensão arterial?* b) *Como é viver com hipertensão arterial?* Essas perguntas iniciais desdobraram-se, ao longo das entrevistas, em outras questões relacionadas às demandas originadas pela doença, ao tratamento, à convivência com a família e demais pessoas próximas, à

convivência com a comunidade e com os serviços de saúde/profissionais de saúde, enfim, em questões relacionadas ao lidar com a própria doença. Já iniciava então o delineamento da formação da Rede de Apoio Social – fenômeno em estudo – cujo foco foi o que moveu a formação dos demais grupos amostrais para verificar similaridades e diferenças entre os conceitos e categorias.

Os inúmeros conceitos que surgiram nessas entrevistas, ou seja, os blocos de construção da teoria, com suas propriedades e dimensões, foram se desdobrando num processo analítico que originou a necessidade de formar novos grupos amostrais, pois era preciso mais exploração para elucidar ou aprofundar alguns conceitos que emergiram.

As hipóteses que surgiram no processo de análise dos dados deste grupo (G1) e que se expressam como pressupostos foram as seguintes: a) As pessoas que mais ajudam no tratamento daqueles com hipertensão arterial, no que se refere ao atendimento das demandas, são os familiares e os profissionais de saúde; b) O apoio oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial acontece por conta das interações entre seus integrantes; e c) As instituições de saúde participam no atendimento às demandas das pessoas com hipertensão arterial. Algumas categorias relacionadas a essas hipóteses ainda precisavam de mais densidade e, dessa forma, surgiu a necessidade do segundo grupo amostral, identificado como G2 (Quadro 1).

As perguntas que orientaram as entrevistas deste segundo grupo amostral foram as seguintes: “*Quem ajuda no seu tratamento?*”, “*De que forma as pessoas o ajudam?*”; e “*Qual sua opinião quanto ao serviço de saúde?*”. As demais perguntas emergiram em decorrência dos conceitos relacionados ao atendimento das demandas identificadas no primeiro grupo amostral. As hipóteses levantadas foram sendo confirmadas e consolidadas ao longo da formação dos grupos, entretanto, questionar a respeito do serviço de saúde fez surgir inúmeros conceitos e categorias que colocaram em evidência as fragilidades do sistema de saúde no atendimento às demandas originadas pela doença, principalmente no que se refere ao atendimento pelos especialistas, à provisão de medicamentos, bem como à realização da dieta hipossódica. A referência aos profissionais como quem dá apoio emocional emergiu neste grupo como um conceito que precisou ser refinado para a compreensão desta interação. As hipóteses levantadas foram as seguintes: a) As dificuldades no sistema de saúde é que impedem o acesso aos serviços especializados ou que contribuem para a demora no atendimento, e b) Os profissionais de saúde são evidenciados como aqueles que também oferecem apoio emocional às pessoas com

hipertensão arterial. Buscar sustentação para essas hipóteses foi o que levou à formação do terceiro grupo amostral, identificado como G3 (Quadro 1).

As questões que conduziram as entrevistas do terceiro grupo amostral foram: “Fale-me sobre a falta de remédio na Unidade de Saúde e a condição financeira da pessoa com hipertensão arterial”; “Como você vê a questão do encaminhamento para os médicos especialistas?”; e “Como você vê o seu papel como profissional no atendimento às pessoas com hipertensão arterial”. As demais perguntas emergiram em consequência destas no sentido de aprofundar as discussões.

A composição deste grupo amostral, inicialmente, foi motivada pela necessidade de comparar dados obtidos quanto à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente originada pela percepção das pessoas com hipertensão arterial, além de comparar diferentes percepções entre os próprios profissionais de saúde quanto ao conceito em questão. A formação do grupo amostral permitiu verificar as variações significativas dentro do próprio grupo. Isto implica dizer que a escolha dos participantes ocorreu na medida em que essas variações foram acontecendo. Posteriormente, foram incluídos neste grupo representantes de outras instituições da comunidade como a Igreja Católica, a Pastoral da Saúde e a Federação Espírita Paraense, porque seus representantes ou a instituição foram referidos em algum momento durante as entrevistas das pessoas com hipertensão arterial ou foram buscados para esclarecer dúvidas surgidas nas análises das entrevistas. De alguma forma, eles representam aqueles que oferecem algum tipo de apoio a essas pessoas.

Na busca de inconsistência nos dados coletados, sentimos a necessidade de refinar e tornar mais densas as categorias relacionadas às demandas originadas pela doença, especificamente aquelas relacionadas ao significado da alimentação para a pessoa com hipertensão arterial e temas emergentes como as formas de acesso aos serviços de saúde.

As hipóteses originadas nas inconsistências dos dados coletados foram as seguintes: a) As pessoas com hipertensão arterial dão diferentes significados para a alimentação, o que pode influenciar na realização da dieta; e b) O acesso aos serviços de saúde ocorrem de diferentes maneiras, não seguindo um protocolo estabelecido ou uma lógica concreta no atendimento às pessoas com hipertensão arterial. Para a sustentação dessas hipóteses, foi formado o quarto grupo amostral identificado como G4 (Quadro 1). As questões que orientaram as entrevistas foram as seguintes: “*Qual o significado da alimentação para você?*” e “*Conte-me como foi que você chegou até aqui no Posto de*

Saúde”. As demais perguntas emergiram em função do diálogo estabelecido por conta das perguntas iniciais.

Referenciados de alguma forma pelos demais integrantes da rede, os familiares ocupam lugar importante na Rede de Apoio Social. Em função disso, formamos mais um grupo amostral, identificado como G5 (Quadro 1). Algumas hipóteses discutidas com outros grupos foram também questionadas, tais como: a) As pessoas que mais ajudam no tratamento daqueles com hipertensão arterial, no que se refere ao atendimento das demandas, são os familiares e os profissionais de saúde; b) O apoio oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial acontece por conta das interações entre seus integrantes. As perguntas que conduziram as entrevistas deste grupo foram as seguintes: *“Como você vê / percebe sua participação no tratamento da hipertensão arterial de seu familiar?”* e *“Comente como você se sente fazendo parte dessa rede de apoio de seu familiar e de ser referenciado por ele”*. Como nas demais amostragens, as perguntas que se seguiram foram na tentativa de aprofundar as questões levantadas na intenção de buscar mais conceitos ou de refinar as categorias identificadas.

O sexto grupo amostral foi formado com o objetivo de validar o Modelo Teórico criado. Este foi chamado de Grupo de Validadores, identificado como G6 (Quadro 1). Seus componentes seguiram os critérios de validação tais como ajuste, compreensão e generalização teórica, apresentados no Capítulo 5.

Cabe lembrar que o foco central é o fenômeno – a formação da Rede de Apoio – sendo este evidenciado em todas as amostragens. Na medida em que se processava a amostragem, dávamos continuidade ao processo dinâmico cujo objetivo era identificar a formação da rede de apoio social às pessoas com hipertensão arterial.

Os grupos amostrais foram compostos de acordo com o emergir dos conceitos originados e/ou relacionados diretamente com o fenômeno em estudo. Dados e análises concomitantes nortearam a inclusão de novas pessoas necessárias para a construção da teoria, compondo dessa forma outros grupos amostrais. A composição também integrou aquelas pessoas referenciadas e que, dessa forma, passaram a compor a rede. Mas sempre que era possível ou que havia necessidade, retornávamos às pessoas entrevistadas anteriormente, o que é sustentado pelo método. Assim sendo, a definição da amostragem se tornou possível a partir da coleta de dados e de análises concomitantes, permitindo a elaboração de questionamentos e hipóteses para serem desenvolvidas ao longo do processo de identificação da formação da rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação dos dados foram orientadas pela metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados. Este recurso tem como característica, dentre outras, a de possibilitar a análise dos dados, concomitantemente à sua coleta. Para tanto, é necessário ao pesquisador a leitura constante e incessante das entrevistas já realizadas antes de entrevistar outros sujeitos ou grupos.

Os dados coletados formaram um banco de dados, através do software para organização e análise de dados qualitativos denominado de *ATLAS-TI*, objetivando a organização das categorias, o que possibilitou a criação do modelo teórico a que se propôs esta pesquisa.

O software *ATLAS-TI* é um programa de computador, caracterizado como um gerenciador de dados textuais, desenvolvido para a análise de dados qualitativos cujos textos se caracterizam por serem extensos e não-estruturados, como transcrições de entrevistas, diários de campo, entre outros. O sistema trabalha com arquivos do tipo RTF (Rich Text Format). Após armazenar os dados, o programa contribui pela organização dos dados à codificação e geração de categorias de análise. Apresenta lista completa dos códigos criados e seus fragmentos (textos correspondentes), assim como a lista das categorias criadas a partir dos códigos. O programa permite incluir dados, reflexões, códigos e *memos* ao que chamamos de Unidade Hermenêutica (ESTEBAN, 2006).

Este software tem como característica funcional a possibilidade da utilização dos recursos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados. Para tanto, usamos procedimentos de codificações (já descritos no capítulo anterior) como Codificação Aberta, Codificação Axial e Codificação Seletiva na busca por conceitos que permitiram desenvolver uma teoria que, acreditamos, tenha explicado o fenômeno estudado.

Na codificação aberta, o texto das entrevistas foi fragmentado, separado e analisado. O objetivo era que os textos revelassem conceitos, que são os blocos de construção da teoria que criamos. Essa primeira parte das codificações, a codificação aberta, foi imprescindível para revelar, nomear e desenvolver os conceitos, uma vez que foi necessário abrir os textos e expor os pensamentos ali impregnados ora explicitamente, ora implicitamente, sendo esses mais difíceis de identificar, o que necessita de toda a sensibilidade do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008), coisas que fomos aprendendo ao longo da pesquisa. Sem esse primeiro passo, as demais partes do processo podem

não acontecer.

Charmaz (2009, p. 69) afirma que “codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados”. Para a autora, nossos códigos revelam a forma como selecionamos, separamos e classificamos os dados para iniciarmos uma interpretação analítica sobre eles.

Para os fragmentos, foi dado um nome que chamamos de códigos ou códigos preliminares (SOUSA, 2008; BACKES, 2008). A fragmentação do texto se deu ora por palavras, mas em sua maioria em linhas, frases ou parágrafos. A intenção era procurar semelhanças, diferenças, relações, enfim, tudo aquilo que pudesse servir para a construção da teoria necessária para a explicação do fenômeno. A parte final desta codificação é o surgimento das categorias.

Segue-se a codificação axial, que é o processo de relacionar as categorias formadas às subcategorias por um conjunto de procedimentos pelos quais os dados são agrupados de novas maneiras através de conexões entre as categorias. Após a construção das mesmas é necessário atender a uma série de recomendações para que seja possível a escolha da categoria central, o que caracteriza a codificação seletiva. Aqui já entramos num processo analítico bem aprofundado que nos afastou dos textos e nos levou para conceituações abstratas. A sensibilidade do pesquisador e a capacidade de abstração são condições básicas que facilitam ou dificultam a passagem por essas fases do processo. Os textos das entrevistas passam a ter uma importância mais secundária nesta fase.

Para a escolha da categoria central, uma das obrigatoriedades de acordo com Strauss; Corbin (2008) e Charmaz (2009) é que ela tivesse relação com todas as demais categorias, estivesse contida nas mesmas e que servisse para conduzir ao modelo teórico criado.

Nos quadros que seguem, apresentamos exemplos deste processo de codificação.

Fragmentos de entrevistas	Códigos
<p>P6G1:</p> <p>¹(Na verdade eu acostumei e o pessoal também acostumou com essa comida). ²(Aí o pessoal entrou também no costume.) ³(mas o meu filho que mora comigo tinha dia que ele dizia que a comida tava doce). ⁴(Eu dizia pega lá o sal porque tu podes comer e eu não). ⁵(Mas agora é assim ninguém mais reclama.) ⁶(todos se acostumaram a comer comida com pouco sal ou às vezes sem sal.) (...) ⁷É, sou eu que cozinho e a comida é a mesma para todos (...). ⁸As vezes o coloco pimenta e cominho sendo que mais cominho porque meu marido tem problema de estômago aí é bem pouquinho (...)</p>	<p>¹Acostumando a família com temperos naturais e com pouco sal.</p> <p>²Família aceitando fazer mesma alimentação.</p> <p>³Tendo filho reclamando porque a comida está doce (com pouco sal).</p> <p>⁴Argumentando com o filho que faz comida com pouco sal porque não pode comer comida salgada.</p> <p>⁵Não tendo mais reclamações da família quanto à falta de sal na comida.</p> <p>⁶Tendo a família se acostumado a comer comida com pouco ou sem sal.</p> <p>⁷Fazendo uma só comida para toda a família.</p> <p>⁸Tendo cuidado com o marido quando prepara os alimentos porque ele tem gastrite.</p>
<p>P3G1:</p> <p>¹(Quando meus filhos vêm aqui, eu digo: minha comida é sem sal) ²(e se vocês quiserem podem colocar sal) ³(mas recomendo que vocês não façam isso por causa dos rins). ⁴(Também não gosto da carne gorda, só gosto da carne magra. Eu tiro a gordura da carne, jogo fora), ⁵(mas (ex-parceiro) ele gosta de comida gorda). ⁶(Só isso que é ruim para mim quando faço carne). ⁷(Mas, jogo a gordura fora e escondido. Não deixo ele ver).</p>	<p>¹Informando aos filhos que sua comida é sem sal.</p> <p>²Filhos tendo a possibilidade de colocar sal na comida se não for possível ingerir comida insossa.</p> <p>³Advertindo aos filhos que não coloquem sal na comida por causa dos rins.</p> <p>⁴Retirando a gordura da carne por não gostar de carne gorda.</p> <p>⁵Informando que o ex-parceiro gosta de carne gorda.</p> <p>⁶Sabendo que carne gordurosa não é bom para sua saúde.</p> <p>⁷Tirando a gordura da carne escondido do marido.</p>

Quadro 2: Exemplo de Codificação Aberta

Fonte: Pesquisa de Campo (Belém, 2008/2009).

Agrupamento dos Códigos	Códigos Conceituais
<p>Filhos sugerindo que a mãe não faça comida separada.</p> <p>Filhos sugerindo que a mãe faça somente uma comida e sem sal.</p> <p>Família aceitando fazer mesma alimentação.</p> <p>Fazendo uma só comida para toda a família.</p> <p>Filha preocupando-se com o uso do sal pela mãe que é hipertensa.</p>	<p>Recebendo o Apoio dos filhos quanto a preparar somente uma comida sem sal para toda a família.</p>
<p>Acostumando a família com temperos naturais e com pouco sal.</p> <p>Argumentando com o filho que faz comida com pouco sal porque não pode comer comida salgada.</p> <p>Não tendo mais reclamações da família quanto à falta de sal na comida.</p> <p>Tendo a família se acostumado a comer comida com pouco ou sem sal.</p> <p>Advertindo aos filhos que não coloquem sal na comida por causa dos rins.</p>	<p>Tentando mudar os costumes alimentares dos familiares como possibilidades de fazer dieta e trazer benefício a todos.</p>

Quadro 3: Agrupando os códigos/incidentes por similaridades ou diferenças. Emergem os conceitos provisórios que posteriormente podem se tornar categorias.

Fonte: Pesquisa de Campo (Belém, 2008/2009).

Códigos Conceituais	Categorias
<p>Recebendo o apoio dos filhos quanto a preparar somente uma comida sem sal para toda a família.</p>	<p>Vivenciando o apoio de familiares como fator contribuinte para a realização da dieta.</p>
<p>Fazendo a comida dos familiares separada como forma de manter sua restrição de sal e/ou alimentar</p>	<p>Buscando estratégias para manter sua restrição alimentar e ao mesmo tempo não descuidar da alimentação da família</p>
<p>Mudando os costumes alimentares dos familiares como possibilidades de fazer dieta e trazer benefício a todos.</p> <p>Conseguindo acostumar a família a ingerir alimentos com pouco sal.</p>	<p>Vivenciando as mudanças ocorridas na família quando estes se acostumaram a ingerir alimento com pouco sal.</p>

Quadro 4: Codificação Axial

Fonte: Pesquisa de Campo (Belém, 2008).

As etapas seguintes de codificações estão relacionadas à codificação seletiva, que, sendo a mais abstrata de todas as etapas, deverá buscar a relação entre categorias e entre essas e as subcategorias que emergirão dessa dinâmica promovida pelo processo de codificação.

Recursos importantes usados da Teoria Fundamentada nos Dados são os memorandos e os diagramas. Quanto aos diagramas, Strauss; Corbin (2008, p. 14), consideram que são “mecanismos visuais que mostram as relações entre conceitos”, relembrando que neste caso conceitos, são os blocos de construção da teoria, ou seja, as categorias. Entretanto, cabe informar que nesta pesquisa o uso de diagramas foi utilizado para apresentação das categorias do Modelo Teórico, como será apresentado na apresentação e discussão dos resultados.

Quanto aos memorandos, estes são os registros de “análises, pensamentos, interpretações, questões e direções para coleta adicional de dados” (ibidem, p. 111). Charmaz (2009) considera-os a etapa intermediária entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa. Afirma ainda que, quando escrevemos memorandos, paramos e analisamos as idéias que surgiram, pois eles captam os pensamentos do pesquisador, apreendem as comparações e conexões feitas, e, conseqüentemente, cristalizam as questões e direções seguintes. Na redação dos memorandos surgem idéias novas e *insights*. O registro torna o trabalho real e possível de ser controlado, além de ser estimulante ver a produção de novas idéias que poderão se usadas no mesmo momento ou armazenadas para uso posterior. O importante nisso tudo, é que a redação do memorando cria um espaço para o pesquisador tornar-se ativamente empenhado no seu material, elaborar novas ideias, além de ter a possibilidade de realizar ajustes na coleta de dados, o que é permitido pelo método utilizado.

Cabe considerar que tanto Strauss; Corbin (2008) quanto Charmaz (2009), destacam que ao elaborar os memorandos, as anotações precisam ser analíticas e conceituais e não descritivas, uma vez que deverão acima de tudo explicar e conceituar as categorias. No mesmo nível de importância, destacamos outra afirmação de Strauss; Corbin (2008, p. 210): “Talvez o ponto mais importante para se ter em mente é que não há memorandos errados ou mal redigidos. Ao contrário, eles crescem em complexidade, em densidade, em clareza e em acuidade à medida que a pesquisa progride”, logo, não se deve considerar um memorando sem importância pelo fato de ele ser simples demais.

Os *memos*, como podem ser chamados, podem ser registros manuais, porém nesta pesquisa os *memos* foram criados através do software *ATLAS-TI 6.1*, recurso tecnológico utilizado para organização e

análise dos dados coletados. A seguir, alguns exemplos de memorandos utilizados nesta pesquisa.

Memorando criado em 09/10/09.

Situação: Falando sobre a influência da regionalidade na dieta de pessoas portadoras de hipertensão arterial.

A questão da regionalidade aqui é considerada um fator agravante diante da condição de ser necessário fazer dieta, uma vez que certos hábitos alimentares fazem parte de tradições, crenças e costumes que são estendidos de uma geração para outra. Como fazer uma família entender que o açaí e seus acompanhamentos não podem ser a principal refeição diária, se por vezes a condição socioeconômica permite que seja apenas dessa forma?

Memorando criado em 10/10/09.

Situação: Refletindo sobre a in(dependência) entre pais portadores de hipertensão arterial e seus filhos.

Parece-me que a questão dependência e/ou independência, para alguns, está sempre relacionada à questão financeira. Poucos se dão conta de que existem outros tipos de dependência, como a emocional, por exemplo. O exemplo mais típico é de pais que se sentem emocionalmente dependente dos filhos, mesmo sem manifestar isso explicitamente.

Memorando criado em 17/02/10.

Situação: Abordando questões de gênero quando a mulher é a pessoa com hipertensão arterial.

Abordagens quanto à questão de gênero quando a mulher é a pessoa com hipertensão arterial: quando a família realiza a dieta também isto favorece a adesão, ao contrário de quando a família resiste, tornando mais difícil fazê-la, porém não impede de a pessoa realizá-la, uma vez que, por ser mulher-esposa-mãe, ela é responsável pelo preparo do alimento. Terá mais trabalho, entretanto, é da natureza da mulher prover este tipo de necessidade da família. No caso em que o homem-pai-marido seja a pessoa com hipertensão, observamos que a mulher-

esposa-filha prepara o alimento adequado para ele, também sendo esta uma necessidade que a mulher tem que prover, mesmo que a família seja resistente à dieta.

Memorando criado em 14/03/10.

Situação: Refletindo sobre a posição dos líderes religiosos quanto à medicina e seu objetivo.

Parece-nos que os líderes religiosos não são céticos quanto à medicina e seu objetivo. Consideram-na uma sabedoria e inteligência que Deus deu ao homem, entretanto, acreditam na importância do cuidado com o lado espiritual da pessoa e não somente com o corpo físico. Aqui podemos perceber a necessidade de unir o conhecimento científico e a religião em benefício de muitos.

Memorando criado em 18/03/10

Situação: Refletindo sobre a questão do ambiente familiar e sua influência na estabilidade emocional das pessoas portadoras de hipertensão arterial.

Viver bem no ambiente familiar parece-nos ser fundamental para ajudar no tratamento de qualquer doença, e aqui, especificamente, a hipertensão arterial, uma vez que as alterações emocionais também modificam os valores pressóricos. Implicitamente, o modo de viver desta família, salvo os problemas existentes, contribui para a estabilidade emocional da pessoa com hipertensão arterial. Assim sendo, afirmamos que a família e o modo de viver desta é um apoio no tratamento.

A busca pela categoria central promovida pela integração entre os conceitos foi possível através da utilização do esquema organizacional denominado de paradigma. Através deste, temos a possibilidade de reunir os dados sistematicamente e, dessa forma, compreender a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Obviamente que, não sendo possível mostrar aqui o processo na íntegra, em função dos incontáveis conceitos surgidos, os exemplos dados servem apenas para mostrar como ele inicia, uma vez que foi

através dos componentes básicos do esquema organizacional que pudemos chegar à categoria central e ao Modelo Teórico criado.

Os componentes básicos do esquema organizacional, já conceituados no item 3.1, são as condições causais, contextuais e interventoras. Estas estão relacionadas com a estrutura dos acontecimentos, ou seja, as circunstâncias, os acontecimentos e os fatos relacionados ao fenômeno; as estratégias de ação-interação são os atos praticados pelos integrantes da rede de apoio para a resolução de questões que surgem e, dessa forma, moldar o fenômeno; denota o que acontece entre os componentes da rede. O último componente do esquema organizacional são as consequências, que é o resultado de todo esse processo dinâmico.

O método da Teoria Fundamentada nos Dados nos possibilitou o desenvolvimento de um Modelo Teórico representativo, a partir da categoria central que emergiu das relações entre as categorias e que expressaram como a rede de apoio surgiu em meio às demandas vivenciadas por pessoas que, de diferentes formas, deram-se conta de serem portadoras da doença, passando a viver na condição da cronicidade advinda da hipertensão arterial e buscando, através da rede de apoio, maneiras de viver bem, mesmo na presença da doença. Assim sendo, o Modelo Teórico **“Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial”** foi composto pelas seguintes categorias: “Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial”; “Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial”; “Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial”; “As interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial”; e “A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial”.

3.6 VALIDAÇÃO DO MODELO DESENVOLVIDO

A validação é um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico. Após o desenvolvimento do modelo teórico, procedemos à validação das categorias e suas relações entre elas e delas com o tema central do estudo. Isto ocorreu entre os próprios integrantes da rede de apoio. Para tanto, foi criado o Grupo de Validadores do Modelo Teórico. A estes foram apresentadas as subcategorias, as categorias formuladas, assim como o tema central,

acompanhado de um resumo do estudo, seus objetivos, de forma que compreendessem como chegamos ao modelo teórico. O Grupo de Validadores fez comentários e sugestões e validaram o modelo construído. As sugestões foram analisadas e consideradas e, dessa forma, foram realizadas alterações no modelo criado no intuito de obter maior clareza. Com esses procedimentos, obtivemos a validação do modelo teórico criado, cujo processo será informado detalhadamente no capítulo referente à sua apresentação.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi atendida, nesta pesquisa, a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que determina normas para a pesquisa com seres humanos.

Após concordância da diretora da Unidade Municipal de Saúde Satélite, esta pesquisa obteve aprovação da Prefeitura Municipal de Belém através da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) - Portaria nº 432/2007 GABS/SESMA/PMB (Anexo B). Em seguida, foi encaminhada ao Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), obtendo parecer favorável para sua execução no dia 29 de setembro de 2008, através do Certificado nº 213 - Processo nº 238/08 - FR nº 215343 (Anexo C).

Todos aqueles que foram convidados para participar da pesquisa receberam informações pertinentes à mesma. Posteriormente, eram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Através deste, garantimos às pessoas participantes o respeito pelas suas decisões e o sigilo de sua identidade. A liberdade de a qualquer momento ser possível se retirar da pesquisa aconteceu em duas ocasiões, quando duas pessoas com hipertensão arterial desistiram de participar enquanto transcorriam as entrevistas, decisão que foi perfeitamente respeitada, mesmo tendo causado certo desconforto. Também aconteceram recusas tanto por pessoas com hipertensão arterial, quanto por profissionais de saúde.

Questões familiares conflituosas consideradas de difícil solução que emergiram durante as entrevistas e para as quais foi solicitado sigilo pelas pessoas entrevistadas não foram discutidas com seus familiares nem tampouco mencionadas nas análises das entrevistas, mesmo sendo consideradas como fator interferente no tratamento da pessoa com

hipertensão arterial.

Os grupos que se formaram receberam códigos com letras e números para, dessa forma, manter o anonimato de suas identidades, identificado apenas a categoria a que pertenciam: pessoas com hipertensão arterial (P); profissionais de saúde (Pf); familiares (Fm); representantes das outras instituições da comunidade (Ic); e os validadores (V). Quando necessário para compreensão das discussões das categorias e subcategorias, indicaremos também o sexo da pessoa em questão.

4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

São nossos olhos analíticos que nos fazem ver, não importa o quão imperfeita é essa visão (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A intenção no uso da afirmação de Strauss; Corbin acima se deve ao fato de que aqui será apresentado o percurso feito ao longo desta trajetória, na intenção de mostrar como dos dados emergiu a Teoria Substantiva **“Vivenciando a Rede de Apoio Social de Pessoas com Hipertensão Arterial”**.

Importante é afirmar que essa teoria, embora incompleta, possibilita a discussão de ideias e o encontro de soluções para os problemas aqui apresentados. É necessário ter em mente que o ponto principal, segundo os mesmos autores (2008, p. 36), “é que as teorias são construídas, variam em sua natureza e não são todas iguais. Independente de como elas são construídas, cada uma é única”, portanto, a inquietante e ansiosa fase das buscas proporciona agora mostrar um dos focos, dentre os vários que possam existir, a respeito da rede de apoio social daqueles que vivem com hipertensão arterial.

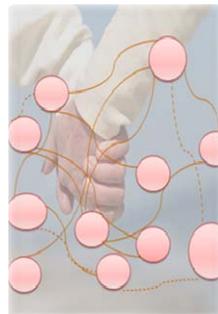
A Teoria Fundamentada nos Dados permite utilizar o modelo baseado em Strauss; Corbin (2008), que é o esquema organizacional chamado pelos autores de *paradigma*, sendo este uma perspectiva assumida em relação aos dados. Os componentes básicos do paradigma são as condições (causais, interventoras e contextuais), as estratégias de ações / interações e as consequências.

A categoria central denominada “Vivenciando a Rede de Apoio Social de Pessoas com Hipertensão Arterial” expressa o fenômeno do estudo e se mostra nos conceitos que compõem o modelo paradigmático, ou seja, está sustentada pelas demais, que, de acordo com o modelo paradigmático, são as seguintes:

CONDIÇÃO CAUSAL: Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial;

CONDIÇÃO CONTEXTUAL: Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial;

CONDIÇÃO INTERVENTORA: Identificando os tipos de apoio



social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial;

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO: Utilizando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial; e

CONSEQUÊNCIAS: A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial.

O processo da formação da rede de apoio é dinâmico, porém nem sempre visível aos olhos daqueles que o integram. Isto ressalta a importância de que ela seja percebida, sentida e reconhecida nos seus diferentes modos de agir e nos diversos cenários onde ela acontece.

O uso da Teoria Fundamentada nos Dados, ao permitir a análise comparativa, mostra a dinâmica do processo de formação da rede social de apoio à pessoa com hipertensão arterial e estabelece, através deste olhar, as possibilidades de compreensão, apoio, atendimento que se mostram nas diversas etapas que constituem o modelo paradigmático. Essas etapas, tão dinâmicas quanto a formação da rede social de apoio, permitem mostrar as ligações entre categorias e subcategorias e destas com a categoria central, como apresentado a seguir.

4.1 CATEGORIA 1: RECONHECENDO AS DEMANDAS DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÕES CAUSAIS)

As condições causais são compostas por um conjunto de demandas para o controle da pressão arterial e se caracterizam por um conjunto de fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno.

Viver com hipertensão arterial gera demandas originadas pela doença e são elas que iniciam a mobilização e a formação da rede social de apoio, originando ações na tentativa de possibilitar o seu atendimento.

As demandas são as necessidades que precisam de alguma forma ser atendidas. São compostas por inúmeros elementos objetivos e subjetivos que permitem àqueles que convivem com a hipertensão arterial lidarem com a doença e o encontro ou não de um novo modo de viver. Pode-se dizer também que as demandas, como condições causais, são um conjunto de situações que influenciam o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Cada demanda gera uma necessidade que, para ser atendida, pode requerer o apoio de outras pessoas, instituições ou organizações mesmo

com uma potencial possibilidade de apoio, ou seja, a pessoa sabe que pode contar com alguém caso não consiga atender a demanda sozinho. De acordo com cada demanda, a rede de apoio responderá de determinada maneira para cada uma delas, não sendo encontrada, portanto, resposta padrão para o atendimento de nenhuma demanda.

A categoria “**Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial**” (Diagrama 1) é integrada pelas seguintes subcategorias:

- Necessitando realizar a dieta;
- Monitorando a pressão arterial;
- Precisando da consulta médica;
- Realizando atividades físicas como coadjuvante ao controle pressórico;
- Buscando tratamento medicamentoso para a Hipertensão Arterial; e
- Prevenindo e controlando as complicações oriundas da Hipertensão Arterial.



Diagrama 1: Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial (Condições causais).

SUBCATEGORIA 1: Necessitando realizar a dieta

‘Necessitando realizar a dieta’ é uma demanda porque, ao descobrir a doença, a dieta é reconhecida como parte do tratamento. Para aqueles que aderiram às modificações dos hábitos alimentares, é importante o apoio da rede para dar continuidade a esta forma de se alimentar. Para os que não tomaram essa atitude, torna-se necessário o apoio para que ela aconteça.

A realização da dieta é recomendada como parte do controle da pressão arterial por ocasionar a perda de peso, sendo esta uma relação bastante conhecida. Entre as medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, as modificações na dieta têm sido consideradas muito importantes pelos resultados que promovem. Cesarino et al. (2004) consideram que nesse aspecto – prevenção e controle – a dieta é uma das mais promissoras para a população em geral.

A dieta possibilita a perda de peso, o controle da pressão arterial e reduz os riscos das complicações, entretanto, fatores como os significados da alimentação para nutrição ou sobrevivência, os hábitos alimentares, o papel da pessoa com hipertensão na família e o preparo dos alimentos, bem como as condições financeiras estão atrelados à condição de realizar ou não a dieta. Além disso, a mudança de hábitos alimentares tem estreita relação com a regionalidade.

A perda de peso e, conseqüentemente, o controle da pressão arterial ocorrem pela adesão à dieta, associada a outros fatores como a prática de atividades físicas.

Quando as pessoas perdem peso e controlam a pressão, benefício mais percebido por alguns na adesão à dieta, sugere que elas são conscientes quanto aos resultados de uma dieta eficaz, mostrando que têm noção do cuidado com a saúde e das conseqüências que podem advir do uso do sal e outros alimentos não recomendados. Sabem que suas atitudes contribuem para seu bem-estar, percebendo esses benefícios e demonstrando melhorar essa alimentação.

Ter complicações foi elemento determinante para adesão à dieta. Percebemos que as pessoas querem evitar as complicações e viver bem no seu dia a dia, sendo esses alguns dos motivos que geraram a adesão à dieta como pode ser observado nas falas seguintes:

(...) minha dieta foi orientada pela doutora, certas coisas que deram certo porque aí eu comecei a me senti melhor. Deu uma melhora na parte da pressão. (...) Não é difícil, não (fazer dieta) porque não existe aquela gula, aquela vontade de comer tudo, porque eu sei que faz mal então não

dificulta para mim. Eu não sou de estar comendo tudo. (PIG4).

O sal? Bem apesar disso, uma coisa que eu mais gosto é coisa que contém sal. De doce eu não sou chegada, mas eu já aprendi que o sal é muito nocivo para saúde, então eu não posso. Se está muito salgada aquela comida, eu rejeito. Eu posso tá morrendo de vontade, mas se passou do limite do que eu estou acostumada a comer, eu não como. Eu tenho aquela consciência de que vai me fazer mal, então é assim. (P6G1).

Para alguns, a vivência com as complicações parece ser aquele elemento que produz efeito imediato para adesão à dieta, por estar mais relacionado à condição clínica da pessoa, colocando em evidência uma doença que até então poderia ser silenciosa. Nestes casos, percebemos que algumas pessoas aderem à dieta, mesmo que seja temporariamente ou pelo menos enquanto estão apresentando uma condição clínica indesejável.

Quando eu to assim... quando 'me acertam direito', assim quando começo a cair, ficar tonta, até que eu faço dieta, sabe? Aí eu corro, vou comer uns legumizinhos, faço uma canjinha. Vou comendo uma maçãzinha à noite. Aí fico toda quietinha, mas quando passa... (P11G1).

A descoberta da hipertensão arterial foi motivo para que algumas pessoas mudassem sua alimentação, porém, não o foi para a maioria, que manteve seu comportamento alimentar. Independente do reconhecimento dos benefícios que a dieta pode promover, a decisão sobre a realização ou não da dieta é da própria pessoa com hipertensão, não havendo argumento, persuasão ou orientação que a faça mudar de ideia.

Quando os benefícios não são reconhecidos, a resistência à dieta é uma consequência natural, assim como a negação ao apoio dos profissionais, uma vez que alguns consideram perda de tempo ir à consulta com a nutricionista:

Uma vez me encaminharam pra nutricionista. Daí eu só passei na porta. Não faço dieta não. Não vou fazer, não vou fazer, é besteira, não adianta ir

à nutricionista perder minha tarde lá que eu não vou fazer dieta. (...) quando eu descobri que tava hipertensa, foi na Santa Casa. Eu tava sentindo muita dor de cabeça e o médico me encaminhou pra lá, daí foi descoberto. Tava 18/16 minha pressão. Aí o médico disse pra mim: A senhora não pode comer pão, não pode comer farinha, não pode comer feijão. Daí eu disse: ei! eu já vou embora, me deixa morrer, mas vou morrer de barriga cheia, porque doutor, eu não vou fazer dieta, não adianta. E olha: eu como tudo e ainda não morri! (P2G4).

Em situações encontradas neste grupo, quando familiares e principalmente profissionais de saúde se depararam com pessoas que expressaram tais opiniões, geralmente a ação inicial foi a tentativa de dissuadi-las de suas posturas que lhes pareciam contrárias, entretanto, é necessário tanto para uns quanto para outros, e principalmente os profissionais de saúde, que se despojem desta postura corretiva e, nessas situações, optem pelo estímulo à capacidade da pessoa no sentido de que ela compreenda por si mesma e reflita sobre seu comportamento. É interessante aqui considerar a motivação que gera ações dessa natureza, quer como causa, quer como fim. Como causa, entende-se aquilo que produz um efeito e nele se prolonga (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008). Em geral, são aquelas considerações e fatores que movem as pessoas a fazer algo, ou a não o fazer, são os motivos ou causas das ações. Como fim ou finalidade, entende-se aquilo que se persegue com a ação. Este é o motivo ou objetivo da ação. A responsabilidade maior do profissional é identificar o que condiciona, inclina ou empurra a pessoa a agir desta maneira, e não somente considerar que as pessoas podem e devem mudar somente a partir de orientações repassadas.

Quanto aos significados da alimentação, é importante considerar que este ato está envolto em aspectos culturais e experiências pessoais. De acordo com esses significados, são tomadas as decisões acerca da dieta, escolhendo comidas doces ou salgadas; o tipo de bebida; a fartura ou a restrição alimentar. A alimentação, os momentos em que ocorrem e as comidas escolhidas são impregnados de significados culturalmente determinados, segundo afirma Garcia (1997).

Diz a autora:

Nas práticas alimentares, que vão dos procedimentos relacionados à preparação do

alimento ao seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, a época, que perpassam por esta experiência diária. (p. 456).

No que a autora se refere como identidade cultural estão incluídas a tradição e a regionalidade, como fazendo parte da subjetividade veiculada na prática alimentar. Todos esses aspectos que envolvem o significado da alimentação são solicitados quando surge a necessidade da modificação dos hábitos alimentares, por conta da dieta das pessoas com hipertensão arterial.

Nos achados do presente estudo, as pessoas referiram ser a alimentação apenas uma necessidade para manter o corpo físico assim como para sobreviver, não destacando o prazer no ato de se alimentar. Não percebemos um significado mais social para este ato, não estando vinculado à questão de estar junto com a família, poder reuni-los, fazer do momento das refeições uma oportunidade de encontros e conversas ou ver esse momento como um ritual. Não pareceu ser um espaço/tempo importante na vida dessas pessoas. Se o significado da alimentação é simplesmente vinculado à necessidade e à sobrevivência, o ato de realizar a dieta se torna secundário nesta relação:

Não, não tem isso em casa. Cada um come na hora que quer. Olha, eu ainda não almocei, na hora em que eu chegar em casa é que eu vou almoçar (...), e é assim, tudo em horário diferente, cada um acorda numa hora, quem tiver que sair sai e é assim desse jeito. (...) quando não dá para comprar carne ou peixe, a gente compra salsicha, mortadela... a alimentação não é o que dá vontade da gente comer. A gente não come assim o que dá vontade de comer, por prazer não. A gente come assim por necessidade. A gente compra mais para suprir a necessidade da fome porque tem que comer. (...) Às vezes a gente compra certas coisas para comer em casa que eu não gosto, mas tem que comer, tem que alimentar. É isso, a sobrevivência. É melhor assim: eu como porque precisa comer. Eu não vejo prazer nisso. Às vezes quando dá a gente almoça junto. Às vezes dá pra fazer um churrasquinho, quando dá. (P3G4).

Tomo café sozinha, só eu mesma, porque, quando eu vou tomar café, todos já saíram e o outro já vai sair atrás. E eu sou daquelas que eu levanto, tomo banho, escovo o dente e já tenho que tomar o meu café. Não tem jeito. Foi criação. (...) Não quero nem saber (de quem trabalha ou estuda e ainda não chegou em casa na hora da refeição), porque eu estou com 51 anos e nunca tive nenhum problema de intestino nem de gases, nem quando me operei. (P2G4).

(...) mas não vejo (a alimentação) nem como prazer, também não. (...) eu vejo então a alimentação como necessidade. A gente precisa do alimento para ter o corpo alimentado e conseqüentemente no meu trabalho eu preciso estar bem, não adoecer, estar bem fisicamente (...) para mim é indiferente (estar sozinho ou acompanhado durante as refeições). ((P1G4).

Os aspectos sociais relacionados ao ato de se alimentar, ao que Garcia (2003) refere como comensalidade – ato de comer e beber juntos ao redor da mesa – é considerado como expressão de poder, uma vez que a abundância e o cerimonial da mesa podem ser utilizados em algumas ocasiões como manifestações de diferenciações sociais, sendo os hábitos da refeição um indicador significativo de diferenciações sociais ao longo da história.

Os horários de refeição dos membros da família são diferentes, não colocando maior importância neste fato. Poucos são os que consideraram importante realizar as refeições em companhia de outra pessoa. Esta situação pode, em parte, ser explicada pela dinâmica do mundo contemporâneo que não mais permite que os familiares estejam juntos no momento das refeições, não sendo mais esta ação uma centralidade em muitas famílias (ibidem).

No que se refere aos hábitos alimentares, a mudança em alguns deles é colocada como essencial para melhor controle da hipertensão arterial. Alguns relatam a necessidade de modificá-los e ingerem alimentação adequada composta por legumes, verduras e carne branca, tudo isso livre de gorduras ou usando este componente de forma aceitável. Optam por alimentos assados ou grelhados ao invés de frituras.

Os que consideram difícil fazer dieta justificam que consomem

pequenas quantidades de alimentos inadequados, o que não afetaria a saúde. Outros afirmam que de fato não conseguem consumir alimentos com pouca ou nenhuma quantidade de sal, acrescentando este tempero à comida. Outros ainda apontam o fato de gostarem muito das comidas regionais⁷, todas elas inadequadas para quem tem hipertensão arterial por serem consumidas com frequência, em quantidade excessiva e, principalmente, terem composição elevada de sódio e/ou gorduras, o que as torna excessivamente calóricas:

(...) Acho que... eu não sei se é o sal (que faz mal), não sou muito amante de insosso. Pode ser o sal. Mas a mulher faz uma comida meio insossa, aí eu vou lá, boto uma pitadinha de sal (risos). A doutora X ainda agora brigou: 'Você está comendo alguma coisa que alterou!!!'. (...) A mulher faz tudo insosso. É, porque é tudo insosso, bem insosso. O mais normalzinho é a carne. É normal, nem sente um pouco, mas aí eu vou lá e coloco mais sal na comida. É aí ela diz: tu já tá comendo sal?!! (risos). (P2G1).

ah! a dieta? é difícil fazer. (risos, risos) ah!!!! eu não como toda vida, né? Mas eu tomo um açaí com charque; como um camarão salgado, um caranguejo; mas eu não posso comer toda vez. (P9G1).

Açaí que eu não podia tomar, agora eu estou tomando. Só porque eu não posso, o médico diz que eu não posso, mas agora eu estou tomando. (Risos). (P11G1).

Consideramos o hábito alimentar relacionado aos alimentos típicos da região um fator preocupante diante da condição de ser

⁷ Exemplo de comidas regionais: **tacacá** (bebida de origem indígena composta por goma, tucupi, folhas de jambú e camarão salgado, temperada com sal e pimenta-de-cheiro); **pato no tucupi** (ave assada de forno e depois cozida no tucupi); **maniçoba** (comida de origem indígena feita com folhas de macaxeira (aipim, mandioca) temperada com os mesmos ingredientes de uma feijoada); **camarão salgado**, **açaí** (acompanhamentos: peixe salgado, açúcar, farinha de mandioca, farinha de tapioca, carne vermelha salgada -carne de sol- e charque frito, dentre outros). Ainda **vatapá** (comida de origem africana composta por mingau de farinha de trigo temperado com camarão salgado, folhas de jambu, óleo de dendê, leite de côco e pimenta-de-cheiro); **caruru** (comida de origem africana composta por mingau de farinha de mandioca temperada com quiabo, camarão salgado, folhas de jambu e pimenta-de-cheiro).

necessário fazer dieta, uma vez que esse hábito alimentar faz parte de tradições, crenças e costumes que são estendidos de uma geração a outra. Para muitas famílias da região, alguns desses alimentos são as principais refeições diárias, levando discussões sobre seus hábitos alimentares.

Estudo de Gomes et al. (2008) discute a adequação da dieta de hipertensos em relação à abordagem dietética para hipertensão arterial. Neste, parte expressiva da amostra tem maior poder aquisitivo, melhor nível educacional e menor idade. Em nossos estudos, diferente do anterior, a população é de baixo poder aquisitivo, composta por assalariados e, a princípio, parece incorporar à alimentação um significado de sobrevivência e de necessidade, diferente daqueles estudados por Gomes et al. (2008). Essas características, porém, não pareceram ser o diferencial entre os dois grupos, uma vez que se observou inadequação do consumo alimentar entre ambos. Mesmo o consumo de frutas, verduras e hortaliças, que no grupo estudado por Gomes et al. (2008) foi maior entre as pessoas de maior poder aquisitivo, aqui também encontramos pessoas que fazem uso desses tipos de alimentos, ainda que com uma renda bem aquém daqueles do grupo ora comparado. Consideramos, portanto, que pelo menos aqui nesses achados, os hábitos alimentares não estão relacionados ao nível educacional formal e idade, mas, sim, aos aspectos da regionalidade e com a vontade de comer da forma que gosta, não se importando com as consequências da doença.

Ao discutir preparo do alimento como parte do processo de seguir a dieta, questões de gênero surgiram como elemento importante.

Destinada desde a origem das civilizações à maternidade e à vida privada, a mulher ganhou muito espaço na sociedade com a evolução dos tempos, tendo assumido diferentes papéis e posições ao longo dessa evolução, associado ou não à maternidade e aos cuidados com a família. Todavia, em vários espaços, à mulher ainda são destinados os afazeres domésticos, dentre eles, o preparo do alimento (PINTO et al., 2004).

Duas diferentes situações foram encontradas. Uma delas ocorre quando a pessoa com hipertensão arterial é a mulher (mãe-esposa). Essas relatam diferentes possibilidades que facilitaram sua adesão à dieta: quando os filhos aceitaram a restrição de sal na comida, com a possibilidade de que quem desejar mais sal o coloque em seu próprio alimento; quando a família aderiu à restrição alimentar; quando direcionou a família para uma alimentação adequada, além da restrição de sal. Isto pode acontecer através de argumentos sobre a sua própria necessidade. Elas evidenciam nesses relatos a possibilidade da família

aderir à sua dieta sem resistência.

No entanto, nem sempre essas mudanças são pacíficas, pois há reclamações, principalmente dos filhos, quanto às modificações realizadas no preparo do alimento:

Na verdade, eu acostumei e o pessoal também acostumou com essa comida. A comida é temperada, mas não é salgada. Depois disso, comecei a fazer dieta e comecei a cuidar da alimentação. Deixei de comer coisas salgadas e gosto muito de comer legumes e verduras e carne branca. Aí o pessoal entrou também no costume, mas o meu filho que mora comigo tinha dia que ele dizia que a comida tava doce eu dizia pega lá o sal porque tu podes comer eu não, aí é assim, mas agora é assim, ninguém mais reclama. Todos se acostumaram a comer comida com pouco sal ou às vezes sem sal. (P6G1).

(...) Eu faço a minha com um pouquinho de sal, porque do pessoal eu ponho mais, mas eles dizem: - Mãe, faça junto com a nossa. Eu digo: Não, meu filho, vocês comem sal, eu não posso. Aí a eles dizem: - Não, mãe, a senhora faz sem sal e aí faz tudo junto. Se tiver insosso que não dê para nós comermos, a gente põe um pouquinho de sal. (P4G1).

As mulheres relatam também que, mesmo quando a própria pessoa com hipertensão arterial é a responsável pelo preparo do alimento, o que é, a princípio, uma possibilidade de realizar a dieta, nem sempre assim acontece, pois, mesmo elas preparando seu alimento separado e tendo o apoio de outro como responsável pela alimentação dos demais familiares, isso não foi uma prerrogativa para seguir a dieta. Elas relatam que os hábitos alimentares regionais são muito fortes e gostam de sentir o sabor do sal na comida.

A outra situação ocorre quando o homem (pai/marido) é a pessoa com hipertensão arterial. Fica evidenciado o relato deles voltado para a condição de que é a mulher (esposa/filha) quem prepara o alimento adequado, por ser o cuidado para com o homem (marido/pai) mais uma necessidade que a mulher tem que prover, havendo ou não o apoio dos demais familiares:

Minha filha agora é que faz minha comida (...) é

preferível a gente comer sem sal. (...) mas, ultimamente, depois que a minha irmã morreu, eu tenho problema de família com minha esposa, sabe como é que é? To quase deixando minha esposa. Aí não deu mais certo, daí é minha filha que faz minha comida. Eu estou praticamente quase separado. (PIG1).

Aqui nos relatos observamos que, mesmo não sendo a esposa a preparar o alimento, motivada por conflitos no relacionamento conjugal, a filha assume este papel, confirmando mais fortemente as relações do cuidado prestado ao homem (marido/pai).

Este dever da mulher, expresso no cuidado para com a família, já é condicionado ou instruído às novas gerações desde a fase infantil. Pinto et al. (2004) estudaram a família representada nas estórias em quadrinhos, procurando identificar quais os temas referentes à família são expressos nas imagens. Como um dos resultados, dentre outros, identificaram esta forma de comportamento nas imagens apresentadas às crianças. Ao apresentarem as tarefas domésticas de homens e mulheres, em relação às funções dentro da família, as mulheres assumem as tarefas de dona de casa. Isso é constatado pela presença destas, em geral, na cozinha, servindo a mesa ou varrendo o chão. Os pais aparecem indo ao trabalho ou voltando dele.

Os resultados dos estudos de Pinto et al. (2004), mais uma vez confirmam a condição da mulher relacionada aos afazeres domésticos, ao contrário do que outros estudos apontam, como os de Silva et al. (2010). Estes, porém, não se mostram contraditórios, mas exibem as diferentes realidades vividas na sociedade brasileira e, especialmente, os diferentes papéis vividos pelas mulheres quando a cultura centrada no prazer, no lazer e na livre escolha individual legítima o desejo de a mulher viver para si e desqualifica o modelo da “perfeita dona de casa”, que trazia como principal ‘regra’ a vida feminina voltada para a família. O estudo de Silva et al. (2010) teve como participante um grupo de quinze mulheres pertencentes à camada sociocultural média, com idades entre 20 e 35 anos, solteiras e casadas, todas sem filhos e com nível superior completo ou em formação, fatores que podem ser responsáveis pelo modo de viver dessas mulheres.

Mesmo dissociando-se os papéis das identidades entre homens e mulheres, não mais tendo o masculino como referencial, mas, sim, a construtividade dos gêneros e assumindo a transitoriedade dos papéis e

dos espaços, neste trabalho ainda se evidenciam os papéis da mulher relacionados aos afazeres domésticos e ao cuidado com a família. Convém salientar que uma provável justificativa para a manutenção dessa tradição é que, na sua maioria, este grupo é composto por mulheres de classe social mais baixa economicamente, a maioria idosas, além do nível de escolaridade estar aquém do ideal exigido para o desempenho de atividades mais especializadas, além do que, a despeito das transformações ocorridas, a família patriarcal ainda é referência simbólica para a sociedade brasileira.

Ter quem prepare o alimento, sendo familiar ou não, foi evidenciado como uma situação de diversas possibilidades. Dentre os que precisaram dessa ajuda, alguns se sentiram atendidos nessa necessidade, enquanto outros relataram não receber o mesmo cuidado, uma vez que não havia essa preocupação por parte de quem preparava o alimento. Os que não aceitaram o apoio referiram a repulsa por alimentos insossos, ressaltando o gosto pelo sal na comida e a rejeição por verduras e legumes. Os que foram beneficiados por este apoio ressaltaram o cuidado evidenciado por quem prepara o alimento.

A condição financeira é um dos elementos que influencia na questão da adesão à dieta. Tal como os demais elementos, suas implicações conduzem a diferentes comportamentos naqueles com hipertensão arterial. Aqueles cuja condição financeira não é questão primordial na adesão ou não à dieta mostram diferentes comportamentos. Os que realizam a dieta destacam a preocupação em manter a saúde, a necessidade de controlar a pressão arterial, impedir que outras doenças interfiram na pressão arterial e a preocupação com o futuro para um viver mais saudável:

Porque eu tava comendo tudo. Tudo, tudo, tudo. Agora não, agora eu diminuí as coisas que eu como. Mas eu sou ruim para comer comida. Eu como é muita besteira: bolo, doce, sorvetes, iogurtes... essas coisas doces assim. Eu gosto, mas... não to comendo agora. Eu não gosto de feijão, mas de fruta eu gosto. Faço também uma salada crua de cenoura e repolho e beterraba. Tomate e pimentão, essas coisas assim. Eu não tava fazendo a dieta porque estava cansada da dieta, mas senti que eu aumentei de peso, daí eu voltei para fazer dieta. Eu tenho que baixar este peso por causa do joelho, ou melhor, dos joelhos (risos) (...) quando eu estou aperreada, ela (a irmã) manda dinheiro para outras coisas sem eu

pedir. Ela manda dinheiro na conta, daí se eu precisar, ela manda mais. (...) e eu recebo minha aposentadoria (...) e ainda tem o menino que morava comigo, que às vezes ele vai lá em casa e que leva peixe para mim e às vezes deixa dinheiro. E tem o meu cunhado que sempre me ajuda também. (P2G4).

Os que não fazem a dieta dizem que viver bem para eles está relacionado a atender suas necessidades quanto à alimentação, ingerindo o tipo de alimento que gostam e da forma como apreciam (têm intolerância ao alimento insosso ou com pouca quantidade de sal e gordura; preferem frituras em detrimento de alimentos grelhados ou assados; têm preferência por alimentos regionais), sendo difícil fazer restrições. Eles não se importam com a dieta como parte do tratamento, mas dão destaque ao tratamento medicamentoso e às atividades físicas como elementos importantes no cuidar da saúde. Fica evidenciado que a condição financeira satisfatória, neste caso, não foi uma premissa para a adesão à dieta:

Mamãe adora fritura (...) Tudo da mamãe é frito. Tudo da mamãe é frito. É uma vez ou outra que é grelhado ou é assado, que ela gosta muito de assado de brasa. Teve uma época que eu comprei leite desnatado, adoçante, um monte de coisa. Ela dizia que o leite era ruim, que o leite não tem gosto. Depois eu parei de comprar e não insisti mais. (Fm1G5).

Os que têm dificuldades financeiras para aderir à dieta destacam sua realidade. Esses não têm renda fixa nem emprego formal ou recebem somente para o sustento da família. A preocupação dos chefes de família é a de prover o possível para a mesma, não cabendo preocupação com a dieta. A premissa é que se tenha alimento diariamente, mas sem a preocupação com a qualidade do que é consumido. Ocorre também o abandono da dieta prescrita pela nutricionista, pois não há possibilidade de adquirirem o que é recomendado:

(...) porque a senhora sabe, ganhamos um salário mínimo, daí tem que pagar casa, água, luz, telefone, outras contas, comprar comida, daí dieta

rigorosa pra fazer não dá. (P3G4).

Quando se trata de prestar ajuda financeira, são referenciados filhos e netos / homens na maioria das vezes. Mesmo assim, em alguns casos, a pessoa com hipertensão arterial não tem sua dieta atendida. Elas relatam que aqueles que ajudam nem sempre conhecem ou estão atentos às especificidades e necessidades de uma pessoa portadora de hipertensão arterial. Por outro lado, a pessoa não se sente à vontade para fazer escolhas. O que se revela aqui é que, mesmo com o apoio recebido, esta ajuda não está voltada para garantir a adesão à dieta, ficando evidente que, o tratamento é secundário à sobrevivência.

A mobilização da rede de apoio para adesão à dieta

Seguir a dieta requer modificação no cotidiano das pessoas. Essas modificações geralmente superam a capacidade individual de realizarem, seja por limitações físicas, financeiras ou mesmo por limitações nas interações pessoais.

O apoio dos integrantes da rede para adesão à dieta está relacionado mais fortemente aos familiares quando eles se preocupam em preparar o alimento, quando aderem às modificações alimentares promovidas pela mulher (mãe-esposa) e quando ajudam financeiramente. Quanto aos profissionais, o apoio está relacionado às orientações dietéticas da nutricionista e dos médicos; na falta da nutricionista, a orientação é feita pelos médicos e enfermeiras.

A existência de conflitos familiares quando não há adesão à dieta mostra que a atuação da rede de apoio social, por vezes, parece estar pautada na ajuda para que a pessoa com hipertensão arterial modifique seu comportamento, sem haver uma compreensão efetiva da situação e de suas implicações, o que pode ser conseguido com a ajuda do psicólogo, por exemplo.

A rede de apoio necessita ampliar sua ação para que aumente a possibilidade de adesão à dieta pelas pessoas com hipertensão arterial. Neste sentido, cabe pontuar as necessidades dessas pessoas, mostrando os prováveis caminhos a serem seguidos na intenção de ampliar a possibilidade de adesão à dieta. Acreditamos que a melhora do nível educacional também poderia ser um dos fatores contribuintes.

Uma estratégia para estimular a redução da ingesta de sal pela pessoa hipertensa, bem como para normotensos que apresentam picos hipertensivos, é também estender esta redução para toda a família, uma vez que, depois de considerar os genótipos responsáveis pela retenção

do sal, devemos considerar a pessoa com hipertensão como índice de tendência familiar, logo, a recomendação para as medidas preventivas, especialmente para a redução de sal, deve ser feita para toda a família (STROMILLI, 2009).

Os hábitos alimentares são muito fortes neste grupo. Para essas pessoas, o viver bem está relacionado à forma como elas atendem a suas crenças, opiniões, costumes e tradições, independente do julgamento e do que dizem ou fazem os profissionais de saúde e também da favorável condição financeira de poucos. Viver bem para essas pessoas é sentir-se bem com suas atitudes em relação à alimentação, sem considerar as complicações que a hipertensão arterial pode trazer para sua saúde.

Para aqueles cuja situação financeira insatisfatória é considerada motivo para a não adesão à dieta, o apoio dos familiares faria uma diferença singular, entretanto, as condições financeiras também desfavoráveis dos filhos colabora para manter ainda distante a possibilidade da adesão à dieta. Nesse contexto, a rede de apoio compromete a ajuda, sendo esta limitada àquilo que é possível.

Quando a ajuda financeira vem da família, quase sempre esta é originada de filhos e netos, sustentando os costumes de que o homem é o responsável pela manutenção da família. Porém, evidenciando o papel que a mulher alcançou na sociedade, também elas no papel de filhas participam desta rede de apoio financeiro para as pessoas com hipertensão arterial.

É importante destacar que, quando o apoio financeiro vem das filhas mulheres, elas sabem exatamente o que adquirir e/ou o que fazer para manter uma alimentação saudável, mesmo contrariando os desejos da mãe, que tem liberdade de expressar essa contrariedade. Todavia, quando essa ajuda vem dos filhos e/ou netos homens, isto não acontece, uma vez que, além de desconhecem as peculiaridades das pessoas com hipertensão arterial, não são contrariados na ajuda que oferecem. O que se revela aqui é que, mesmo com o apoio recebido, não há garantia da adesão à dieta, uma vez que fica evidente que as relações familiares de dependência não permitem que sejam feitas as devidas escolhas quanto à alimentação ou ainda que não se aceite a ajuda oferecida. Aqui, mais uma vez, cabe o apoio de profissionais, que, juntamente com os familiares, poderiam discutir a possível reorganização desta forma de apoiar, bem como, e o mais importante, discutir as relações familiares e as implicações para a adesão à dieta.

Sobre motivação quanto a realizar ou não a dieta, Assis; Nahas (1999), usando em seus estudos alguns pressupostos do pesquisador Rollnick, expõem suas opiniões. Afirmam que a motivação é complexa

e que variáveis intrínsecas e extrínsecas passam a influenciar o processo em determinado momento. As influências motivacionais são diferentes e estão relacionadas ao fator tempo, ou seja, hoje pode ser diferente do amanhã e diferente ao longo das demais semanas ou meses. Assim sendo, metas em curto prazo podem preceder sobre as de longo prazo. Isso implica dizer que se tornar ou permanecer saudável, ou aprender o que alguém precisa para um cuidado apropriado na presença de uma doença crônica (doença cardiovascular, diabetes, obesidade, agravos renais, dentre outras) envolve metas em longo prazo, enquanto comer uma torta de chocolate, beber um tacacá ou açaí com farinha de mandioca ou de tapioca e peixe salgado "só desta vez" satisfaz uma meta em curto prazo de prazer. O que dizer dessas influências ao longo dos anos, uma vez que a hipertensão arterial é uma condição crônica? Assim sendo, os mesmos autores sugerem que os aspectos que influenciam a adesão de uma pessoa à dieta devem ser analisados como um conjunto de características relacionadas não somente à pessoa, mas também ao profissional; avaliar a qualidade da relação entre ambos, bem como compreender os aspectos organizacionais, pessoais, ambientais e físicos relacionados ao serviço de saúde.

SUBCATEGORIA 2: Monitorando a pressão arterial

‘**Monitorando a pressão arterial**’ é uma demanda porque, ao descobrir a doença, as pessoas reconhecem a necessidade de monitorar a variação dos valores pressóricos, o que oportuniza conhecer seu comportamento e acompanhar quaisquer alterações. Neste sentido, haverá possibilidade ou não de fazer associações com fatores externos e internos, na tentativa de identificar as causas das alterações, além de ter o controle dos valores pressóricos.

O significado da aferição da pressão arterial está associado ao reconhecimento da resposta do corpo às diferentes interações vividas e à identificação do aumento da pressão arterial.

O reconhecimento das respostas do corpo está associado ao relato de aspectos emocionais como aqueles responsáveis pela origem e/ou alteração dos valores pressóricos, bem como ao relato de sinais e sintomas que indicam essa alteração.

Essa identificação possibilita às pessoas relacionarem as alterações da pressão arterial com as diversidades de condições vivenciadas no seu cotidiano. Os fatores externos, geralmente de caráter emocional, estão vinculados ao dia a dia e contribuem para o descontrole da pressão tais como relações estressantes, conflituosas e de subjugação no trabalho; relações conflituosas na família ou com o

parceiro, por exemplo. As pessoas pontuam inúmeras sensações que, para elas, têm íntima relação com a pressão arterial: raiva, nervosismo, medo, preocupação, ansiedade, inquietação, angústia, susto e agitação são algumas dessas sensações. Na presença delas, consideradas aqui como alterações emocionais, a aferição da pressão arterial, por vezes, confirma as alterações percebidas.

É interessante notar que as pessoas que comprovam isso com suas próprias experiências são tanto as que referem ter um estilo de vida saudável e usam a medicação corretamente como aquelas que assim não procedem. Vários são os acontecimentos relatados que seriam os motivos relacionados ao descontrole da pressão arterial. Sentem-se solitárias, mudaram de cidade, vivenciaram e/ou vivenciam muitos conflitos e muita preocupação com os diversos aspectos da vida:

É emocional (refere-se ao que mexe com a pressão) (...) Olha, é tanta coisa que começou da minha infância já, porque... começar de bebê. Minha mãe morreu tinha um ano. Fui criada com a madraستا, aí minha vida não foi boa assim. (...) Eu também fui criada com muito medo quando eu era criança. Minha madraستا me maltratava muito, parece que sentia muito ciúme do meu pai. Ela não deixava ele me dá carinho, me tirava isso. Me batia e me beliscava muito. (...) O casamento não deu certo, aí vieram os filhos. Fiquei lutando. Criei meus filhos, que ficaram todos adolescentes quando me divorciei. Meu ex-marido era alcoólatra. Todas essas turbulências da vida... Aí me aposentei. Eu trabalhava no Banco do Brasil, tinha um emprego bom. Depois eu pedi minha demissão naquele Plano de Demissão Voluntária. Besteira que eu fiz. (...) Mas eu fiquei tão depressiva quando eu vim para cá (mudou de cidade por causa dos filhos). Tudo diferente. Tudo diferente, assim. Eu praticamente vivo muito só"(...) só muito problema, mas tudo isso repercute na vida da gente, repercute muito e muito. (...).(P8G1).

Eu saio às 8h da manhã para trabalhar. Pego dois ônibus. No meu serviço, a gente anda o dia todo. (...) Também é um barril de pólvora (trabalha com menor infrator). Quando estoura rebelião, atinge todo mundo. (...) Aí você já viu, fica todo mundo tenso porque atinge todos. E

ainda tem mais: agora veio uma presidente que quer diminuir o nosso salário (...) Já dei meu sangue na instituição. Agora quer tirar do meu salário?! (...) Faz ameaça que vai tirar, que vai fazer e acontecer, aí todo mundo fica com os nervos à flor da pele. É isso que está acontecendo aí no meu serviço. (...) Moro sozinha. Meu marido foi embora de casa quando ele tinha 56 anos. Eu tinha 46. Eu fui ver a minha neta nascer, quando eu voltei ele tinha arrumado uma menina de 20 e poucos anos. Saiu de casa e foi diretamente para a casa dela e me deixou sozinha. Me deixou com muitas dívidas. Já passei o pão que ninguém queria comer. Você tá entendendo? Já tive muitas dívidas na costa e ganhava uma miséria porque nessa época não tinha gratificação, não tinha nada. Só salário mesmo. Eu tinha muitas dívidas de água, luz, telefone e não tinha nada para comer dentro de casa. Eu só vivia com depressão. Fui assaltada duas vezes. Numa das vezes, caí e quebrei o braço. (...) Na segunda vez, me chutaram muito. Eu fiquei com rosto deformado. Passei mais de dois meses internada no hospital. Tive traumatismo craniano. Fui operada da cabeça. Por tudo isso eu já passei... (...) Mexe, mexe com o emocional. (...) Desse jeito não têm pressão que resista a uma situação dessas. (P5G1).

Não há mais como negar que as reações emocionais e psíquicas são uma realidade do cotidiano que influenciam as condições clínicas de pessoas com hipertensão arterial. Péres et al. (2003), ao estudarem sobre pensamentos e percepções de pessoas com hipertensão arterial quanto à etiologia da doença, obtiveram como resultados que, na percepção das pessoas, a etiologia está ligada principalmente aos aspectos emocionais, seguido de hábitos alimentares, superando as demais respostas como causas tais como herança genética e obesidade, dentre outros, fatores esses comprovadamente relacionados com o surgimento da doença. Resta-nos aceitar que os aspectos emocionais estão mais ligados à compreensão das pessoas, mesmo que ainda discordantes entre os pesquisadores, tais como Beevers; MacGregor (2000), que ainda questionam quanto à relação do estresse com a origem da doença, pelo

fato de considerarem a presença sempre de outros elementos como a pobreza, o baixo nível de escolaridade, dieta inadequada e obesidade.

No mesmo estudo (PERÉS et al., 2003), as pessoas com hipertensão foram questionadas quanto aos aspectos que dificultam o controle da pressão. Grande parte também se referiu aos aspectos emocionais como fatores responsáveis pelo controle da pressão. Nervosismo e irritação, preocupação e ansiedade foram relatados e relacionados com problemas em casa, contrariedade/aborrecimento e situação financeira, o que também expressa os achados de nosso estudo.

Para as pessoas que reconhecem as respostas do corpo através das percepções de sinais e sintomas diversos, indicando que a pressão arterial está elevada, a aferição se torna uma ação secundária, pois apenas querem confirmar o que já sabem, mesmo assim acreditam que é importante medir a pressão quando sentem alterações. As alterações corporais percebidas e que mais foram relatadas são as seguintes: dor de cabeça, dor na nuca, dor no braço esquerdo, náuseas, vômitos, mal estar geral, sudorese, lipotímia ou a sensação desta:

Sim, quando está alta eu sinto. (...) Eu sinto uma dor aqui na nuca. É uma dor que incômoda, e assim, dor no braço esquerdo, parece que ele tá pesado. Daí eu já tô sabendo. (...) É, eu já sei que a pressão tá alta. (P3G1).

Sei, sei (quando a pressão está alta) porque dói muito a minha cabeça. Dói demais a minha cabeça e eu suou, suou, suou demais. (P2G1).

Eu sinto sim aquele frio, aquele suor, é isso eu sentia mais. (P10G1).

Eu sentia muita dor na nuca. Quando sinto dor na nuca, pode vê. Mas agora não está alta, tá 14. Se ela ficasse nesses 14, não tinha problema... mas não pode aumentar. (P12G1).

Conhecer como o corpo se comporta mediante as alterações da pressão arterial é considerado para essas pessoas como um fator importante, tanto para aquelas que fazem um controle contínuo da doença e confirmam as alterações através da aferição da pressão, quanto para aquelas cujas atitudes são apenas pontuais para a redução da pressão arterial.

A identificação do aumento da pressão para pessoas que não apresentam nenhuma alteração corporal é uma conduta muito importante, logo a aferição da pressão, para essas pessoas, é essencial/vital no tratamento, uma vez que a ausência de alterações corporais é motivo de preocupação para elas, o que estimula de certa forma a manter sempre a aferição da pressão arterial. Consideram a doença ‘silenciosa’, ‘inimiga oculta’. Sabem que a pressão arterial pode se elevar sem que percebam, logo, aferir a pressão com frequência pode contribuir para manter ou pelo menos tentar manter o controle da doença:

Não, eu não sinto quando a pressão está alta. Uma coisa que sempre dizem é que ela vai matando devagarzinho e que ninguém sabe de nada. Olha, a minha tava 15/14. Tava alta. Mas tem que controlar para poder operar porque eu vou operar de hérnia. Só sei que a pressão tá alta quando marca no aparelho. Desde que eu fiz a dieta melhorou, passou. Eu não sinto dor de cabeça, eu não sinto dor na nuca. Já tem uns cinco anos que eu não sinto nada, não tenho mais dor de cabeça. (P3G4).

A frequência da aferição da pressão arterial é diversificada. Cada pessoa tem sua própria rotina e aciona a rede de apoio como convém. Uns aferem a pressão regularmente, outros esporadicamente; quando sentem alguma alteração, como dor na nuca e mal-estar geral ou somente nos dias das consultas médicas agendadas. O fazem na residência, em farmácias que ofereçam este tipo de serviço, procuram a ajuda de vizinhos ou parentes próximos, ou ainda os serviços da unidade de saúde.

É evidente que, enquanto alguns mantêm certa regularidade na aferição da pressão arterial, outros só o fazem quando percebem alguma alteração que lhes indicam que a pressão pode estar elevada. A implicação para esses consiste no fato de que, como a pressão arterial por ser ‘silenciosa’, a não regularidade da aferição é um fator complicador para a identificação precoce das alterações.

A frequência da aferição da pressão arterial está relacionada à possibilidade de exercer certo controle da doença quando se permitem identificar essa alteração e tomar medidas que visem ao seu controle. Essas pessoas têm nas mãos as chances de agir controlando as alterações da pressão arterial e, em seguida, evidenciar os resultados de sua própria

ação, mostrando, dessa forma, a participação ativa no seu próprio tratamento. Alguns tomam medidas simples como o uso de remédios naturais e, em seguida, consideram que descansar e relaxar são medidas complementares importantes. Outros, pela fé, pedem a ajuda de Deus. Dessa forma, alegam ser possível contribuir para a estabilização da pressão. Outros tomam o remédio prescrito pelo médico, associado ou não ao remédio natural:

O que eu faço? Simplesmente eu me acomodo, digo assim para meu marido: vou me deitar e esfriar a minha cabeça; estou com dor de cabeça. Mas é uma maneira de relaxar. Aí me deito, sossego, fico calma aí naquele momento eu oro, falo com Deus. Eu converso com ele e digo: Senhor, me prepare, se não é meu momento... aí eu choro, choro, converso com ele, quando acabo eu estou bem. Eu já estou alegre, satisfeita, brincando, conversando (...). (P3G1).

Ah, quando tá alterada eu faço um chá de erva-cidreira, faço da casca do chuchu, da raiz da chicória, todos esses chás eu tomo. Mesmo tomando remédio da farmácia, quando a pressão tá meio descontrolada, eu tomo esses chás e a pressão normaliza. Tem chá da folha da ameixa amarela que também é bom para pressão. (P6G1).

Minha hipertensão é leve ela não é tão alta no máximo. Só a primeira vez que chegou a 18, mas quando ela me ataca... é 16, 16/9. Mas eu já aprendi a controlar, não vou mais nem para o hospital. Coloco o captopril debaixo da língua pra aliviar, colocou um de 50mg logo quando ela está aumentada. (...) É, tomo um chazinho de cidreira, (...) É, um capim cidreira, de camomila, eu gosto de tomar (...) É calmante, não é? (P8G1).

Outro olhar para esse contexto parece indicar que a ação de controlar a pressão pode não estar ligada somente à manutenção da normalidade dos valores, como se tem a impressão inicial. Parece também estar relacionada ao fato de sentir-se bem, mesmo com a

pressão elevada, como ficou evidenciado em algumas pessoas que, por vezes, apresentam valores elevados de pressão arterial, têm conhecimento disso e tomam ou não atitudes para a correção dessas medidas, por não apresentarem as manifestações da doença.

O apoio promovido pela rede para a aferição da pressão arterial

O apoio promovido pela rede é evidenciado nas ações dos familiares, quando os filhos adquirem o esfigmomanômetro para que a pessoa com hipertensão arterial tenha oportunidade de aferir a pressão regularmente; quando nora e neto aprenderam a verificar a pressão e assim o fazem sempre que necessário; quando familiares levam a pessoa na Unidade de Saúde para aferir a pressão arterial. Além dos familiares, vizinhos também ajudam, aferindo a pressão mediante a apresentação de alguma evidência de que ela possa estar elevada.

O serviço de saúde também é participativo quando a questão é a aferição da pressão arterial. Os que vão até a Unidade de Saúde em busca desse atendimento é porque estão apresentando sinais e sintomas que podem ter relação com o aumento da pressão arterial ou porque precisam fazer várias medidas da pressão no intervalo entre as consultas médicas. Ambos são atendidos, sendo que aqueles que apresentam alterações clínicas são encaminhados para outros serviços de saúde que possuem atendimento de urgência/emergência quando necessário.

Outras situações vivenciadas por essas pessoas mostram também alguns aspectos nos quais fica evidenciado que, por vezes, esse apoio é inexistente, como o relato das pessoas que, ao procurarem a unidade de saúde, nem sempre têm a pressão aferida, ou quando isso acontece, são informados de que não podem ser atendidos pelos médicos ou ainda de que não têm o remédio na farmácia. Elas voltam para suas residências e utilizam remédios naturais na tentativa de estabilizar a pressão arterial.

A ação de aferir a pressão arterial é muito importante pela possibilidade de controlar as alterações quando detectadas. Para alguns, esta é uma iniciativa própria originada pela necessidade de identificar o comportamento da pressão e, para tanto, precisa ser contínua, para outros a ação de controlar a pressão não está ligada à normalidade dos valores, como temos a impressão inicial, mas, sim, parece estar relacionada mais com o fato de se sentir bem, mesmo com a pressão elevada, o que, para os profissionais, inicialmente, não parece ser considerado, entretanto, é necessário compreender também essa forma de as pessoas lidarem com a hipertensão arterial.

A necessidade de apoio implica primeiramente na manutenção

dessa iniciativa que está mais ligada aos familiares e à própria pessoa. Posteriormente, há necessidade de apoio para atendimento e controle da pressão alterada, se este for o achado.

É importante que as pessoas entendam a necessidade de aferir a pressão arterial mesmo apresentando valores normais, pois o objetivo dessa medida é identificar qualquer alteração da pressão. Devem entender também que os valores normais não significam a não presença da doença, como muitos acreditam. Isto não é motivo para interromper a frequência da aferição e muito menos o tratamento, e sim, compreender que a terapêutica está dando certo. Isso implica também mostrar independência para o controle da doença, bem como em alguns casos, responsabilizar-se em manter este controle.

SUBCATEGORIA 3: Precisando da consulta médica

‘**Precisando da consulta médica**’ é uma demanda porque a pessoa com hipertensão arterial reconhece a necessidade desta para o acompanhamento e controle da doença e para identificar as alterações que possam surgir em decorrência da hipertensão arterial.

Inicialmente, as consultas acontecem na Unidade Básica de Saúde, pois nessa instituição, funciona o programa de controle da hipertensão arterial. De acordo com a necessidade, as pessoas são encaminhadas para consultas em serviços especializados no intuito de se submeterem à avaliação mais específica.

A consulta médica possibilita às pessoas o monitoramento de sua condição de saúde, expresso pela avaliação do peso e aferição da pressão arterial; resolução de situações agudas; prescrição de medicamentos; e encaminhamento para realização de exames especializados. Além disso, o encontro com o profissional é tomado como um momento especial, que vai além dos aspectos físicos, envolvendo também os aspectos emocionais e até sociais.

A aferição do peso tem relevância secundária. Aqueles com sobrepeso ou obesidade são os que se preocupam com esta aferição, sendo esta tomada como uma referência na avaliação que fazem de sua condição e da possibilidade de terem complicações mais graves. O aumento do peso está relacionado especialmente ao não seguimento da dieta e à falta de exercícios físicos regulares.

A relação peso/pressão arterial tem uma associação direta, ou seja, quanto maior o ganho de peso da pessoa, mais chances haverá de a pressão arterial elevar. Ao contrário disso, a perda de peso reduz significativamente os valores pressóricos (VI DIRETRIZES..., 2010), sendo esta a ocorrência mais esperada.

A aferição da pressão arterial, por outro lado, é o parâmetro mais importante para todos, sendo esta relacionada aos tratamentos que estão realizando. O resultado dessa aferição pode ter diferentes avaliações, tanto significando a efetividade de seu engajamento no tratamento, quando a pressão está controlada, quanto uma surpresa ou um descontentamento por estarem realizando o tratamento e a pressão arterial se manter elevada. Há, ainda, aqueles que reconhecem que ela expressa a não realização do tratamento indicado.

Na consulta médica, o resultado da pressão arterial é usado, de maneira geral, pelo profissional como uma indicação de que as pessoas estão ou não realizando o tratamento. Entretanto, as pessoas compreendem que outros aspectos que podem interferir nem sempre são considerados, promovendo uma dissonância entre suas perspectivas e a dos médicos, que se mantêm focados mais nos aspectos objetivos do tratamento. Algumas pessoas indicam que há o profissional médico que tem uma visão mais convergente à sua experiência e que consideram diferentes elementos na avaliação de sua resposta ao tratamento, como as questões emocionais, por exemplo. Esses médicos parecem se interessar pelas questões do dia a dia que envolvem as pessoas com hipertensão arterial e que podem influenciar no controle dos valores pressóricos. Vão muito além do que atribuir importância somente à doença:

Agora eu vou lhe contar uma coisa: pode a pessoa estar bem que só, e eu tive muitos problemas esses tempos porque eu me assusto muito com qualquer coisa e eu passo muito mal. Parece que vou morrer. Aí dá dor de cabeça, dor na nuca porque a pressão alta é traiçoeira, né? Ela tem esse problema: a gente não pode se assustar e esses tempos o meu marido foi embora de casa, então eu cheguei aqui a minha pressão estava 18/14. E a doutora X perguntou: - o que tá acontecendo? Eu disse: - ah! doutora está acontecendo isso, isso e isso. Conte tudo pra ela. (P3G2).

Quando na consulta médica o profissional consegue estabelecer a relação entre questões emocionais e alterações da pressão arterial, a pessoa com hipertensão arterial se sente bem e faz uma avaliação mais positiva desta consulta ou do profissional.

Alves; Nunes (2006), analisando as consultas médicas realizadas

às pessoas com hipertensão arterial, identificaram três tipos de tendências na conduta dos médicos, sendo que duas dessas foram semelhantes aos nossos achados. Uma delas se caracterizou pelo foco na queixa principal da pessoa, dos exames físicos e laboratoriais, e pela ênfase conferida ao uso da medicação e ao controle da pressão arterial. A segunda tendência se caracterizou pela busca e investigação de outros problemas de saúde além da queixa principal, evidenciando a dimensão psicossocial, que diz respeito ao sofrimento das pessoas e suas relações afetivas nos diversos aspectos vividos.

A resolução das situações clínicas agudas é de grande relevância para as pessoas, uma vez que elas procuram a consulta médica na intenção de terem seus problemas de saúde resolvidos de maneira imediata, sem que esta consulta esteja agendada. Essa resolução tem diferentes caminhos, podendo tanto ser atendidos pela enfermeira, que direciona para o médico ou para serviços de emergência, ou ainda permanecem esperando na tentativa de falarem com os médicos para que sejam atendidos, cabendo a eles conseguirem a consulta médica de maneira informal, fato este que nós presenciamos.

Avaliam que ter a consulta fora de agendamento tem repercussões na qualidade da mesma, pois relatam que não há mensuração de peso e pressão arterial na sala da pré-consulta. Além disso, a situação provoca nessas pessoas reflexões acerca de sua condição financeira e social, sentindo-se constrangidos por acharem que estão “mendigando” por atendimento. Consideram-se desprestigiados e impotentes quando há recusa do atendimento. Por outro lado, quando conseguem ser atendidos, sentem-se satisfeitos, relevando os percalços e as suas próprias limitações:

Hoje eu não medi a pressão nem vi o peso porque a minha consulta não está marcada. Eu estou aqui tentando ver a se a doutora X me atende...espero que ela me atenda. (...) mas agora eu estou sentindo minha barriga inchada e às vezes dói. Por isso também que eu quero falar com a doutora. (...) Olha agora eu estou com este problema aqui no estômago e também com este problema na virilha. Parece que fica tudo como assadura. Eu estou até com medo desse negócio. Se eu fosse pessoa de comer toda hora... mas eu não sou. Eu estou um pouco preocupada. (P11G1).

A consulta médica também é vista pelas pessoas como a possibilidade de receber a medicação, sendo este por vezes o fato mais

importante. Em caso de faltarem às consultas médicas e ficarem sem remédio, recorrem às enfermeiras na intenção de terem esta questão resolvida. Estas podem repetir a prescrição médica anterior ou providenciar outra consulta para que a pessoa não fique sem os remédios. Alguns, por desconhecerem esta possibilidade, permanecem sem medicação até que compareçam a uma consulta médica agendada:

Ah! eu estou tomando remédio porque, no dia que eu vim, eu não consegui falar com a doutora X porque ela faltou, mas eu falei com uma enfermeira e ela me deu o remédio, só que, como eu estava com a receita nova, eu fui na farmácia popular e o rapaz me vendeu, mas já está terminando o remédio. (P11G1).

E agora já faz dias que eu não tomo remédio e já estou cismando que eu estou com pressão alta. (...) Porque já tinha marcado pra voltar, mas o remédio já terminou (...) e eu me esqueci de voltar, aí esqueci, aí fui obrigado a marcar de novo para hoje. Eu não peguei remédio. (P2G1).

A valorização da prescrição de medicamentos pode se sobrepor à própria consulta, sendo que, para alguns, a não disponibilização dos remédios chega a ser motivo de não comparecimento à consulta.

O encaminhamento para os serviços referenciados tem importância para as pessoas com hipertensão arterial. Eles referem que a consulta com especialistas deve ocorrer pelo menos uma vez por ano para que seja feita uma avaliação mais específica, porém dizem que este serviço nem sempre é tão disponível quanto deveria ser. Ressaltam a necessidade dos serviços de médicos cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas e neurologistas, dentre outros, tornando-se evidente que os médicos especialistas são vistos como aqueles que poderão tomar as decisões mais importantes e de maior resolutividade para os seus problemas de saúde.

O conhecimento maior de alguns quanto aos seus direitos evidencia que boa parte dessas pessoas sabe avaliar suas necessidades de saúde e que o atendimento pelo médico especialista deveria ser um serviço mais acessível:

Pra gente que paga 38% de imposto não ter uma coisa boa... O principal fator é a dificuldade, dificuldade para conseguir profissionais como

endocrinologistas, por exemplo. No meu caso, porque eu leio muito a respeito, então eu sei que o hipertenso pelo menos uma vez por ano ele tem que fazer uma avaliação com o cardiologista. Então há uma dificuldade muito grande neste setor. (PIG2).

As dificuldades relatadas e vivenciadas por essas pessoas com relação ao encaminhamento para os serviços especializados são as seguintes: demora na tramitação da guia de referência, no agendamento de consultas, na realização dos exames solicitados e demora também no retorno à consulta com o médico especialista com os resultados dos exames, sendo que nem sempre são atendidos pelo mesmo médico. Nesta mudança de médico, há, por vezes, mudança de tratamento prescrito anteriormente, o que gera nas pessoas desconfiância e insegurança no atendimento. A dificuldade do retorno pode gerar a necessidade de repetir alguns exames, tal é a lacuna de tempo para este atendimento:

quando a gente chega a voltar com o médico, os exames já estão vencidos porque os exames têm validade de três meses (...) e ainda tem outra coisa: a gente nunca vai (retorna) com o mesmo médico, então um fica trocando a medicação que o outro passou, cada um dá uma opinião, cada um pede um exame. (...) - O que eu considero demora em relação ao tempo? Olha, demora no seguinte: o que a gente demora assim para conseguir fazer um eco, um holter leva em torno de quatro meses para conseguir marcar e mais uns dois meses para conseguir fazer o exame. Até que o resultado não demora muito não, mas fez o exame... eu passei seis meses esperando para fazer um eco e um holter, para ver o meu tipo de arritmia. (...) Sim, foram seis meses (contados no calendário) desde o dia da consulta com o especialista. Aí geralmente é assim: marca-se o dia do exame. Depois de uns quinze dias, ligam desmarcando. As desculpas são diversas: o aparelho quebrou, o médico está de férias, alguém viajou... é desse jeito que eles ficam 'cozinhando' a gente. Outra desculpa é que eles dizem que tem poucos aparelhos para atender a demanda de pacientes. Ah, minha filha! pra gente

conseguir um exame desses pelo SUS é fogo! Eu tenho feito quase particular meus exames. (P8G1).

O encaminhamento da unidade de saúde para os serviços referenciados obedece a um fluxograma. Na perspectiva das pessoas com hipertensão, este tipo de serviço é considerado demorado. Esta percepção é comum tanto para os que conhecem o fluxograma quanto para os que não o conhecem, uma vez que ambos vivenciam as consequências dessa demora. Eles relatam que as consultas levam tempo para acontecer e, por isso, o diagnóstico médico também, pela demora em fazer os exames solicitados. Tudo isso culmina com um tempo maior para iniciar o tratamento específico, ocorrendo, em algumas situações, o agravo da situação clínica.

Alguns consideram que a demora no atendimento é compensada pelo fato de serem poupados de enfrentar filas ou peregrinações para obterem a consulta. Outros, porém, fazem críticas contundentes aos serviços, evidenciando conhecimento de seus direitos:

Olha, doutora, eu vou lhe dizer: por uma parte... olha, aqui até que é legal, por que aqui se ela (a médica) encaminha para outro médico (o especialista) a gente não tem que acordar de madrugada para sair para pegar ficha porque já fica marcado. Não precisa ficar aqui na porta do centro de saúde. A gente sai e já vai direto para o médico porque já tá marcado (...) Depois da consulta (na unidade de saúde), se tiver que fazer alguns exames ou ir para outro lugar, já sai com o encaminhamento, e daí vai para a secretaria, entrega lá o papel e eles vão marcar o dia da consulta ou do exame que tem que fazer fora. Depois eles mandam para o INAMPS da Presidente Vargas. Lá a gente pega o encaminhamento. (P2G2).

Amanhã eu vou no posto para saber que dia eu serei atendida pelo cardiologista, porque a doutora X me deu o encaminhamento e aí eu entreguei lá. Isso já faz uma semana. Aí marcaram para eu voltar dia 9, que é amanhã, aí eu não sei para onde eles vão me mandar. E lá com o médico especialista eu vou explicar e ele

vai pedir os exames aí vai dar entrada (marcação dos exames). Aí mandam lá para o Hospital de Clínicas. Ficam mandando a gente para lugares onde é difícil chegar de manhã cedo (...), mas eu vou. O problema é você conseguir fazer os exames (...). Quando a gente volta, o médico ainda reclama que demorou muito tempo. Eu digo que agora é que consegui fazer os exames (...). É isso, é a morosidade. Se tem uma pessoa com problemas sérios, aí morre até conseguir fazer os exames. Os médicos não pedem urgência. (P8G1).

O Ministério da Saúde, com do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, garante atenção integral às pessoas portadoras dessas patologias, todavia considera que, para uma consulta especializada nas unidades de referência, devem ser seguidos os critérios de encaminhamento estabelecidos para isso, os quais são os seguintes: insuficiência cardíaca congestiva; insuficiência renal crônica; suspeita de hipertensão arterial e diabetes secundários; hipertensão arterial resistente ou grave; hipertensão arterial e diabetes mellitus em gestantes, crianças e adolescentes; edema agudo de pulmão prévio; complicações oculares; lesões vasculares das extremidades, incluindo o pé diabético; acidente vascular encefálico prévio com déficit sensitivo e ou motor; infarto agudo do miocárdio prévio; diabéticos de difícil controle; diabéticos para rastreamento de complicações crônicas (se isto não for possível na unidade básica) (BRASIL, 2002c).

Nestes critérios, é possível observar que a referência só acontecerá caso alguma complicação já esteja presente ou ainda na presença de alguma situação que coloque em risco a saúde da pessoa, o que, para elas, é algo prejudicial. Neste caso, consideramos que a prevenção não ocupa um lugar de destaque, ficando evidente que a ação curativa se sobrepõe à preventiva.

Um ponto importante destacado pelas pessoas com hipertensão arterial foi o tempo gasto na consulta, que também é valorizado pelas pessoas pelo tipo de relação que se estabelece, passando também este aspecto a ser alvo de críticas quando consideram que o tempo da consulta foi inadequado ou reduzido.

Fica evidente a divergência de opinião entre as pessoas quanto ao que valorizam numa consulta médica. Enquanto algumas destacam a importância desta e como é realizada, outras opinam diferentemente sobre essa questão. Consideram a consulta inadequada, insuficiente,

superficial, além de ser reduzido o tempo de atendimento. Eles consideram ruim até para o próprio médico, quando se referem à falta de medicação na unidade de saúde porque acreditam ser uma situação constrangedora o médico prescrever a medicação, sabendo que não tem na farmácia. Alguns inclusive chegam a afirmar que de nada adianta fazer consulta se não tem remédio, evidenciando, dessa forma, a relação intrínseca da consulta com a prescrição de medicamentos, o descontentamento com o atendimento durante a consulta médica e com o serviço de saúde de modo geral, o que faz com que eles se considerem desrespeitados e desvalorizados perante o serviço público de saúde.

Pederzani (2007), discutindo sobre o tempo curto que alguns médicos têm para desenvolver uma consulta, o que por vezes reflete-se na falta de um exame completo da pessoa e na ausência da medida da pressão, por exemplo. Avaliando consultas médicas que tiveram um tempo de aproximadamente 20 minutos, considera ser este um tempo razoável para controle, mas insuficiente para fazer uma boa história clínica de uma pessoa que será consultada pela primeira vez. Tempo inviável também para conversar sobre educação em saúde, hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

O encontro com o médico durante a consulta é considerado importante, destacando-se a confiança no profissional, o tempo gasto na consulta, a referência como autoridade que dá conselhos e aponta caminhos, dentre outros. Alguns tratam até como um encontro social, indicando que, para eles, o médico é alguém que já se tornou uma pessoa amiga. Outros os consideram como verdadeiros ‘deuses’, vendo neles a esperança de poder curar ou controlar todos os males da saúde. Isso gera uma valorização do médico muito mais do que a qualquer outro integrante da equipe multiprofissional:

Às vezes eu digo para a doutora X: Olha, eu não tomei remédio, mas só a sua presença já me deixa melhor. Ela riu muito. É, com certeza. Outro dia eu falei para ela: doutora, não sei por que, mas às vezes eu venho triste, daí eu falo com a senhora e não tomo nem remédio, nem nada e já fico bem. Ela ri como que. Essa doutora é muito especial. (P4G2).

(...) Sabe que eu estou fazendo? Fazendo as visitas, porque sou eu quem visita a minha médica (risos). (...) É, eu digo que sou eu que ‘visito ela’. Olha nesse grupo aí (refere-se aos funcionários da unidade), claro que não posso falar por todos,

mas médica igual a doutora X não tem. Não tem. Eu só tenho pena porque a pobreza, a pobreza total é da prefeitura, é do Estado, tá? (P3G1).

Parte desta percepção tem respaldo nas considerações feitas por alguns médicos entrevistados. Suas consultas concentram-se num atendimento humanizado, indo muito além da simples abordagem da doença, considerando a pessoa como um ser envolvido por uma variedade de questões e não somente a doença, ressaltando, durante as consultas, que as pessoas são importantes para eles. Acreditamos que este comportamento contribui para a assiduidade das pessoas às consultas com os médicos, ocupando lugar destaque entre os preditores da adesão:

Eu vejo muito a questão da humanização. Eu vejo o paciente como um todo, entendeu? A parte psicológica, a parte orgânica da questão e a parte social. É assim que eu procuro me encontrar com eles. É mostrar a eles que eles são importantes para mim. Que meu trabalho é aquele. Para mim, o meu prêmio é o bem-estar deles (...). Olha, eu procuro fazer o melhor que eu posso, dando esse apoio para eles. Muitos têm uma carência de tudo: afetiva, entre outras. Tenho uma paciente que tem um filho alcoólatra e todas as vezes que ela vai ao consultório, ela chora muito e aí eu tenho que reanimar, mostrar, dar esperança, entendeu? (Pf2G3)

Existe, por exemplo, paciente que chega aqui e nos trata como se fôssemos um Deus. Eu digo: oh, meu amor, eu não estou fazendo nada mais do que a minha obrigação, você não tem que me agradecer, eu recebo para isso, eu me disponho a isso, mesmo ganhando muito ou ganhando pouco. (Pf4G3)

O apoio promovido pela rede na consulta médica

O apoio promovido pela consulta médica está mais relacionado com a maneira como esse profissional aborda a pessoa e como se relaciona com ela. Vale ressaltar que o apoio não é considerado da instituição, mas, sim, do profissional. Não é padrão, não é norma. É

proporcionado quando as pessoas sentem que têm um espaço de diálogo com os médicos e quando estes estão atentos às diversidades comuns a cada pessoa atendida.

Outro aspecto é que eles se sentem acompanhados em seu problema de saúde, porque eles têm essa possibilidade de marcação de consulta com o especialista, do retorno sistemático à instituição que o referenciou. O outro apoio pelos profissionais do serviço é o fornecimento de medicamento e a possibilidade de fazer os exames. A consulta lhes dá o apoio nesse sentido.

No entanto há os aspectos que mostram que esse apoio não é tão evidente. Isto ocorre quando eles não conseguem marcar uma consulta; quando eles têm uma intercorrência aguda e não obtém o atendimento desejado; quando o medicamento não está disponível na farmácia; quando o acesso aos serviços especializados é permeado de dificuldades, postergando, assim, uma avaliação especializada; e quando eles não têm um espaço durante as consultas. Por vezes, a não existência de um atendimento ágil e sistemático pode promover esse sentimento de falta de apoio.

No apoio dos médicos, convém destacar que, para alguns, é intencional essa maneira de abrir o espaço, de considerar suas queixas, valorizando assim as pessoas e suas percepções.

O apoio dos familiares ocorre de várias formas: providenciando a marcação da consulta na unidade de saúde e o transporte para a mesma; acompanhando e cuidando quanto à data e horário para que a pessoa não falte à consulta; participando da consulta médica com informações e esclarecimentos a respeito da pessoa com hipertensão arterial. Além dos familiares, os vizinhos também ajudam no transporte quando necessário.

Com relação à importância da consulta médica condicionada à prescrição e ao recebimento da medicação, esta situação pode estar relacionada à medicalização da sociedade, expressão que demonstra, segundo Dantas (2009), a tendência a se considerar as dificuldades da vida como problemas médicos, solucionáveis através de medicamentos. Para tanto, passou-se a acreditar que a farmacologia, associada à química e à biologia, dispõe de pílulas e de métodos capazes de enfrentar, se não todas, pelo menos a maioria das doenças e dos problemas cotidianos. A autora afirma que “a suposta eficácia das medicações mostra-se como uma comprovação do entendimento da subjetividade enquanto engrenagem, que cabe consertar ou ajustar” (p. 564), quando as ciências naturais ‘transformam’ a subjetividade humana em algo tecnificado e a reduzem a um complexo que, quando desequilibrado, produzirá a doença ou o adoecimento.

O uso de medicamentos tornou-se uma banalidade, o que pode comprometer a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial:

O uso abusivo de medicamentos na atualidade parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. A medicalização da vida tem se tornado cada vez mais, na sociedade ocidental moderna, um dos caminhos mais eficientes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que nos assolam cotidianamente. Neste sentido, o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente. (DANTAS, 2009, p. 564).

Além da banalidade, como Dantas muito bem descreve, para Lopes et al. (2003), existe ainda a falta de esforço empreendido no sentido de implementar, executar e estimular o tratamento não medicamentoso por parte dos profissionais da área da saúde, salvo algumas ações de grupos e ligas de hipertensão. Questionam ainda os autores se o tratamento não farmacológico seria uma tarefa difícil ou uma sedução do médico pela facilidade da prescrição, porém ressaltam que a atuação da equipe multidisciplinar é fator decisivo nessa questão.

A resolutividade da consulta médica pode estar atrelada à prescrição de medicamentos, aos exames solicitados e à referência aos serviços especializados. As pessoas relatam que essas são as necessidades que precisam ser atendidas. Quando isso acontece, consideram que a consulta foi boa – ou resolutiva. A personificação desse sucesso é transferida ao médico, quando se diz que o médico é muito bom – ou resolutivo.

Parece-nos que o serviço ideal de saúde para as pessoas concentra-se em ter mais médicos e mais remédios. Isto pode significar que é muito forte a influência da medicalização como a resolução para todas as doenças. Desejar mais médicos e mais remédios é ter a esperança de ver os problemas de saúde atendidos. Para Dantas (2009), esta percepção está relacionada ao fato de que os médicos podem ser vistos como intérpretes e detentores das explicações capazes de

“controlar” a sociedade com seus conhecimentos, encarnando o poder sacralizado da ciência e da tecnologia sobre a vida dos mortais.

Neste contexto, é importante considerar o que Alves; Nunes (2006) propõem quando dizem que a condução das consultas pelo médico tem que privilegiar o desenvolvimento da autonomia das pessoas. Isto pode ser conseguido ampliando a compreensão do problema e refletindo quanto a uma intervenção sobre a realidade que o contextualiza e determina o seu cotidiano. Assim, entendemos que, além do enfoque sobre a doença que comumente é dado, o enfoque sobre a pessoa também deve fazer parte das consultas médicas.

A compreensão de como funcionam os serviços de saúde são orientações que precisam ser compartilhadas pelos profissionais de saúde e podem ser alicerces da ação educativa, além de colaborar para que todos compreendam, pelo menos em parte, as questões que mais lhe dizem respeito.

Ao médico cabe o papel de incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença. É, também, papel do médico manter constante vigilância para o surgimento de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos (COELHO et al., 2005). Para que isso aconteça, o tempo é fator primordial, uma vez que, em rápidas consultas, não é possível orientar, ensinar, incentivar ou fazer qualquer outra ação que possa conscientizar ou pelo menos chamar a atenção da pessoa para as condutas a serem seguidas. Semelhantes razões o enfermeiro considera quando justifica a questão falta de tempo no atendimento não somente das pessoas com hipertensão arterial, mas também no atendimento aos demais.

Pederzani (2007) considera que as oportunidades de contato com elevada quantidade de pessoas na atenção básica deveriam ser aproveitadas para educar a população quanto à prevenção de enfermidades. Com a alta prevalência de fatores de risco cardiovascular na população, deveria ser dada ênfase a esse respeito e adverte que o consultório médico é um espaço para essa abordagem, seja qual for o motivo da consulta, se cardiovascular ou não. A afirmação do autor se justifica quando várias pessoas consideram a Unidade de Saúde como um apoio para o controle do peso e orientação da dieta, para o agendamento da consulta e mensuração da pressão, bem como um apoio também no controle da doença.

Ficou evidenciado que esta rede tem inúmeros papéis e inúmeras ações, assim como divergentes opiniões a seu respeito, uma vez que a própria ação da rede de apoio social contribui para a percepção da pessoa com hipertensão arterial, aqui especificamente, contribuindo para

a construção e percepção a respeito da consulta médica.

SUBCATEGORIA 4: Realizando atividades físicas como coadjuvante ao controle pressórico

‘Realizando atividades físicas como coadjuvante ao controle pressórico’ é uma demanda porque, quando as pessoas descobrem a doença, tal como a dieta, a aferição da pressão e a necessidade da consulta médica, também necessitam de modificações em suas vidas, que requerem apoio para serem efetuadas.

Acreditamos que o aumento de peso referenciado por algumas pessoas com hipertensão arterial é uma afirmação importante para justificar a subcategoria “necessitando realizar atividade física” como demanda.

O significado da atividade física está relacionado aos benefícios originados desta prática tais como o controle da pressão arterial e dos níveis de colesterol; a perda de peso e a redução dos riscos de complicações da doença, mesmo tendo sido estes benefícios referenciados por poucas pessoas. Geralmente associam a realização da atividade física com a perda de peso, sem fazer referência à pressão arterial. Mas os que o fazem referem a possibilidade de correção dos valores pressóricos, sendo que o descontrole por não realizarem exercícios físicos é igualmente mencionado. Dizem não se sentirem bem pela ausência desta prática, evidenciando conhecimento do autocuidado e a importância que dão para a atividade, uma vez que já experimentaram o resultado benéfico desta ação:

Não, não abuso, até porque na minha idade não dá pra abusar mesmo. Aí eu tenho que caminhar. (...) mas agora eu passei um mês e quinze dias sem caminhar (...) mas semana passada eu voltei a caminhar. Parece que a gente se sente mais cansado quando pára de caminhar. Não pode deixar de fazer aquilo. Deixei de jogar bola, mas aí até a pressão da gente descontrola, agora que eu deixei... mas todo dia eu ia ver a pressão (na Unidade de Saúde). Daí ela disse: não precisa vir todo dia, bastam duas vezes na semana. (PIG1)

O reconhecimento desta necessidade e dos benefícios que traz, assim como a aceitação pela mudança no estilo de vida, são fatores que indicam a compreensão de como esta ação pode contribuir no controle e manutenção de seus níveis pressóricos. O controle dos níveis de

colesterol também foi considerado por essas pessoas como uma possibilidade com a prática de atividades físicas e não somente o controle da pressão arterial.

Olha, a caminhada... eu ando muito, se eu não andasse, eu acho que devido essa gordura, eu tava 'meia bronca', porque eu engordei depois que eu fui operado, já deu três anos. (P2G1).

O reconhecimento da prática de atividades físicas pelo grupo estudado vai ao encontro do que determinam as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), quando, mais uma vez, reafirmam esta atividade como capaz de reduzir a pressão arterial tanto sistólica quanto a diastólica. Mas, para que isso aconteça, Chobanian (2003) ressalta que é necessário regularidade de pelo menos 30 minutos por dia, numa frequência de 3 a 5 vezes/semana. Logo, consideramos que o exercício físico regular e orientado por profissional da área auxilia tanto no tratamento quanto na redução do risco de desenvolver a hipertensão, que é um dos fatores de riscos primários para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a miocardiopatia, entre outros agravos. Assim sendo, consideramos que, com o exercício físico regular, é possível melhorar o condicionamento físico, exercendo, desta forma, influência significativa no controle da hipertensão arterial. O sedentarismo originado também pela modernidade dos últimos tempos contribui para o aumento de peso, além da alimentação excessivamente calórica, o que pode ser combatido também com esta prática.

Neste grupo, o aumento do peso foi uma das consequências atribuídas à inatividade física. A falta de espaço na rotina de trabalho ou a ausência do trabalho são motivos para justificar esta não realização. Mas alguns começaram a realizar exercícios físicos quando se depararam com o aumento de peso:

A gente trabalha no interior, daí não tem muita estrutura porque a gente trabalha com negócio de venda e aí é muito complicado. (...) Ganhei, ganhei peso. Eu tava pagando um cara para andar por mim, mas agora vou dispensar ele (risos, risos). É que eu estava trabalhando no interior e só andava de carro e de moto. Agora que eu voltei aqui para Belém vou tentar perder peso, (...) vou tentar retomar de novo as coisas. Eu tinha 84 kg e agora estou com 96 kg. (PIG2)

Não, eu caminhava, mas agora eu não caminho mais. Era bom, eu gostava. Eu trabalhei cinco anos aqui no Satélite, aí eu vinha caminhando da minha casa pra cá. Era muito bom, dava 40 minutos da minha casa pra cá, eu me sentia bem apesar da dor na perna, agora, como eu não trabalho mais, aí eu não caminho. (P2G4)

Então é isso, no meu dia a dia eu faço meu exercício e jogo a minha bola no final de semana. Eu estou com 97, mas eu pesava 104 kg. Eu era mais forte. Agora fico controlando meu peso e deixando muitas coisas que podem fazer mal. Antes eu sentia muita dor de cabeça e eu pressentia este problema quando estava obeso, eu fazia pouca atividade física, eu gostava muito de bola, então parei quatro ou cinco 5 anos. Só trabalhando, trabalhando aí eu estava engordando. Daí eu comecei a sentir tudo isso e eu caí na real: antes eu fazia exercícios, jogava bola nos finais de semana e fazia musculação. Agora eu estava nessa fase de que até para pegar um ônibus eu me sentia mal, o coração palpitava. Eu me sentia mal no ônibus, quase caí uma vez. Aí eu pensei: "Será que eu vou continuar a ficar assim dessa forma? Eu não era assim. Eu vou parar, vou dar um tempo. Então eu resolvi mudar e comecei a controlar muitas coisas na minha vida. Eu já estava indo naquele caminho em que eu dizia olha, já acabaram as coisas. Não, não, eu pensei, vou começar tudo de novo, né? Resolvi fazer exercício, jogar bola, diminui em muitas coisas. Uma batalha normal. Aí, depois dessa batalha toda, eu consegui mudar. (P1G4)

Nos estudos de Vitor et al. (2009) sobre tratamento não medicamentoso para a hipertensão arterial, vários respondentes consideraram a realização de exercícios físicos como sendo a segunda ação mais importante no controle da doença, antecedida apenas pela referência à redução salina, evidenciando o nível de conscientização dessas pessoas.

Aqui em nossos estudos, também evidenciamos esta

conscientização em parte da amostra, quando, para eles, retornar à atividade física foi considerado um fator positivo. A satisfação que sentiram influenciou na adesão à prática quando eles percebem nesta ação a oportunidade para perder peso, melhorar o condicionamento físico, regularizar os níveis da pressão, além de diminuir os riscos de complicações.

O controle dos valores pressóricos antes da realização da atividade é critério para alguns profissionais no sentido de permitirem ou não sua realização, oferecendo maior confiança para a pessoa na sua condição de realizar a atividade física:

Eu faço natação é hidroginástica. Alongamento eu fazia, mas agora não faço mais por causa do joelho, da artrose. A hidroginástica eu fazia, mas quando estava com a pressão alta elas (as 'enfermeiras' e a professora) não deixavam fazer. Quando estava com a pressão até 14 eu fazia. Mas eu digo que esse é o normal da minha pressão. (P12G1)

Iniciar uma atividade física ou retornar à sua prática não é tão simples como possa parecer. As dificuldades vivenciadas por essas pessoas são inúmeras e se sobrepõem às possibilidades e aos benefícios para sua realização. Relatam os motivos que, de alguma forma, impedem ou dificultam a realização da atividade física, tais como considerarem-se preguiçosas, sentirem-se cansadas depois de um dia de atividades laborais estafantes ou dificuldades de retorno após terem parado algum tempo. Acreditamos que a falta de estímulo nestes casos pode ser o fator que contribua para que elas se mantenham na inatividade:

Eu não caminho, eu sou preguiçosa. Quando eu chego do trabalho, já é quase 6h da tarde, aí o que é que eu vou fazer? Faço a comida que eu tenho que levar no outro dia para o serviço. Eu não janto. Eu saio às 8h da manhã para trabalhar, pego dois ônibus. No meu serviço, a gente anda o dia todo. Sobe e desce escada. Anda com um papel para cima e para baixo. Então, quando chego em casa, já chego muito cansada. Não que carregue pedra, mas é um serviço desgastante. (P5G1)

A dúvida também acompanha essas pessoas quanto à possibilidade de realizar ou não a atividade. Outros acreditam que não podem fazer exercícios com carga mais pesada, associando ainda nessas dúvidas à falta de condições físicas.

Ainda quanto aos motivos que impedem ou dificultam a realização da atividade física, a mudança de trabalho foi relatada, uma vez que a realização de atividade física era parte da atividade laboral anterior. Outro forte motivo que contraindicou a realização de atividade física foram os problemas de saúde relacionados ou não à hipertensão arterial, tais como reumatismo, artrose, osteoporose, ou por lesões traumáticas nos membros superiores e/ou inferiores ou ainda por agravamento do problema cardíaco. Os que têm problemas cardíacos referem que nem sempre são aceitos para realizar a atividade física que gostariam, como natação, em clubes ou academias. Na falta desses, realizam caminhadas conforme recomendado pelos médicos:

Eu caminho. Eu vou bater no Panorama (conjunto residencial). Eu vou quase todo dia no Panorama e volto (em torno de quatro quilômetros). Agora eu tenho vontade de fazer que nem minha mulher, que se associou ali no Clube dos Advogados, fazia natação, mas eu não sei se eles vão me aceitar em algum canto. Eles não aceitam porque eu tenho problema de coração. (...) A doutora disse que eu não posso fazer natação, nem correr, porque vai 'forçar'. Posso fazer um exerciciozinho bobo. Ela disse: - Andar, você tem que andar normal. Não pode fazer natação, correr... (P2G1)

Outro fator que pode impedir ou comprometer a realização da atividade física é a precária condição financeira. À maioria dessas pessoas não é permitido este tipo de gasto. Seus familiares relatam o corte de verbas do governo para clubes que promoviam programações para pessoas da terceira idade, entre elas as atividades físicas como natação, dança e hidroginástica. Os que utilizavam estes recursos foram impedidos de continuar porque não têm condições financeiras para manter as despesas de uma prática esportiva:

Ela fazia hidroginástica no clube X, mas agora ela parou porque não tem mais as programações que eles faziam para os idosos. Eles disseram que o governo não 'banca' mais. No caso dela, ficou difícil porque a gente não pode pagar do nosso

bolso pra ela continuar. E ela gostava. Se dava muito bem com os exercícios que fazia lá. (Fm2G5)

Em casos como o exemplificado na fala do familiar (Fm2G5), a ajuda financeira de alguns familiares, como integrantes da rede de apoio social, seria uma ação que viabilizaria a prática de exercícios físicos, impedindo a inatividade física daquele com hipertensão arterial.

O apoio promovido pela rede para a realização da atividade física

Conhecer os resultados que a prática da atividade física pode proporcionar, como o controle da pressão arterial e perda de peso, pode contribuir para a adesão e atendimento a esta demanda. Este conhecimento, porém, não é um fator isolado. É necessária mudança de hábito e de comportamento, o que alguns consideram mais difícil. Esta é uma forma de pensar e agir que precisa ser discutida, na intenção de modificá-la, se possível. Neste sentido, cremos que o apoio de médicos e enfermeiros pode ser peça fundamental para prover este conhecimento, estimular essa prática e esclarecer dúvidas. No que se referem às orientações quanto ao tipo de exercícios que podem ser feitos por aqueles que têm problemas cardíacos e outras doenças, deve ficar sob responsabilidade do profissional de educação física, principalmente se considerarmos o grande número de idosos que existe neste grupo.

Krinski et al. (2008) e Gravina et al. (2007) indicaram a importância da atividade física em pessoas idosas portadoras de hipertensão, considerando uma das principais modificações no estilo de vida para a redução da pressão arterial, associada à mudança de hábitos nutricionais. Scher et al. (2008), porém, chamam atenção para o fato de que a capacidade adaptativa do idoso ao exercício físico encontra-se reduzida por alterações decorrentes do processo de envelhecimento, sedentarismo ou doenças associadas. Assim sendo, reforçamos aqui, mais uma vez, o apoio dos profissionais da área, considerado vital para este grupo, do contrário, acreditamos que o risco da prática dessas atividades poderia se sobrepor aos benefícios.

A inatividade física é reconhecida como um fator de risco para doenças cardiovasculares, além de agravar a morbimortalidade em indivíduos com excesso de peso (PEIXOTO et al., 2007). Assim sendo, esta prática confere benefícios diretos e indiretos àqueles que aderem a ela.

A compreensão da eficácia dos exercícios físicos como método preventivo e de tratamento da hipertensão arterial pode ser um componente de ajuda na adesão à atividade, caracterizando-se, desta forma, como uma importante conduta não medicamentosa de prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

É importante reconhecer um fator que está ligado à decisão de realizar ou não uma atividade física, que é a motivação pessoal. Quando se compara esta demanda com outra, como, por exemplo, o uso da medicação, esta última é indicada como mais fácil de realizar do que a atividade física, mesmo as pessoas reconhecendo a importância deste recurso. Neste sentido, fazer atividade física requer apoio maior, envolvendo mudanças de hábitos, gasto de tempo e de recurso. Cabe lembrar que o uso da medicação, além de gastar menos tempo, é, na maioria das vezes, facilitado pelo fornecimento gratuito na Unidade de Saúde, o que, para algumas pessoas com hipertensão arterial, pode ser um fator de mais fácil adesão do que a prática de exercícios físicos. Assim sendo, precisamos compreender/identificar quais as motivações que levariam as pessoas à prática dessas atividades.

Gonçalves; Alchieri (2010) indicam que o principal motivo que move as pessoas consideradas não atletas à prática de atividades físicas é o cuidado com a saúde. Segundo o autor, quando se busca a atividade física com ênfase na prevenção de doenças ou melhoria da condição física, a pessoa se motiva pelo benefício que pode provocar o resultado. Outras motivações indicadas, seguidas à de saúde, foram diversão e aparência corporal, nesta ordem de importância. A menor motivação foram as de aspectos sociais. Nesse estudo de Gonçalves e Alchieri, a média de idade era de 35 anos. Mazo et al. (2006) e Gomes; Zazá (2009), ao fazerem semelhante investigação, porém com um grupo de idosos, com média de idade de 69 anos, além da motivação relacionada à saúde, constataram que, para este grupo, o convívio social foi considerado importante, reconhecendo, então, que a preferência pela companhia das pessoas confirmou-se como importante motivação para a prática de exercícios físicos para idosos. Foi evidenciado ainda melhora da autoestima e da autoimagem, sendo esses achados semelhantes aos de Gonçalves; Alchieri (2010).

Medidas que estimulem o hábito de praticar atividade física certamente terão impacto positivo no tratamento da hipertensão e na prevenção da doença arterial coronariana, além de contribuírem para a redução do peso corpóreo e, sobretudo, pela melhora da qualidade de vida e bem-estar social das pessoas (LOPES et al., 2003).

A conquista de espaços físicos que possibilitem a prática

esportiva é outra necessidade que precisa ser atendida. As oportunidades oferecidas pelo Estado são inconstantes, uma vez que o financiamento de aulas e de local é suspenso sem que se ofereçam outras oportunidades.

Como ação governamental, a criação da “Academia ao ar livre”, como existe noutros bairros de pessoas com maior poder aquisitivo, poderia ser uma excelente forma de apoio para essa comunidade mais desprovida de condições socioeconômicas, bem como a contratação de profissionais da área de educação física para atuarem nas unidades básicas de saúde no sentido de promoverem ações neste sentido.

Outra forma de apoio é a própria mobilização da comunidade, cabendo aos Centros Comunitários ou semelhantes a realização e promoção de atividades esportivas regulares no sentido de atender aqueles que necessitam desta prática como forma de tratamento ou simplesmente como forma de prevenção de doenças, não somente da hipertensão arterial, mas também de outras doenças crônicas e não crônicas. Quanto maior a percepção das pessoas quanto à importância da atividade física, mais respostas positivas acontecerão. A esse respeito, Santos; Alonso (2008) afirmam que três fatores sofrerão influência: a frequência semanal, que será mais intensa; o tempo das sessões, que será mais longo; e a aderência à prática de atividade física, que acontecerá com mais frequência entre os praticantes dessa atividade. A compreensão sobre a importância da atividade física, portanto, parece ser fator fundamental na aderência à sua prática.

Os relatos pontuados sinalizam as várias possibilidades de ações a serem desenvolvidas pela rede de apoio social dessas pessoas, desde a orientação, o estímulo/motivação, a ajuda financeira, bem como o acompanhamento por profissional especializado.

Sem dúvida, a atividade física é parte da promoção da saúde, prevenção e tratamento da hipertensão arterial, além do que pode reduzir os custos por doenças crônicas para o SUS, que têm sido muito elevados (BIELEMANN, et al., 2010). Assim sendo, é importante que tanto profissionais como as próprias políticas do Estado deem a devida importância a esta prática, bem como promovam e possibilitem a realização das atividades físicas para a população em geral, e, especificamente, para grupos de pessoas com doenças crônicas, uma vez que esta é uma medida importante no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, bem como das demais doenças cardiovasculares. Faz-se necessário uma mobilização contínua no sentido de promover esta prática.

SUBCATEGORIA 5: Buscando tratamento medicamentoso para hipertensão arterial

O tratamento medicamentoso inicia com a descoberta da doença. É uma demanda que acionará a rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial na tentativa de suprir esta necessidade.

Diferentes formas de tratamento medicamentoso foram indicadas: tratamento farmacológico através de medicamentos padronizados ou não pelo Ministério da Saúde e tratamento com drogas ou ervas naturais, sendo inúmeros os medicamentos naturais provenientes do conhecimento daqueles com hipertensão arterial, que, no seu cotidiano, buscam formas de controlar a doença. Os medicamentos naturais podem ser associados aos alopáticos ou substituí-los.

A mobilização da rede social e a medicalização na sociedade moderna são os fatores que influenciam na forma como as pessoas realizam esse tratamento, sendo este efetuado a partir do significado que tem para essas pessoas e envolvendo a avaliação dos benefícios que traz.

*** O tratamento alopático**

O tratamento alopático é parte da terapêutica da doença e, mesmo não sendo o único, é muitas vezes considerado o principal e mais importante, tanto pelas pessoas como pela biomedicina. Por essa razão, é aquele para onde os olhos da ciência tem-se voltado com mais frequência, nas últimas décadas.

O tratamento alopático significa para as pessoas a forma mais efetiva de controlar a pressão arterial. Para tanto, elas sabem que têm disponíveis diversos medicamentos anti-hipertensivos que são distribuídos gratuitamente na unidade de saúde ou que podem ser adquiridos em farmácias.

O significado do uso dessas medicações está associado ao resultado que pode proporcionar, à cronicidade da doença, ao acesso à medicação, ao custo do tratamento e aos efeitos colaterais que provocam.

As pessoas com hipertensão arterial consideram que um medicamento é efetivo quando consegue controlar a pressão elevada. Neste sentido, o uso do medicamento está associado ao efeito que promove, tanto no controle dos níveis pressóricos quanto na sensação de bem estar decorrente do seu uso e a ausência de efeitos colaterais. Ao não perceberem uma resposta efetiva de uma medicação, passam a considerá-la inadequada. Neste sentido, parece-nos que a tendência é fazermos a avaliação do descontrole dos valores pressóricos apenas julgando a relação destes ao uso da medicação, sem considerar o

tratamento não medicamentoso (FORTES; LOPES, 2004).

A busca pela drogas diferentes ou a associação às drogas naturais mostra que o remédio toma um espaço grande em suas vidas e, para tanto, em alguns momentos realizam esforços para não ficarem sem o medicamento, considerando, inclusive, o ato de tomar o remédio como sagrado. Mostram consciência no ato de se cuidar, expressado-a no fato de que sabem que há necessidade de colaborar com o tratamento. Em alguns relatos, parece evidente que entendem empiricamente como os remédios se comportam no organismo e tomam isso como um parâmetro para não tomar a medicação fora de hora:

Sim. Eu tomo todo dia, todo dia. É sagrado. (P8G1), (P1G2)

Difícilmente ela sobe. Agora tá assim. Daí eu tomo a medicação, faço chá, faço o alho. Às vezes eu faço chá de cidreira, que é calmante, coisas assim. Eu estou tomando aquela linhaça. Muito bom também. Eu tomo aquele chá verde também. Esse chá é para colesterol e para pressão. Tem um ano e quatro meses que o meu colesterol era alto. Não tinha remédio que fizesse baixar. Esse chá verde fez baixar o meu colesterol. (P3G2)

Sim, eu tomo o chá, mas eu continuo tomando o remédio que o médico passou. Eu pego aqui no posto ou, quando não tem aqui, eu compro na farmácia. Eu tomo nifedipina[®]. Tomo um de manhã e outro à noite: sete da manhã e sete da noite. (P6G1)

...porque não adianta você passar um remédio para mim, se eu não procurar olhar para os remédios. Porque eu faço assim: eu pego os meus remédios que eu vou tomar e digo: Senhor, eu te agradeço por esses comprimidos que estão aqui, e que faça efeito sobre mim e nas enfermidades que eu tenho. Então, eu estou colocando uma carga positiva ali em cima daqueles remédios. (P3G1)

Não, não me preocupo (com a hipertensão arterial), porque eu sei que, se a gente meter na cabeça que vai ficar bom, fica bom (...) Se o remédio é pra tomar oito da manhã, não adianta tomar às nove que já não vai fazer o mesmo

efeito, porque aquele remédio que eu tomo hoje, ele vai fazer efeito até amanhã às oito horas. Se eu tomar ele nove da manhã, daí já não vai dar certo. Depois reclamam que o remédio não presta e que não faz efeito, mas é por isso. Também não adianta tomar remédio e encher a cara de cerveja que também não faz efeito. (P3G4)

Para o atendimento de pessoas com hipertensão arterial, a rede básica de saúde atende a padronização das medicações feita pelo Ministério da Saúde, que consiste na utilização de três drogas anti-hipertensivas. A ação das medicações padronizadas é devidamente comprovada e, por isso, constituem-se em alternativa para o uso dessas drogas, pois elas têm eficácia comprovada em situações clínicas, mesmo com alguns efeitos indesejáveis (BRASIL, 2010b). A distribuição desses medicamentos padronizados de forma gratuita é um dos modos de acesso à medicação, sendo esse um dos motivos para que as pessoas realizem o tratamento. Entretanto elas apontam fragilidades no sistema de saúde e as relacionam com o comprometimento do atendimento da unidade básica de saúde, sendo a falta da medicação uma de suas consequências.

A falta de remédio na unidade de saúde soa como uma das principais reclamações das pessoas, sendo estímulo para não comparecerem à consulta médica. Elas evidenciam que o tratamento fica comprometido e pontuam isso como uma justificativa para a baixa adesão pelo sentimento de desprestígio, desrespeito e ainda por terem que assumir a despesa com a medicação:

Não, porque nunca tem nada. Tem três meses que eu vim aqui. Estou com a receita em casa. Perguntei agora para o rapaz ali na farmácia se tinha o remédio, ele disse que não tinha. Tem remédio para pressão? Ele diz não, não tem remédio. E aí, como é? (...) Uso alodipina[®], isso quando tem aqui. Geralmente eu compro na Farmácia do Povo (P5G1).

Tenho um que eu pego, o outro eu compro porque não tem aqui. Eu compro na farmácia do povo porque é mais barato. (...) Aqui nem todos os remédios têm. Às vezes não tem nenhum e eu tenho que comprar todos os dois. Aqui é difícil. Nem toda vez tem. (...) Olha, hoje aqui, não viu a

pressão, foi só o peso. Não tem aparelho. Pode? A gente vai num negócio desse e fica três, quatro horas esperando. Tá certo isso? E olha que esse posto (unidade de saúde) aqui é bom. Esse posto aqui, com todos os defeitos, ainda é bom. Porque tem posto que tu chega aí e tudo falar esperando e aí vem diz olha, não tem médico hoje. Tu já pensaste? Tu vai lá para ver remédio e não tem remédio! Não tem nada! Eu tenho que dizer que é bom? Não. Não é bom. A gente faz uso porque é obrigada. (P3G2).

Tanto pela falta da medicação na unidade quanto pela ineficácia do controle da pressão em algumas pessoas, opta-se pelo uso de medicações que não são padronizadas, portanto, não estão disponíveis na unidade de saúde. Essas medicações são consideradas de última geração, sendo de difícil acesso pelo elevado custo:

Mas com as drogas que a gente tem, a gente consegue abranger um grande número de pacientes hipertensos e a controlar a hipertensão, associando a essas drogas de acordo com o perfil do paciente hipertenso (...) então, base a gente tem. Já não temos uma coisa mais avançada (...) e às vezes tem que incluir essa medicação que nós não temos disponível aqui na unidade, essa medicação mais avançada. (...) devido ao custo elevado e porque normalmente essas drogas são lançamentos, tem todo aquele marketing, tem o laboratório. Às vezes o laboratório lança aquela droga que sai no mesmo custo de um captopril[®], uma AAS[®], mas, como é novidade, ela vem com custo elevado, para compensar os gastos com pesquisa, investimento em marketing para o lançamento da droga. (Pf4G3).

Independente da medicação utilizada, as pessoas referem a utilização de dois parâmetros para avaliá-las. São eles a eficácia e o custo.

A eficácia está vinculada à aferição da pressão quando referem que obtiveram resultados normais e ao bem-estar que dizem sentir; já o custo está vinculado à sua capacidade de pagar pela mesma. Isto

acontece porque elas se tornam responsáveis financeiramente pelo seu próprio tratamento, mas a continuidade deste dá origem às dificuldades para manter essa despesa. Para eles, a despesa interfere diretamente na manutenção do tratamento, porque o uso do medicamento está vinculado ao custo, sobrepondo-se à eficácia, logo, quanto maior a dificuldade para adquirir a medicação, maiores as chances de que eles interrompam o tratamento.

A renda financeira, como já afirmado anteriormente, é um fator limitador na aquisição de medicamentos não dispensados na rede pública de saúde, ameaçando esta parte do tratamento. Geralmente esta renda é proveniente de profissões em que predomina o esforço físico ou ainda proveniente de uma aposentadoria (FORTES; LOPES, 2004), como acontece com as pessoas deste estudo:

A doutora passou captopril[®], mas aí eu tive problema com esse remédio. Daí ela passou outro. Só que esse remédio acabou e eu tive que pedir para minha irmã e ela mandou esse captopril[®] que era só o que ela tinha. Eu tomei três comprimidos, daí me deu tosse e cansaíra. Agora, nesses três dias que o meu remédio acabou, eu tomei o captopril[®]. Foi o jeito. Mas eu não vou tomar mais, só tomei o AAS[®]. Hoje nem tomei o captopril[®] porque ontem à noite me deu de novo essa agonia e eu sei que é do captopril. (...) Mais remédio, que colocassem mais remédio nos postos de saúde, porque o pobre coitado vem e não tem dinheiro para comprar remédio. (...) Vai fazer o quê? Às vezes vai guardar aquele restinho de remédio que tem. Não adiantou nada vir no médico. Nada, nada, vezes nada! E o estado de saúde vai piorando porque ele não tomou a medicação e, quando voltar com o médico, ele vai dizer: ah! mas já tá de novo aqui? tomou o remédio? Não, porque não tinha. (P3G2).

Nesta questão, outra relação que fica evidenciada é a que se estabelece entre a cura da doença e o controle desta. Mesmo que alguns saibam que não existe cura para a hipertensão arterial, eles não podem ou não querem pagar o preço do controle da doença. Para que esta relação não se perca na simplicidade que possa parecer, é importante que se conheça seu envolvimento com a cronicidade da doença.

O fato de a hipertensão arterial ser uma doença crônica traz implicações na continuidade do tratamento, principalmente quando isso gera custo, e não somente com a medicação, mas com outras demandas da pessoa com hipertensão arterial.

Um tratamento que segue mês após mês, ano após ano, acaba influenciando no investimento que as pessoas fazem na compra daquele medicamento, quando este não é padronizado, na manutenção da dieta, dentre outras demandas. Inicialmente, eles adquirem. Posteriormente, suspendem a compra do remédio porque isto não é percebido como um investimento que terá retorno, ficando em plano secundário o controle da doença.

A cronicidade da hipertensão arterial influencia sobremaneira na concepção de continuidade do tratamento, deixando o paciente de realizar esforços para controlar a doença. Esse caráter possui diferença categórica quando se trata de alterações agudas. Neste caso, os pacientes relatam que a solução deve ser imediata. A questão da doença ou suas complicações serem agudas ou crônicas tem uma diferença significativa para essas pessoas, conduzindo-as ou não para a continuidade do tratamento e fazendo adaptações às prescrições médicas:

Aí foi no tempo que o meu filho pagava plano pelo trabalho dele eu fui com a médica cardiologista. Ela fez todos os exames (...) ela passou esse remédio que eu tomo. Eu tomava moduretic® e passei a tomar atensina® depois (fixou sem plano de saúde) eu vim aqui com o doutor X e ele mudou. Ele passou capto? captopril®, né? (...) Não me dei com esse captopril®, aí voltei por minha conta a tomar atensina®. É o que controla a minha pressão. (...) 100 mg (...) É para eu tomar três vezes. Aí, quando controla que tá normal, eu passo a tomar só à noite. Hoje já está 14. Eu vou ter que tomar mais o remédio. (...) Quando ela (a pressão arterial) controla, eu não posso tomar de manhã e à noite senão ela baixa. Porque a minha pressão é assim, (...) é inconstante também. Eu sou hipertensa, mas se eu tomar alguma coisa cai, cai de vez, cai de eu desmaiar. É mais rápido do que quando aumenta. (P12G1).

Olha, agora dessa vez eu vim aqui e tava alta pressão. Eu cheguei em casa e aumentei por minha conta a dose do remédio. (Risos e risos). (P11G1).

Surge, com esses relatos, uma relação interessante entre as pessoas e o uso desses remédios, quando podemos observar que eles nos indicam que seu corpo responde de maneira própria à doença e ao tratamento medicamentoso. Por conhecerem suas condições de saúde, sentem-se capazes de fazer adaptações que consideram mais adequadas, não se prendendo às prescrições médicas. A cronicidade da doença dá a eles essa capacidade, mostra mais uma vez sua autonomia. Este aspecto, porém, muitas vezes não é compreendido e aceito pelo profissional de saúde, que denominam essas atitudes como ‘incorretas’, ausentando-se de tentar compreender as motivações que geram as mesmas.

A cronicidade da doença também envolve os familiares que passam a conviver diariamente com todos os aspectos que envolvem tanto o familiar quanto a própria condição deste em viver com hipertensão arterial.

Elsen et al. (2009), procurando conhecer a forma como os profissionais de saúde abordam as famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano, identificaram elementos novos no cuidado às famílias. Especificamente quanto ao cuidado profissional às famílias em unidades de saúde, as autoras buscaram pesquisas realizadas que incluíssem os cuidados inovadores de saúde ao grupo familiar. Ressaltam que o processo de cuidados inovadores estimula a busca de informações relacionadas ao conhecimento das pessoas quanto à doença, crenças e práticas de saúde destes em relação às doenças crônicas; ao cotidiano do ser e conviver com a doença crônica em família. É importante buscar informações também quanto às redes informais e institucionais de apoio aos portadores de doenças crônicas e suas famílias conforme percebidas por estes, dentre outros.

Como resultados dos cuidados inovadores utilizados pelos profissionais, foram citados a promoção de um espaço para os indivíduos e familiares compartilharem experiências e externarem sentimentos, apreensões e dificuldades no enfrentamento das repercussões da doença na vida individual e familiar; a necessidade do fortalecimento do vínculo entre pessoas, grupo e equipe foi considerado também, bem como o acolhimento dos usuários no programa e na Unidade Básica de Saúde. Outro ponto considerado vital nessas relações foi a socialização dos conhecimentos científicos sobre cuidados e doenças crônicas e a promoção de estratégias para o desenvolvimento de pessoas reflexivas, críticas e capazes de promover mudanças em suas vidas e em suas famílias (ibidem).

Acreditamos que a apropriação desses cuidados, considerados inovadores pelas autoras referenciadas, permitirá que tanto as pessoas

com hipertensão arterial e seus familiares bem como os profissionais de saúde tenham chances de se relacionar melhor com a cronicidade da doença e, também, identificar os limites do uso da medicação alopática, incentivando, cada vez mais, a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

*** O tratamento natural**

A dúvida também acompanha essas pessoas quanto à possibilidade de realizar ou não a atividade ou por acreditarem que não podem fazer exercícios pesados e associado à falta de condições físicas. Tratamento natural está relacionado com a possibilidade de ter uma prática alternativa para o cuidado e o controle de muitas doenças. As pessoas fazem uso desses remédios naturais no tratamento da hipertensão arterial, experimentando e relatando o controle da doença. Fazem também associação destes com os remédios alopáticos ou os substituem totalmente.

Os resultados obtidos com o uso do tratamento natural podem promover bem-estar, mostrando que podem considerar apenas o efeito imediato da erva natural para o controle da doença, principalmente aqueles em forma de chás. Isto também acontece quando as pessoas relatam a associação que fazem entre as ervas naturais e o medicamento alopático, podendo também esta ação estar atrelada à relação custo/benefício, uma vez que o custo é quase inexistente e o benefício é facilmente reconhecido. Também a preferência pelos remédios naturais ocorre por causa dos efeitos colaterais do tratamento alopático:

Eu tomo alho na água. Já li vários artigos sobre isso. Dizem que ajuda a manter a pressão arterial normal. (P1G2).

Ah! Eu melhoro muito. Desde quando eu tive a aquilo lá no Maranhão, eu uso isso (refere-se aos remédios caseiros) e graças a Deus nunca mais me senti assim. Eu fiquei no balão de oxigênio. Eu vi a morte mesmo. (P4G2).

Ah! quando tá alterada, eu faço um chá de erva-cidreira, faço da casca do chuchu, da raiz da chicória, todos esses chás eu tomo, mesmo tomando remédio da farmácia quando a pressão tá meio descontrolada. Eu tomo esses chás e a pressão normaliza. Tem chá da folha da ameixa amarela que também é bom para pressão. (...)

Não, não. É a folha dá ameixa amarela,, porque tem a ameixa preta e tem a ameixa amarela, então o chá é da folha da ameixa amarela. (P6G2)

Chá de folha de figueira santa e agora aquele que apareceu: o noni, o noni, não é? (...) Não, é para tudo, eu acho que é para tudo. Eu estou me sentindo muito bem. (...) Eu tomo o chá. Mas meus colegas fazem a garrafada. (P10G1).

Os remédios naturais, em sua maioria, são preparados pelas pessoas na própria residência. Esta é uma prática comum para eles, que apresentam uma variedade de frutos, ervas, sementes, folhas, raízes e legumes que podem ser utilizados no tratamento da hipertensão arterial na forma de chá, principalmente. Como exemplo, eles citam noni, ameixa amarela, alho, linhaça, figueira santa, erva cidreira, chuchu, chicória, dentre outros.

No uso dos remédios naturais, essas pessoas evidenciam conhecimento e autonomia, quando buscam por diferentes tipos de tratamento que, no seu cotidiano podem facilitar o tratamento da doença. O uso de alimentos naturais para o controle da hipertensão arterial também foi relatado:

É natural, a gente compra (...) já vêm prontos os vidros assim (...) Faz assim: São 15 gotas que a gente toma (...) dilui na água. Se aumentar a pressão, aumenta o número de gotas. (P11G1).

A única coisa que eu faço é a salada de pepino e suco de limão. É com que eu melhora muito. Não me dê outra coisa que eu não suporte. (...) Isso foi o que me ensinaram. (...) Água de limão. Limão. Três pingos de limão e tomo sem açúcar (...) eu fazia o suco e fico tomando. Ih!! Eu fico tão melhor que às vezes eu paro até de tomar o remédio (prescrito pelo médico). (P4G1).

A substituição do medicamento farmacológico pelas ervas naturais tem origem no conhecimento popular, na origem indígena de moradores da região, no difícil acesso às medicações alopáticas que alguns têm, ou pela condição financeira ou pela indisponibilidade na unidade de saúde, entretanto, o uso das ervas naturais não é contínuo,

contrapondo-se mais uma vez com o aspecto da cronicidade da doença. Usam as ervas quando estão com a pressão elevada. Quando conseguem reduzir os valores da pressão, suspendem o seu uso:

Aí eu tenho remédio caseiro. Aí eu tomei um remédio daqui da farmácia, o captopril®, e aí tomei o remédio caseiro, que é ameixa amarela. Eu tomei e eu me senti melhor. Pelo menos aquela coisa que eu estava sentindo no corpo passou, graças a Deus! (...) Às vezes eu faço chá de erva-cidreira, capim limão, mas não é sempre. Às vezes eu fico com preguiça de fazer o chá, mas graças a Deus estou me sentindo muito bem. (P11G1).

Como referência para o tratamento natural, houve relato de algumas ações da Pastoral da Saúde. Esta sociedade sem fins lucrativos presta atendimento principalmente às pessoas de baixa renda no sentido de ajudá-las a resolver os problemas de saúde, conforme relato de seu Presidente, que afirma que ter saúde não é só estar bem com o próprio corpo, mas com os pensamentos e emoções. Percebemos nesta afirmação que, no atendimento da Pastoral, a condição emocional daqueles com hipertensão arterial também é evidenciada, como discutiremos com mais aprofundamento na Categoria 3.

A instituição oferece cursos nos quais as pessoas aprendem a fazer e usar as ervas naturais, mostrando que elas buscam conhecimento formal para usar os remédios com propriedade, assim sendo, utilizam as ervas para o tratamento da hipertensão. Na Pastoral, segundo informações da coordenação, existem medicações que podem ser associadas ou substituir a medicação prescrita pelo médico:

Eu era da Pastoral da Saúde e eu fiz um curso lá e mexeu muito com remédio, com ervas e eu aprendi muita coisa e então, quando eu estou oscilando, eu faço um chá. (...) É aqui mesmo na igreja Nossa Senhora do Remédio, aqui no conjunto. O seu Fernando é o coordenador lá da Pastoral da Saúde. Eu fui no, eu fiz o curso lá onde funciona a rádio Nazaré, só que a gente vai aqui pela Pastoral da Saúde aqui da igreja. O curso teve um mês e depois a gente fazia um mutirão para conhecer mais ervas. (P6G1).

Nessa busca pelo uso desse tratamento alternativo, as pessoas recebem ajuda de outros, sendo principalmente vizinhos, amigos ou familiares, significando que o uso de ervas é comum a todos e que este conhecimento também é passado de maneira mais informal, pois sempre tem alguém que conhece uma ou mais ervas para qualquer tipo de doença.

A importância da busca pelo tratamento medicamentoso em suas diferentes formas pode ter relação com a medicalização da sociedade, como já discutido nas questões relacionadas com a consulta médica.

O apoio promovido pela rede na busca pelo tratamento medicamentoso

O apoio promovido pela rede está relacionado ao recebimento gratuito da medicação na Unidade de Saúde. A disponibilização de medicação no serviço é considerada como um direito a que cada uma dessas pessoas tem e que possibilita o tratamento. A instituição de saúde, como representante do Estado, é a responsável por esta disponibilização. Esse apoio da instituição é visto como um atendimento a esse direito.

Outra forma de apoio está relacionada aos profissionais de saúde, na orientação quanto à maneira de tomar a medicação; na importância do tratamento; na dispensa da medicação quando as pessoas faltam à consulta médica ou quando a ausência é do médico à Unidade de Saúde; quando estimulam as pessoas para não ficarem sem o remédio, instruindo-as que busquem ajuda de familiares, amigos e vizinhos, bem como outras instituições como igreja e Pastoral da Saúde.

O papel desempenhado pelos familiares é importante, uma vez que estes contribuem de diversas formas: ajudando financeiramente no custeio das medicações; estimulando o uso; ajudando na tomada da medicação quando há necessidade de informar a dose, horário e o tipo de remédio a ser tomado; ajudando ainda no preparo de chás e sucos naturais. É comum também a ajuda dos vizinhos, providenciando e ensinando o uso dos remédios naturais. Ficam evidenciados conhecimentos e aspectos culturais de vizinhos, familiares e da própria pessoa com hipertensão arterial no que se refere ao uso de plantas medicinais. Perés et al. (2003) consideram que, nesse contexto, torna-se necessário conhecer e, principalmente, considerar as práticas populares de saúde para maior efetividade do atendimento. Desta forma, é possível fornecer subsídios para a elaboração e/ou aperfeiçoamento de programas de atendimento à pessoa com hipertensão arterial.

Outro olhar para esse contexto mostra que esse apoio não é tão evidente, sendo possível destacar quando isso ocorre: quando não tem o remédio na farmácia, cabendo a responsabilidade pela aquisição da medicação a eles ou aos seus familiares, possibilidade nem sempre efetiva. A instituição, enquanto representante do Estado, falha nessa questão, significando para eles falta de apoio da Unidade de Saúde. A interrupção do tratamento é a consequência mais comum dessa falta de apoio.

A falta da medicação foi considerada pelos médicos um problema de cunho social muito complicado, relacionado ao fato de que várias pessoas não têm condições financeiras de adquirir a medicação, quando esta não tem na farmácia da Unidade de Saúde, sendo que a ação da rede de apoio neste contexto é extremamente importante, uma vez que, tendo a possibilidade de prover a medicação necessária para continuar o tratamento, os riscos das complicações diminuem expressivamente.

Assim como consideramos que a compreensão da doença talvez seja um fator que estimule o comparecimento à consulta médica, acreditamos que este fator possa ser também um que estimule a continuidade do tratamento medicamentoso, já que é necessário entender que o objetivo deste é justamente manter o controle da pressão arterial, associado às outras medidas de controle.

As pessoas com hipertensão arterial têm clareza quanto à falta do apoio na distribuição da medicação na Unidade, na interrupção do tratamento pelo custo da medicação que supera o benefício do uso. Todavia não se dão conta da necessidade de espaços para dialogar sobre as implicações do tratamento, a eficácia e não eficácia deste, as questões de cidadania, a participação social deles e da comunidade, a falta de informações para lutar por seus interesses. Mas todos esses fatores podem ser apontados pelos profissionais como uma forma de apoio para a orientação e educação das pessoas como cidadãos que podem alcançar todas as condições que lhes permitem viver bem mesmo na presença da hipertensão arterial.

É importante também considerar que este viver bem com hipertensão arterial, para muitas pessoas, está atrelado à possibilidade de receber/comprar os remédios, esquecendo-se que as mudanças no modo de viver trazem a possibilidade também deste controle da doença. Essa percepção pode ser confirmada por Sales; Tamaki (2007) quando afirmam que o uso de medicamento não exige mudanças radicais no estilo de vida, nem requer alocação considerável de tempo, como já afirmamos em outra oportunidade.

Para Dantas (2009), esta compreensão e valor atribuído ao ato da

medicalização é fruto do modo como as pessoas/sociedade entendem este acontecimento. ‘Fabrica-se’ facilmente uma receita para o tratamento dos sofrimentos humanos, esquecendo-se que inevitavelmente estes estão ligados aos acontecimentos do viver cotidiano, como várias pessoas relataram, ao relacionar a hipertensão ou o descontrole da doença a este modo de viver. Desta forma, os medicamentos se tornam “fórmulas mágicas” promotoras de inúmeros benefícios capazes de reverter qualquer problema, incômodo ou mal-estar. Para a autora, em busca de alívio, cura e conforto, privamo-nos daquilo que seria originariamente humano: angústia, culpa, vergonha, tristeza, frustração e consciência de si. Entretanto, para alguns, viver com tais sentimentos não parece ser o ideal de vida, buscando, de todas as formas, uma solução para esses sentimentos que são considerados problemas emocionais, e , para alguns, a causa dos agravos da hipertensão arterial. Numa dessas possibilidades de cura, está a medicalização, para onde estão direcionados todas as necessidades e desejos de viver melhor a cada dia. Neste sentido, fazemos referência, mais uma vez, aos achados de Elsen et al. (2009) quanto aos cuidados inovadores às pessoas com doenças crônicas e seus familiares, como já exposto. Acreditamos ser este o caminho para diminuir, ou pelo menos atenuar, a intrínseca relação entre as pessoas com hipertensão arterial e a medicalização destes.

SUBCATEGORIA 6: Prevenindo e controlando as complicações oriundas da hipertensão arterial

Uma doença crônica como a hipertensão arterial requer atenção contínua no sentido de prevenir e controlar as complicações originadas pela doença ou ainda identificá-las precocemente. Considerar importante tais ações é uma justificativa para esta subcategoria.

Prevenir e controlar as complicações oriundas da doença expressa-se através da adoção das medidas de controle e do monitoramento das condições de saúde; requer também o convívio com as ameaças impostas pela doença.

O viver das pessoas deve ser pautado em ações que precisam ser incorporadas ao seu cotidiano, mesmo que seja necessário o convívio com algumas limitações geradas pela doença, entretanto, nem todas as pessoas compartilham desta forma de viver, sendo esta considerada secundária, sem que isso lhe traga qualquer tipo de sentimento como culpa ou apreensão.

Para controlar a hipertensão arterial e prevenir as complicações, não basta apenas o tratamento medicamentoso. É necessário adotar

outras medidas de controle como a mudança no estilo de vida, incorporando ações como práticas de atividades físicas; hábitos alimentares saudáveis; perda de peso; ingestão reduzida de álcool e sódio; abandono do tabagismo e controle do estresse. Sales; Tamaki (2007) classificam este conjunto de ações como medidas *higieno-dietéticas*. Consideramos que comparecer às consultas médicas agendadas, seja na unidade de saúde ou nos serviços especializados, também faz parte do controle da doença e da prevenção das complicações.

As medidas de controle associadas ao tratamento medicamentoso são determinações já há muito contempladas na literatura (AMODEO, et al., 1996; SALES; TAMAKI, 2007; REZA; NOGUEIRA, 2008; LOPES et al., 2008; VITOR et al., 2009; NEVES; OIGMAN, 2009; CHOBANIAN, et al., 2003). Assim sendo, o objetivo da ação dos serviços de saúde, que era o de remediar a doença, ganha um novo direcionamento, a prevenção e o controle dos fatores de risco (SALES; TAMAKI, 2007).

A incorporação de medidas de controle acontece de várias formas. Pessoas mudaram seu estilo de vida ao presenciarem outras, jovens ainda, serem vitimadas por acidente vascular encefálico. Justificam a mudança de atitude como uma tentativa de evitar a mesma intercorrência, porém consideram as possibilidades de isto vir a acontecer algum dia pelo fato de serem hipertensos. Mostram dúvidas quanto ao futuro e questionam se conseguirão viver normalmente mesmo com hipertensão. Neste sentido, fica evidenciado que, para essas pessoas, os efeitos da doença são fatos concretos ou risco em potencial, mesmo assim, acreditam na possibilidade de preveni-los:

Como lhe falei há pouco com relação à bebida, por exemplo, eu bebia muito e não me importava com isso. Hoje não, é diferente. Eu já me importo e fico meio "balanceado" (preocupado) e procuro cuidar da saúde porque dessa forma eu vou viver mais tempo. (...) Há necessidade de eu fazer isso, de fazer bem pra mim. Coisas de farra, de eu sair à noite para beber e me divertir, não existe mais isso, então, tudo é super controlado. Acho que a gente tem que amadurecer se não... Por que isso aconteceu? Porque eu vi um amigo meu novo com AVC. Um amigo meu desde garoto aqui no Satélite. Ele não procurou nada que viesse fazer com que ele tivesse uma saúde. O que ele fez? Ele bebia muito, passava a noite bebendo e fumava

muito. A pressão subia, ele ficava todo vermelho, mas ele não ligava e não se cuidava. Numa noite ele estava dormindo depois de ter bebido muito e deu derrame nele. Ele tinha 40 anos. Quer dizer, a pessoa se perder por causa disso? Eu não quero ficar assim, se eu ficar pode ser daqui a muitos anos, a gente não sabe, mas no momento não. No que depender de mim, no momento eu vou ficar legal, a gente torce para isso. A gente aprende com o exemplo dos outros. Eu vou me prevenir, vou prevenir meus filhos. (PIG5).

Sustentando esses achados Sales; Tamaki (2007), numa abordagem ao comportamento de pessoas com hipertensão, referenciam o filósofo Lou Marinoff, usando um trecho de sua obra '*Mais Platão, Menos Prozac*', que mostra o quanto as pessoas podem aprender com seus erros, sendo esta uma forma de motivação para ampliar seu conhecimento sobre essa realidade, podendo influenciar seu modo de vida. Baseados nesta afirmação, os autores acreditam que o fato de uma pessoa descobrir de maneira traumática que é portador de hipertensão arterial – como, por exemplo, após um infarto ou acidente vascular cerebral, ou ao observar essas complicações em pessoas próximas - lhe traria uma compreensão maior do problema, sensibilizando-o e facilitando-lhe a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Na contramão dessas pessoas que mudam de atitude por presenciarem complicações da doença, estão outras para as quais o fato de terem amigo, vizinho ou familiar portador de hipertensão arterial ou outro agravo relacionado não interfere no seu viver e não lhe traz preocupações. Não há mudança total de atitudes, pois afirmam que cada pessoa tem sua maneira de ser/viver a doença. Algumas dessas pessoas mantêm a mesma rotina de vida mesmo com a descoberta da doença, independentemente de que forma foi essa descoberta. Não se importam com essa condição. Desconhecem o que é a hipertensão, seus valores pressóricos e as complicações da doença; não tomam remédio e não sabem identificar quando a pressão está elevada. Aderem vez ou outra a alguma medida de controle, mas não tomam isso como regra, sendo evidenciado pelo fato de não abandonarem o tabagismo, tampouco a bebida alcoólica. Mas relatam que essas condições/situações não lhes afetam o modo de viver. É importante considerar o que é o viver para essas pessoas:

Tem a minha mãe de 85 anos e minha irmã.

Somos nós três que temos hipertensão. (...) Não, não influencia porque cada pessoa tem uma maneira de ser. (P3G5).

Ninguém faz dieta em casa. Eu não vou lhe dizer, porque a gente não faz mesmo. Minha esposa é diabética e hipertensa. Mas a gente não faz dieta. (...) Eu tenho problema renal. Quando eu vim para cá (para a Unidade de Saúde) minhas pernas estavam muito inchadas e o corpo magro, muito magro. (...) Mas era problema dos rins. Era para fazer controle, mas eu não paro de fumar. Minha mulher pega no meu pé. Eu compro um quilo de menta. (...) A menta é para disfarçar o cheiro do cigarro. Eu quase fazia hemodiálise. A doutora estava meio com medo. Tenho pedra nos rins e a próstata grande. A minha mulher já disse que não vai fazer mais nada porque eu sou muito teimoso. Eu vivo dizendo para ela que ela arranja doença para mim. (...) Tinha um vizinho meu que morreu lá no hospital. Ele tinha problemas nos rins. Tava quase parado. Aí depois ele morreu (...) Aí eu fiz todos os exames e deu que o coração tava grande (...) Eu sei que eu não posso beber, só engolir (risos). (P2G2).

Embora sabendo dos riscos, algumas pessoas ainda não conseguem incorporar medidas adequadas para o cuidado que devem dispensar para a sua saúde e apresentam dificuldades para a mudança de hábitos (BASTOS; BORENSTEIN, 2004). Contudo acreditamos que tais pessoas não estão preocupadas com regras, normas, doenças ou qualquer outra forma semelhante de controle ou submissão, mas, sim, estão somente querendo viver de acordo com sua forma de pensar, sem se importarem com resultados deste modo de viver. A subjetividade dessas pessoas é um traço forte que a rede de apoio social deverá considerar como ponto primordial na abordagem. Cabe considerar, entretanto, que essa postura, para alguns, esteja relacionada ao fato de que, enquanto a hipertensão não “mostra” suas consequências, não se torna “visível”, parece não afetar seu viver, mesmo isso não sendo uma premissa, pois, para outros, mesmo na presença de complicações da doença, a mudança no estilo de vida não parece ser uma prioridade, como já foi discutido anteriormente.

As pessoas relatam que desconhecem os fatores que elevam a pressão; têm dificuldades no controle e desconhecem a gravidade da doença; e, por fim, desconhecem os próprios valores pressóricos. Esses fatores contribuem para a não aderência às medidas de controle e prevenção das complicações, bem como contribuem para o abandono do tratamento medicamentoso:

Não, não sei quanto dá. Foi... eu esqueço muito, eu sou esquecida, mais vai um bocado alto e uma vez foi alta mesmo que todo mundo pensava que eu ia me acabar. - Eu não sei como essa pequena andava! disse a médica. A pressão está alta e tu estás sentada conversando e a tua pressão tá alta! (...) Não e nem agora também não dou (importância à doença). Tu sabe que às vezes esqueço de tomar o remédio? (...) Meus filhos que perguntam: a senhora já tomou? Eles ficam em cima de mim. - Eu já tomei, eu já tomei. Mentira. Aí eles contam a cartela e aí eles veem que não tá tomado. Aí eles dizem: - A senhora vai tomar agora. - Tá bom. Tá tomado. Às vezes eu esqueço, eu esqueço mesmo. Ainda não ouviu dizer que esqueço? Eu esqueço. Às vezes eu nem tomo. Passa, ah!" (...) Porque eu acho que eu to melhor (risos), então eu paro e pronto (refere-se ao ato de parar de tomar o remédio). Mas meus filhos não gostam. Eles querem que eu tome o remédio. (...) é eu tô bem, não tô sentido nada e pronto. (P4G1).

Acreditamos que, no primeiro momento, parecem não se importar com a doença, entretanto, essas mesmas pessoas têm disposição para iniciar possíveis monitoramentos das condições de saúde.

Aquelas que apresentam complicações renais, hipertensão severa e foram vitimadas por acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio, identificadas nesta pesquisa, precisam de atendimento mais específico, imediato e contínuo, por terem maior risco em potencial, sendo o controle e o acompanhamento rigorosos.

A condição crítica de saúde pelas complicações da doença, para alguns, pode levá-las a terem essa percepção da importância do monitoramento das condições de saúde. Como resposta deste monitoramento, as pessoas podem diminuir os riscos de complicações e ter um viver saudável mesmo com hipertensão arterial:

Eu vou fazer o da esteira (Teste Ergométrico). Só não fiz porque quando eu cheguei lá eu tava com a pressão alta e ela falou não, não, não!! eu vou marcar para o dia 10 do outro mês, esse que vem (dezembro), se estiver normal. Ela disse que com a pressão alta não posso fazer. (...) É eu fumo, eu fumo pouquinho. (risos). (...) Só a boca da noite ou quando vou dormir e quando vou no banheiro. É um vício, mas antes eu fumava três carteiras de cigarro por dia. Depois passei a fumar cachimbo e a médica disse que é melhor porque eu não "trago". No cigarro traga. Quem fuma com cachimbo não traga. (...) Também agora que me deu essa segunda vez (refere-se à crise de hipertensão arterial), eu larguei o cachimbo. Eu olho pra ele, dá vontade, mas me dá aquele nojo, daí eu sento lá pro outro lado. (...) é parei. (...) depois disso não, não fumei. (...) eu não sei, eu acho que eu vou parar. sabe por quê? Eu mesmo já tinha pensado nisso. (...) Eu vou alcançar, eu vou (refere-se ao ato de parar de fumar). (P4G1).

Por ser uma doença crônica, a hipertensão arterial leva as pessoas a terem comportamentos distintos no seu viver cotidiano. Conviver com a cronicidade da doença é conviver também com as ameaças impostas pela mesma. Pode até parecer simples inicialmente, entretanto, para aqueles que estão neste contexto, essa convivência nem sempre é assim tão simples. A forma de ver a doença pode produzir determinados comportamentos, seguida dos sentimentos que acompanham essas pessoas.

Os pacientes acreditam que a hipertensão arterial é uma doença traiçoeira, grave, silenciosa, que mata aos poucos e lentamente e, inicialmente, com total ausência de sinais e sintomas, o que pode ser considerado como uma ameaça. Tais percepções são sustentadas por inúmeros autores que fazem afirmações semelhantes tanto para a hipertensão arterial quanto para as suas complicações (BEEVERS; MACGREGOR, 2000; BRASIL, 2002c; VI DIRETRIZES..., 2010):

Não, eu não sinto quando a pressão tá alta, eu não sinto os sintomas. Eu não sinto dor de cabeça, não sinto tonteira, nada disso, essa dor na nuca eu não tenho também. Por isso eu fico assim, sei lá, não tem sintomas, então eu preciso

me cuidar. (...) É, silenciosa, porque ela vem bem devagar, é. Às vezes eu digo, vou mandar verificar minha pressão. (P6G1).

Não, eu não sinto quando a pressão está alta. Uma coisa que sempre dizem é que ela vai matando devagarzinho e que ninguém sabe de nada. Olha, a minha tava 15/14mmHg. Estava alta. Mas tem que controlar (...). Só sei que a pressão está alta quando marca no aparelho. (...) Eu não sinto dor de cabeça, eu não sinto dor na nuca. Já tem uns cinco anos que eu não sinto nada, não tenho mais dor de cabeça. (P3G5).

Outra ameaça relatada são as dúvidas quanto ao futuro. Questionam se conseguirão viver normalmente com hipertensão arterial. Referem especialmente o acidente vascular cerebral, avaliando a possibilidade de serem vitimados por esta complicação futuramente, principalmente os mais jovens, considerando que a mesma só acomete pessoas idosas. Parecem crer que o fato de serem jovens pode afastá-los das complicações da doença:

Não, no momento a hipertensão não está atrapalhando porque justamente tudo o que eu faço é para que ela não venha a atrapalhar minha vida e eu vou vivendo normal. Não sei se daqui para frente eu vou conseguir fazer isso, porque eu estou com 45 anos. Não sei se aos 50 anos eu vou conseguir manter isso (refere-se à possibilidade de não ter derrame). Talvez, acho que não. No momento, ela não atrapalha, é normal. (P1G5).

A preocupação da pessoa com seus familiares foi relatada, especialmente por aquelas que têm filhos menores de idade. O fato de serem portadores de hipertensão arterial pode causar certa apreensão nessas pessoas por causa dos filhos e do futuro, mas também pode ser uma motivação para que alguns cuidem melhor de sua saúde:

Quando eu vejo matéria na televisão que fala de hipertensão, eu tenho medo. (...) Eu tenho medo de morrer. (...) Eu tenho medo de morrer. Tenho medo de morrer por causa do meu filho (...) Ele tem 16 anos, mas eu tenho medo de morrer e

deixar ele. (PIG7).

Há aquela preocupação, mas também eu não me deixo ficar preocupado, me abalar ou criar alguma coisa na minha cabeça pensando que acabou tudo. Não, eu tenho que trabalhar, tem que criar os filhos, tem que fazer as coisas, então tem que ser forte para isso. Tem que se adaptar. Tem que se adaptar porque não se acabou o mundo, porque se a gente for pensar, aí vem aquele problema psicológico, né? (...) Eu me sinto bem, eu sinto que estou vencendo uma batalha, eu estou dando mais tempo para minha vida, mais saúde para o meu corpo, saúde para minha mente, saúde em casa, eu estou me sentindo assim, porque a minha família depende do meu trabalho, depende de eu estar bem fisicamente, depende de estar bem da minha saúde, então eu tenho que fazer isso. Há necessidade de eu fazer isso, de fazer bem pra mim. (PIG5).

A preocupação com o futuro está representada, inicialmente, pelo medo das complicações físicas, ao mesmo tempo em que necessitam manter a responsabilidade e o compromisso com os filhos, com a família, com o trabalho, além de consigo mesmos. “Nesta perspectiva, há um somatório de medos, preocupações e angústias, compreendendo que sua vida está entrelaçada com outras vidas e que seu futuro tem envolvimento além de sua própria condição” (NATIVIDADE, 2004, p. 110).

Nesse contexto de se sentirem ameaçados pelas complicações da doença, temem especialmente o acidente vascular cerebral, por ser esta conhecida como causadora de maior estado de dependência. O medo neste caso está relacionado às limitações impostas pela necessidade de dependência de outra pessoa até para as mais simples tarefas do seu cotidiano.

Observamos que as considerações sobre gênero que permeiam essa questão se expressam quando as pessoas referem ter medo de adoecer por causa da hipertensão e não ter com quem contar, pelo fato de não terem filhas mulheres, somente filhos homens, evidenciando que consideram esses como não cuidadores caso adoçam, como pode ser exemplificado pelas falas que seguem. Confirmam, assim, mais uma vez, o papel da mulher no ato de cuidar. Parece também haver uma

indicação de que não contam com a ajuda da rede de apoio ou não a reconhecem como tal:

Eu tenho mais medo do derrame porque eu não tenho filhas, só tive filhos. Eu acho triste assim uma pessoa que tem derrame não ter ninguém pra cuidar, mas eu entrego nas mãos de Deus. (P11G1).

Ah! sim, me cuido, me cuido mesmo. Assim, a gente adoecer, quem vai cuidar da gente? Eu tenho nove filhos, mas cada um cuida da sua vida. (P3G4).

Agora tinha o exame médico todo mês de rotina. Eu era bem mais magra e eu tinha, em 1991, 86 kg por aí assim. Aí ele dizia: - você vai ter um derrame. Minha mãe era bem magra, mas ela morreu de derrame. (...) Meu marido também morreu de derrame. Foi de repente. Ele foi tomar banho, passou mal e morreu. (P12G1)

Percebemos que o medo é um sentimento que se origina das ameaças que a doença impõe a essas pessoas pela sua ação silenciosa, pela sensação de desamparo se adoecerem, pelas consequências de um acidente vascular cerebral e pela presença deste no futuro, dentre outras. Tais temores podem ser considerados momentos de reflexão dessas pessoas ao lidar com a doença, podendo ser o início de atitudes de prevenção e controle das complicações. Isto implica uma provável mudança de atitudes e formas de lidar com a doença. Porém, para Reza; Nogueira (2008), esta mudança depende da vontade das pessoas para decidirem se querem mudar e o que precisam mudar.

O apoio promovido pela rede na prevenção das complicações da hipertensão arterial

As complicações mais relatadas da hipertensão arterial são basicamente o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, achados semelhantes aos estudos de Natividade (2004).

As causas para essas complicações são atribuídas à falta de controle da pressão arterial pela não aderência ao tratamento; pelo desconhecimento do que promove a elevação da pressão arterial, pela falta de acompanhamento com especialista, bem como pela invisibilidade da doença, que progride de maneira sorrateira, sem que possa ser percebida.

O apoio para a prevenção dessas complicações ou ainda para lidar com elas pode vir das instituições de saúde, no papel dos seus profissionais. Dentre esses, os mais citados são os médicos especialistas que têm um destaque especial, bem como os psicólogos, porque uma das coisas que levam às complicações é o estresse, que não lhes permite controlar a doença, sendo este, de algum modo, um fator de risco em potencial. O acompanhamento por psicólogos pode ajudar na compreensão da doença; na adesão ao novo estilo de vida; nos momentos de adaptação, que podem ser longos por ser uma doença crônica; na sensação de desamparo; na compreensão, na superação ou no lidar com o medo; enfim, pode prover apoio emocional para essas pessoas, dando a elas a possibilidade para um viver mais saudável, mesmo na presença das limitações impostas pela doença.

O acesso aos serviços especializados como forma de prevenção e controle das complicações antes de maiores efeitos é bem evidenciado pelas pessoas quando elas consideram que a situação ideal é que a Unidade de Saúde, como instituição participante da rede de apoio social, viabilize esta oportunidade. No entanto, as críticas ao serviço de saúde acontecem por parte de quem faz uso dele. As pessoas criticam o serviço e afirmam que um atendimento mais específico para a pessoa portadora de hipertensão só ocorre por causa das complicações da doença e de um estado mais grave de saúde.

Questionamos outra vez aqui os critérios para encaminhamento determinados pelo Programa HIPERDIA (BRASIL, 2001; 2006a), já descritos anteriormente, quando assim o serão aqueles que já apresentam algum agravo ou risco em potencial. Neste sentido, acreditamos que o fator prevenção não está sendo atendido na determinação desses critérios, uma vez que a ausência de agravos ou risco em potencial impede que a pessoa seja referenciada para os serviços especializados.

As fragilidades neste serviço, como a demora no atendimento e a falta de alguns profissionais especialistas, são consideradas fatores que complicam mais ainda a situação por ser este serviço acionado apenas quando a intenção é curativa e não de prevenção das complicações. Acreditam, porém, que a resolução está relacionada à Unidade de Saúde, aos gestores e aos governantes, que têm a possibilidade de intervir neste processo, uma vez que, mediante as complicações, consideram que o controle e o acompanhamento precisam ser rigorosos para pessoas com hipertensão arterial.

Outros componentes da rede de apoio social são os familiares, que, para a maioria das pessoas, exercem importante papel nas atividades como a aferição da pressão arterial, aquisição de

medicamentos e alimentos, estímulo às mudanças no estilo de vida, bem como o acompanhamento durante situações críticas de saúde. A família, como provedora de apoio, colabora na adesão ao tratamento, bem como parentes próximos ou vizinhos também realizam o controle da pressão ou ainda acompanham aos serviços de saúde.

Nesse contexto de saúde-doença, acreditamos serem necessárias outras formas de ação de gestores e outras autoridades competentes. Assim sendo, o objetivo da ação do serviço de saúde, que por vezes é de apenas tratar a doença, deve ter outro direcionamento, que é a prevenção e o controle das complicações. Esta afirmação é sustentada por Sales; Tamaki (2007), que consideram que aos serviços de saúde compete fornecer assistência adequada e orientação para viabilizar as mudanças de estilo de vida.

Por ser a hipertensão arterial uma doença crônica, quanto mais tarde surgirem suas complicações, mais qualidade de vida as pessoas poderão usufruir. O aparecimento precoce das sequelas compromete a qualidade de vida das pessoas, trazem incapacidades laborais e de lazer; alterações emocionais e conflitos familiares, dentre outros comprometimentos.

Essas situações apresentadas levam à reflexão do quanto a doença está envolvida no processo de viver das pessoas, não podendo ser compreendida somente como alteração de um órgão ou sistema, implicando um sofrimento mais abrangente (NATIVIDADE, 2004).

Prevenir as complicações oriundas da hipertensão arterial e lidar com as ameaças impostas pela doença requer das instituições e profissionais de saúde, familiares e da própria pessoa com hipertensão condições que são necessárias para a adesão e efetividade do tratamento, que, por ser o de uma doença crônica, necessita muito mais que um simples método de controlar sinais e sintomas ou lidar com incapacidades para as mudanças no estilo de vida. É necessário um olhar direcionado, específico e embalado pelo fato de que as pessoas têm capacidade de cuidar de si e de determinar aquilo que é qualidade de vida para elas. Aos demais, cabe oferecer possibilidades de apoio dos mais diversos e permitir às pessoas fazerem escolhas para seu próprio viver.

Ainda na discussão das ações da rede de apoio social nas demandas da pessoa com hipertensão arterial que caracterizaram as condições causais, acreditamos que uma abordagem a respeito do processo educacional se faz necessária.

Inicialmente, devemos ter em mente que, de acordo com Mousinho; Moura (2008, p. 216), o processo educacional da pessoa com hipertensão arterial “é um processo lento que exige uma série de

estratégias”. Inicia-se pela transferência de informações sobre a doença e sua origem, além das consequências, dos fatores de risco relacionados e das possibilidades de benefícios do tratamento. Entretanto, além dessas informações, também é necessário discutir a formação de consciência. Porém, não se trata de uma consciência qualquer, mas, sim, da construção de consciência crítica, capaz de incorporar os conteúdos transmitidos e reelaborá-los de acordo com seu modo de pensar. Para tanto, cabe ao profissional de saúde aproveitar os conhecimentos daqueles com hipertensão arterial, construídos ao longo do seu viver, e realizar um processo de análise mais profunda da realidade na qual esta pessoa esteja envolvida. É necessário que se discuta em conjunto e se proponham instrumentos que ajudem a viver melhor com a cronicidade de seu problema de saúde. Para que tais intenções se firmem, é importante considerar o nível educacional formal das pessoas, uma vez que o grupo estudado representa a maioria daqueles com hipertensão arterial atendidos nas unidades básicas de saúde, portanto, a transmissão de informações apenas considerando os aspectos científicos da doença e do tratamento, como nós, os profissionais de saúde assim o fazemos, são inviáveis e improdutivos para este grupo de pessoas.

Neste sentido, cabe a oportunidade de mencionar a Metodologia Problematizadora, a qual se fundamenta num ponto que se considera importante, qual seja, o respeito digno do discurso do outro que se coloca em relação, levando em consideração que diálogo e participação são importantes nas ações transformadoras das condições de vida e saúde. O processo de ensinar e aprender inicia desta forma, propiciando uma leitura da situação concreta (MARASCHIN; CARRASCO, 1992). Vemos, portanto, que essa é uma postura que deveria ser assumida pelo profissional de saúde no ato da assistência, justamente porque ela leva em consideração a vivência da pessoa e sua forma própria de interpretar sua doença. Isso não pode ser desprezado, uma vez que se intenciona realizar um processo facilitador na adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

A pessoa com hipertensão arterial precisa ser estimulada a fazer uma leitura das causas e efeitos de suas condutas, até o momento em que consiga detectar pontos-chave daquilo que possa ser considerado uma situação-problema no tratamento da doença. É preciso mostrar a ela que os profissionais de saúde, em particular, o enfermeiro, podem ajudá-la, trocando experiências e conhecimentos que possuem. Assim sendo, a educação se torna uma ferramenta essencial no tratamento e constitui-se um direito e dever daquele com hipertensão arterial, e, por conseguinte, um dever daqueles responsáveis pela promoção da saúde, neste caso, os

profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

O objetivo dessas condutas é levar a pessoa a decidir por si que precisa priorizar algumas ações e eliminar outras. Para tanto, a ação educativa deve abranger pontos essenciais que facilitem o entendimento, por parte da pessoa, da importância de se conhecer sua patologia. Pontos importantes a serem considerados pelos profissionais da saúde, em relação àquele com hipertensão, dizem respeito a informar sobre as consequências da hipertensão arterial não tratada ou mal controlada, reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento, enfatizar os benefícios da atividade física, orientar sobre hábitos saudáveis de vida, ensinar como a pessoa com hipertensão e sua família podem prever e detectar as emergências e, principalmente, desfazer temores, inseguranças e ansiedades (ibidem). E isso é muito mais eficaz quando nasce de uma descoberta muito pessoal, mas que não elimina a colaboração de outras pessoas, como profissionais e familiares; muito ao contrário, a relação no grupo familiar sempre é considerada um ponto de apoio para todo e qualquer tratamento. Para tanto, a pessoa com hipertensão arterial precisa ser respeitada a ponto de se procurar entender qual a leitura e as justificativas que ela própria dá para seu adoecimento, como se entende como portadora dessa doença, como interpreta seu problema, que pode ser compartilhado com muitos outros, como facilitadores do seu tratamento.

As evidências sugerem a implantação de medidas educacionais que estejam voltadas para a orientação e o acompanhamento referente à maneira de como vivenciar esta nova condição de vida e quem sabe até tornar essas pessoas agentes e multiplicadoras de ações próprias na sua família e comunidade, contribuindo para o controle da patologia.

4.2 CATEGORIA 2: CONHECENDO OS CENÁRIOS DO VIVER DAQUELES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÃO CONTEXTUAL)

O viver com hipertensão arterial acontece em diversos cenários nos quais as ações ou atividades da rede de apoio poderão acontecer. São espaços físicos e sociais onde transitam, vivem e interagem as pessoas com hipertensão arterial. Nesses espaços que se cruzam, que se conectam, que se relacionam é que surgem as demandas que deverão ser atendidas através do apoio da rede. Composto esses espaços estão as pessoas com hipertensão arterial, familiares, vizinhos e demais pessoas

próximas; profissionais de saúde; instituições como a Igreja, a Unidade de Saúde, a Pastoral da Saúde e a Federação Espírita.

A categoria “**Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial**” (Diagrama 2), considerada contexto da teoria, é formada pelas seguintes subcategorias:

- Conhecendo a estrutura familiar e de outras pessoas próximas no contexto da comunidade;
- Conhecendo a estrutura do serviço de saúde da comunidade.

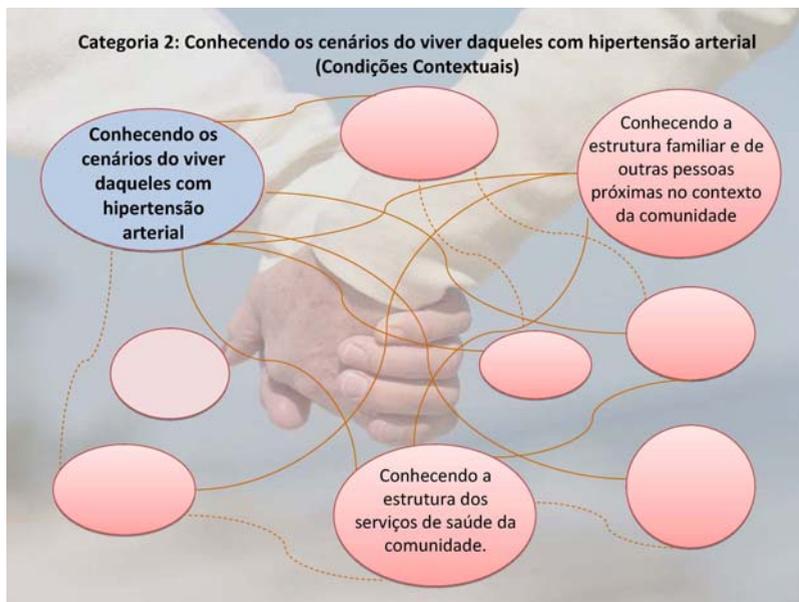


Diagrama 2: Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial (Condições contextuais)

Nesta categoria contextual, será dado maior destaque ao espaço estrutural e organizacional e menos interacional, trazendo um olhar de quem faz parte da rede de apoio: a própria pessoa com hipertensão arterial, familiares, outras pessoas próximas e profissionais de saúde, bem como as instituições. As ações e interações desenvolvidas são tratadas de maneira mais específica na Categoria 4: “Indicando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial” (Estratégias de ação/interação).

SUBCATEGORIA 1: Conhecendo a estrutura familiar e de outras pessoas próximas no contexto da comunidade

Quando se fala de organização e estrutura familiar, inúmeras são as discussões que podem ser provocadas. Neste contexto, discutiremos sobre as famílias participantes deste estudo no sentido de conhecer o nível socioeconômico, os locais onde residem, a comunidade da qual fazem parte, com a intenção de mostrar a composição organizacional e estrutural do cenário familiar e de outras pessoas próximas. Este olhar terá a percepção das pessoas com hipertensão arterial, principalmente, mas trará também as observações que fizemos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.

A estrutura familiar foi considerada a partir de seus elementos internos, que envolvem a composição da família e as questões de gênero; os elementos externos que focalizam a família extensa e outros sistemas mais amplos; além do contexto, envolvendo a classe social, a religião e o ambiente. Essa organização foi inspirada no modelo proposto por Wright; Leahey (2009): o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)⁸.

Com relação aos elementos internos, as famílias se caracterizavam como compostas por pai, mãe, filhos e netos. Tais grupos são constituídos por até dez pessoas, sendo os menores formados por duas pessoas, geralmente a mãe e a filha.

Serapioni (2005) afirma que atualmente a família está se transformando, com tendência de reduzir o número de componentes, permanecendo apenas o núcleo familiar mais restrito. Entretanto, neste grupo existem muitas famílias numerosas, sendo poucas as que contêm um núcleo familiar menor. Dessas pouco numerosas, algumas são constituídas apenas por um dos parceiros, geralmente a mulher compondo o núcleo, por motivo de viuvez ou por abandono do companheiro, fato este semelhante aos estudos de Silva et al. (2009a). Esta última situação está relacionada ao gênero, ou seja, são homens, frequentemente, que abandonam suas companheiras.

Com relação aos atributos dos elementos externos no tocante aos sistemas mais amplos, a presença de igrejas, amigos e vizinhos, bem como de parentes, dá a algumas famílias uma oportunidade maior de terem suas necessidades atendidas pela rede de apoio social, e, dependendo do tipo de apoio oferecido, todos são participantes neste processo de ajuda, entretanto, com mais intensidade este apoio vem de

⁸ O Modelo Calgary de Avaliação da Família, completo (categorias e subcategorias), encontra-se no Anexo D.

parentes próximos ou integrantes da vizinhança.

Para Griep (2003), o apoio social é um recurso importante que pode facilitar o enfrentamento de diferentes situações difíceis, dentre essas, consideramos o lidar com a hipertensão arterial. Assim sendo, quanto mais as relações dessas pessoas corresponderem à dimensão no que se refere a tamanho, força das ligações e densidade entre eles, maior a possibilidade de terem suas demandas resolvidas pela ação da rede de apoio.

Neste estudo, familiares e pessoas próximas foram referidos como aqueles que compõem a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial, sendo os seguintes: parceiro, ex-parceiro (a), vizinhos, comadre, nora, genro, ex-genro, enteados, irmãos, colegas de trabalho, sobrinhos, netos, bisnetos e filhos (Diagrama 3).

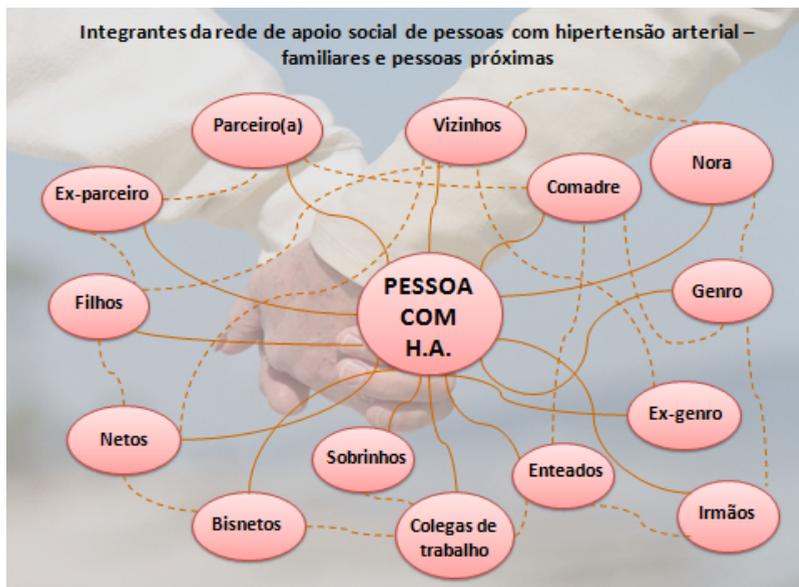


Diagrama 3: Integrantes da rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial – familiares e pessoas próximas

A relação de gênero nessas famílias segue o padrão tradicional que é mantido pela estrutura do modelo patriarcal, caracterizado pela divisão dos papéis, onde a mulher cuida dos afazeres domésticos

enquanto os homens cuidam de prover o sustento da família. Pinto et al. (2004) consideram essa relação como o papel social ligado ao gênero e sugerem que esta representação acontece justamente quando se dá essa divisão de papéis bem definida entre homem e mulher.

Neste contexto estudado, acrescenta-se ainda à mulher / mãe, além das funções relacionadas aos cuidados prestados não somente à casa e aos filhos, também os diversos cuidados prestados aos netos, demais familiares e a outras pessoas próximas (SANTOS, 2007). Podemos apontar também neste grupo algumas famílias onde o homem-parceiro não é o responsável pela manutenção da casa, não sendo nem mesmo referido pelas mulheres. Mesmo quando isso acontece, porém, o modelo patriarcal continua prevalecendo quando os filhos e/ou netos homens são aqueles que mantêm o sustento da família, evidenciando uma característica onde ainda se mantém enraizado este padrão de organização familiar. Diferentemente deste tipo tradicional, outras configurações de família englobam avós como cuidadores primários de seus netos, características que se estabeleceram em muitas famílias nas últimas duas décadas, segundo Brown-Strandrige; Floyd (2000). Para Haglund (2000), esta configuração de família, porém, traz por vezes comprometimentos sobre a saúde dessas pessoas, principalmente da avó, que continua mantendo todos os afazeres da casa associado aos cuidados dos netos, situação encontrada nos nossos achados:

Faço tudo em casa, mas meu marido quer que a gente se separe, se separe assim dos filhos e das crianças. (...) Ele acha que as crianças me dão trabalho. Então ele queria se separar. (...) Só que muitas vezes muitas pessoas já me falaram que eu estou assim inteirona, ainda faço tudo, porque eu faço. Porque do jeito que eu tenho problema de bico de papagaio na coluna, problema nas pernas, se eu me deitar, eu não levanto mais. (...) Só que o médico passou repouso e hoje em dia aprendi assim, estou fazendo isso. Eu sou muito enjoada, chata com as minhas coisas na minha casa, mas estou fazendo assim: acabei de almoçar, eu já vou para o meu quarto, para o repouso, entende? A doutora disse que era para eu descansar de manhã e de tarde também, mas pela manhã não tem condição. A hora voa. E eu tenho que correr para um lado e para o outro. Acabo de almoçar, me levanto e largo tudo e vou descansar (...) porque daí o que eu já vou fazer de tarde? Já vou ensinar os menores. (...) Daí eu

vou, já vou ensinar o menorzinho por que eu coloquei na aula de reforço e não deu certo. (...) o pequenininho é de um filho que é separado da outra mulher e eu tomo conta dele. E os quatro que é são do mais novo, a mulher foi embora, a mãe foi embora (...) e aí eu fiquei com eles. Por isso que eu fico, porque se tivessem mãe, eu não ficava mesmo. Não ficava mesmo. Eu tava cuidando de mim. Mas no fundo, no fundo, eles é que cuidam da gente. (P11G1).

Com relação ao contexto que envolve classe social, religião e ambiente, podemos dizer que as pessoas com hipertensão arterial participantes deste estudo são de baixo nível socioeconômico, com uma exceção, representadas por quinze mulheres e seis homens que se dividem como sendo do lar (sete mulheres), aposentados (três homens e 2 mulheres), pensionistas (4 mulheres), trabalhadores autônomos (2 homens e 1 mulher) e empregados (1 homem e 1 mulher). Na maioria são idosos com mais de 60 anos (14 pessoas), sendo que vários deles contribuem com seus rendimentos de aposentadoria ou pensão para o orçamento familiar. Segundo Caldas (2003), entre as famílias mais pobres, essa contribuição tem papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico.

Quanto à religião, a maioria professa a religião católica, porém, no grupo, encontram-se evangélicos, espíritas, mórmons e neopentecostais. Há ainda outros que se consideram ateus e alguns dos que, mesmo professando uma religião, beneficiam-se dos ensinamentos e curas provenientes dos ritos espíritas.

Em relação ao ambiente, que também compõe a avaliação estrutural, observamos que várias famílias vivem em condições sociais e sanitárias insatisfatórias por situarem-se em áreas de ocupação. Nestes locais não há rede de esgoto, apenas abastecimento de água e energia elétrica. A coleta pública do lixo ocorre três vezes por semana, em dias alternados, nos períodos noturno ou diurno, de porta em porta, porém não contempla toda a área de ocupação, o que favorece o acúmulo de lixo em alguns locais, atraindo insetos e roedores, tornando o ambiente, por vezes, insalubre.

As famílias que residem no conjunto habitacional possuem, além do abastecimento de água e energia elétrica, a rede de esgoto do serviço público. Diferentemente das áreas de ocupação, a coleta de lixo contempla todo o local, sendo também restrita a três recolhimentos

semanais alternados, o que gera as mesmas consequências ocorridas nas áreas de ocupação. A Prefeitura, porém, disponibiliza outros serviços como capinação e limpeza de vias e logradouros, além da coleta de entulho, o que é feito por funcionários da Secretaria Municipal de Saneamento. O objetivo é coletar o entulho que é jogado clandestinamente nas vias públicas.

No que se refere às questões culturais, a comunidade promove e participa de todas as datas festivas como carnaval (Carnasat⁹), festas juninas, Semana da Pátria e principalmente do círio local, que é o Círio de Nossa Senhora do Bom Remédio. A procissão conta com aproximadamente três mil pessoas que se dirigem pelas ruas dos locais próximos até a Igreja Católica do mesmo nome situada na comunidade em estudo. Este Círio acontece no primeiro domingo de setembro. Nas festividades, a comunidade se organiza para participar e oferecer serviços aos visitantes no dia da procissão. Durante toda a semana seguinte, há programação litúrgica na igreja matriz, bem como a apresentação de bandas católicas e de artistas locais no arraial, com encerramento das festividades após oito dias da procissão. A participação é aberta tanto aos católicos quanto a todos os demais moradores da comunidade.

Na comunidade em estudo, a maioria das pessoas conhece umas às outras e, por isso, a interação é bem próxima, o que é uma característica comum nesses locais, até pelo fato de ter poucas opções de lazer. Assim sendo, quase todos frequentam os mesmos locais como uma pequena praça, bares, lanchonetes, *cybers*, quadra esportiva oferecida pela escola pública e campo de futebol, não havendo outras opções de lazer além dessas. O fato de frequentarem sempre os mesmos locais tem como resultado a interação uns com os outros, a ajuda mútua originada por esta interação, bem como o fato de as pessoas estarem quase sempre disponíveis, sendo isto comum na comunidade.

A maioria das pessoas da comunidade se reconhece pelo nome. Nos finais de tarde, após a chuva¹⁰, são comuns passeios pelas ruas, crianças brincando e a reunião nas esquinas e nas portas das residências

⁹ Carnasat – é a programação carnavalesca promovida por um grupo de moradores que acontece no Conjunto Residencial Satélite, no período de carnaval, que conta com o desfile de vários blocos carnavalescos na principal rua da comunidade, além de outras programações da época.

¹⁰ Por conta do clima da região, é comum a presença de chuvas no início da tarde na Cidade de Belém, fator que, ao longo do tempo, passou a influenciar nos costumes da população, tendo se tornado uma tradição. Contam as pessoas mais antigas que todos os compromissos realizados no período da tarde tinham como referência para horário a opção de ser antes ou depois da chuva.

para conversarem. Algumas pessoas ainda mantêm o hábito de visitarem uns aos outros, tendência pouco comum em locais onde o nível socioeconômico é mais elevado e onde as crianças pouco brincam ou nunca brincam nas ruas. Nesta consideração, Pinto et al. (2004) afirmam que, nos dias de hoje, na vida urbana, há uma tendência ao lazer doméstico, e as crianças brincam menos na rua. Os autores apontam os fatores que têm colaborado para essa tendência de manter as famílias dentro de suas casas, dentre eles a falta de segurança nas ruas e o lazer proporcionado pelos aparelhos eletrônicos e pela diversidade de brinquedos que as crianças possuem. No entanto, por ser uma comunidade de classe média e média baixa, um pouco afastada do centro da cidade, alguns hábitos de cidade pequena são mantidos e permitem este reconhecimento uns dos outros e a maior proximidade e possibilidade de apoio. Acreditamos que esses hábitos influenciam num maior apoio, entre os moradores, pois se caracterizam por momentos e oportunidades de compartilharem problemas vivenciados no dia a dia, como aqueles relacionados à saúde, questões financeiras, conflitos familiares, ‘desavenças’ entre vizinhos e problemas relacionados à comunidade.

A esse respeito, DaMatta (1997), discutindo sobre o que chama de “gramática dos espaços”, considera que o espaço se confunde com a própria ordem social, ou seja, com a existência de consenso, com os direitos e deveres que temos na sociedade, o que permite um estado de equilíbrio nessa relação casa e rua. Diz mais ainda, que “sem entender a sociedade com suas redes de relações sociais e valores, não se pode interpretar como o espaço é concebido” (p. 30). Assim sendo, quando apresentamos o comportamento das pessoas nesta comunidade, estamos apontando para uma forma de viver que é determinada por valores, costumes, tradições, crenças, dentre outros aspectos. O fato de se reunirem nas esquinas e nas portas das residências para conversarem ou ainda passearem pelas ruas durante as tardes após a chuva, denota a apropriação dos espaços que lhes pertencem e que são por eles delimitados. Dessa forma, o ato de colocar as cadeiras nas calçadas e reunir os vizinhos como numa sala de estar faz da rua um prolongamento da casa. São espaços utilizados, ocupados e vividos de maneiras distintas, de modo que atitudes, papéis sociais, comportamentos e gestos são adequados a esses espaços (ibidem).

Para DaMatta (1997), o costume de visitarem e serem visitados demonstra também uma forma de abrir os espaços de suas casas para alguém, não para estranhos, como denomina o autor, mas para pessoas conhecidas e consideradas da comunidade, mantendo uma espécie de

ritual, repetido sempre que sentem vontade ou estabelecido por uma necessidade.

Diferentemente da realidade dos grandes centros urbanos, nos finais de semana, a comunidade sempre é mais movimentada, assim sendo, várias igrejas realizam programações para seus adeptos; ocorrem jogos de futebol no campo localizado ao lado do colégio público, o que anima e atrai muitas pessoas ao local; bares e lanchonetes estão sempre movimentados, fazendo com que o uso de bebida alcoólica seja comum entre todos (os jovens, os adultos e as pessoas de maior idade); a audição de músicas típicas da região, entre outras, é intensa.

Nos dias de semana, o movimento é mais tranquilo pelo fato de que várias pessoas estudam ou trabalham fora da comunidade, mesmo assim, os hábitos de passearem nas ruas e de se reunirem nas portas das residências são mantidos pelas mulheres que não trabalham fora, geralmente acompanhadas de filhos e/ou netos. Tais hábitos tornam o local bem familiar, o que torna a comunidade ainda um espaço bom para se viver. Infelizmente, a comunidade não é isenta de violência, que também já chegou ao local. Brigas de gangs, assaltos e arrombamentos de residências e comércios por vezes acontecem, o que torna também violenta a reação de alguns moradores da comunidade quando conseguem impedir os assaltos, vitimando por vezes o agressor, sendo este aspecto, por várias vezes, motivo de reportagens das mídias da cidade.

Na comunidade, a maioria dos moradores se conhece, assim, a aproximação com pessoas novas – novos moradores – dependerá do nível socioeconômico destas. Caso este nível seja próximo da maioria das pessoas da comunidade, a aproximação é imediata, do contrário, esta demora bastante para acontecer.

Existe uma variedade de pequenos comércios, sendo raros os de médio porte. Não há mercados nem feiras livres. Escolas públicas e particulares também estão presentes no local, todas restritas ao Ensino Fundamental, exceto pela escola pública, que também oferece o Ensino Médio. Existem duas academias para a prática de atividades físicas, sendo uma bem recente (inaugurada em agosto de 2010) e bem equipada, o que possibilita oferecer mais opções para realização de atividades físicas, sendo esta frequentada, inclusive, por pessoas da terceira idade, onde recebem atenção diferenciada.

Observamos, por frequentarmos o local, que algumas pessoas com hipertensão arterial têm acesso à academia inaugurada mais recentemente, existindo a preocupação voltada para as que se encontram nesta condição, uma vez que a atividade física possibilita o controle dos

valores pressóricos, surgindo os resultados a partir do momento em que acontece a condução satisfatória deste processo.

Os efeitos benéficos da atividade física, já discutidos na primeira categoria, podem ser alcançados e utilizados como uma das medidas preventivas no tratamento da hipertensão arterial. Diversos autores como Moraes et al. (2005); Krinski et al. (2006); e Silva et al. (2008) consideram-na como uma das medidas alternativas, entretanto, acreditamos que a participação do profissional da área é extremamente necessária, uma vez que Negrão e Rondon (2001) afirmam que esses efeitos benéficos em pessoas que tem hipertensão dependem do tipo, da duração e da intensidade dos exercícios físicos. Assim sendo, torna-se necessário conhecimento científico a respeito da questão abordada, de forma que as pessoas sejam devidamente orientadas quanto à prática destas atividades.

Todo este ambiente vivenciado na comunidade não é compartilhado por nenhum profissional da Unidade de Saúde, pelo fato de que nenhum deles reside no local, tornando inexistente a relação fora do espaço físico da instituição.

Silva et al. (2009a) considera importante que se conheçam as condições sociais e ambientais em que vivem as famílias, uma vez que tais condições influenciam sobre o estado de saúde das pessoas, podendo predispor a pessoa e a família à ocorrência de doenças.

Quanto às demais instituições, grupos e/ou pessoas referenciadas por aqueles com hipertensão arterial, como fazendo parte da rede de apoio social e que pertencem à comunidade, são os seguintes: Pastoral da Saúde, Igrejas (Católica e Evangélica), Grupos de Oração, Benzedeiros e Federação Espírita Paraense (Diagrama 4). As relações desses integrantes da rede com as pessoas com hipertensão arterial serão discutidas nas demais categorias.

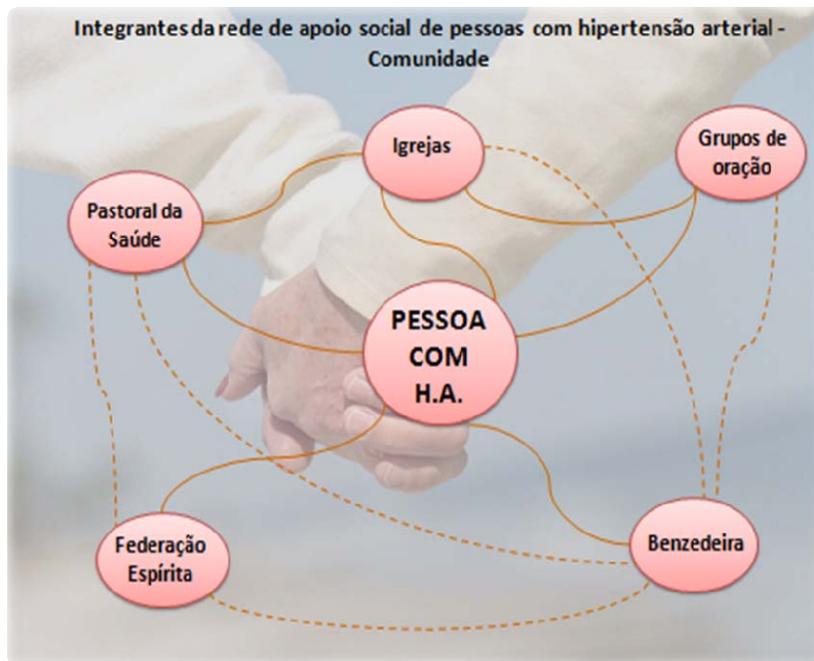


Diagrama 4: Integrantes da rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial – Comunidade.

SUBCATEGORIA 2: Conhecendo a estrutura dos serviços de saúde da comunidade

Quando se fala de organização e estrutura do serviço de saúde, inúmeras são as discussões que também podem ser provocadas, semelhantes à subcategoria anterior. Neste contexto, apresentaremos como a Unidade Municipal de Saúde Satélite está estruturada/organizada; como as pessoas com hipertensão arterial têm acesso ao serviço; bem como sobre que espaços essas pessoas têm neste serviço. Este olhar terá tanto a percepção das pessoas com hipertensão arterial, principalmente, mas trará a percepção também dos profissionais do serviço de saúde e ainda as observações que fizemos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.

A Unidade de Saúde está estruturada para oferecer às pessoas inúmeros programas de saúde já apresentados no capítulo referente à metodologia. Dentre esses, destacamos o Programa de Hipertensão

Arterial e Diabetes Mellitus – o HIPERDIA (BRASIL, 2002c), que possui um sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoas com essas patologias, ou seja, as consideradas casos suspeitos que, pelas determinações do Programa, poderiam ser identificadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e direcionadas para a Unidade de Saúde, na intenção de estabelecer diagnóstico médico para a doença. Como a comunidade não é coberta pelas equipes da ESF, o acesso das pessoas com hipertensão arterial à Unidade de Saúde ocorre por demanda espontânea ou por redirecionamento de outra unidade de saúde, uma vez que as áreas de abrangência são definidas para cada unidade.

Aqueles que procuram a UMS Satélite seguem alguns critérios de atendimento que podem ser observados no Diagrama 5 e que serão aqui descritos para melhor atendimento.

As pessoas que chegam à Unidade de Saúde redirecionadas por outras instituições são encaminhadas à assistente social, que providenciará a matrícula e o aprazamento da consulta com o médico clínico geral para definição ou não do diagnóstico médico de hipertensão arterial. Na confirmação deste, ocorre o cadastramento no Programa HIPERDIA, e, posteriormente, a inclusão no cadastro nacional.

As pessoas que chegam por demanda espontânea apenas para aferir a pressão arterial são atendidas pelos técnicos de enfermagem e agentes de saúde que atuam na pré-consulta. Se a pressão arterial estiver elevada, a pessoa é encaminhada para a enfermeira, que providenciará o atendimento médico na Unidade e/ou o encaminhamento para o serviço de urgência e emergência mais próximo, se houver necessidade. A pessoa matriculada na unidade terá a consulta médica aprazada para acompanhamento e definição ou não do diagnóstico médico de hipertensão arterial. Caso não seja matriculada e sendo moradora da área de abrangência da UMS Satélite, será submetida aos mesmos procedimentos. Se o diagnóstico médico de hipertensão arterial for confirmado, será cadastrada no Programa HIPERDIA. Não sendo moradora da área de abrangência, a pessoa será redirecionada à sua respectiva Unidade de Saúde, acompanhada de documento relatando os procedimentos realizados.

As pessoas matriculadas na Unidade de Saúde que precisam de uma consulta médica ou de enfermagem dirigem-se à recepção, onde são atendidas por agentes administrativos e agentes de portaria, que aprazarão a consulta de acordo com a agenda do profissional solicitado e o número de vagas disponíveis. Em casos de consulta médica já

aprazada, o atendimento é feito na sala de pré-consulta para aferição da pressão arterial e mensuração do peso. Posteriormente, realizarão as consultas.

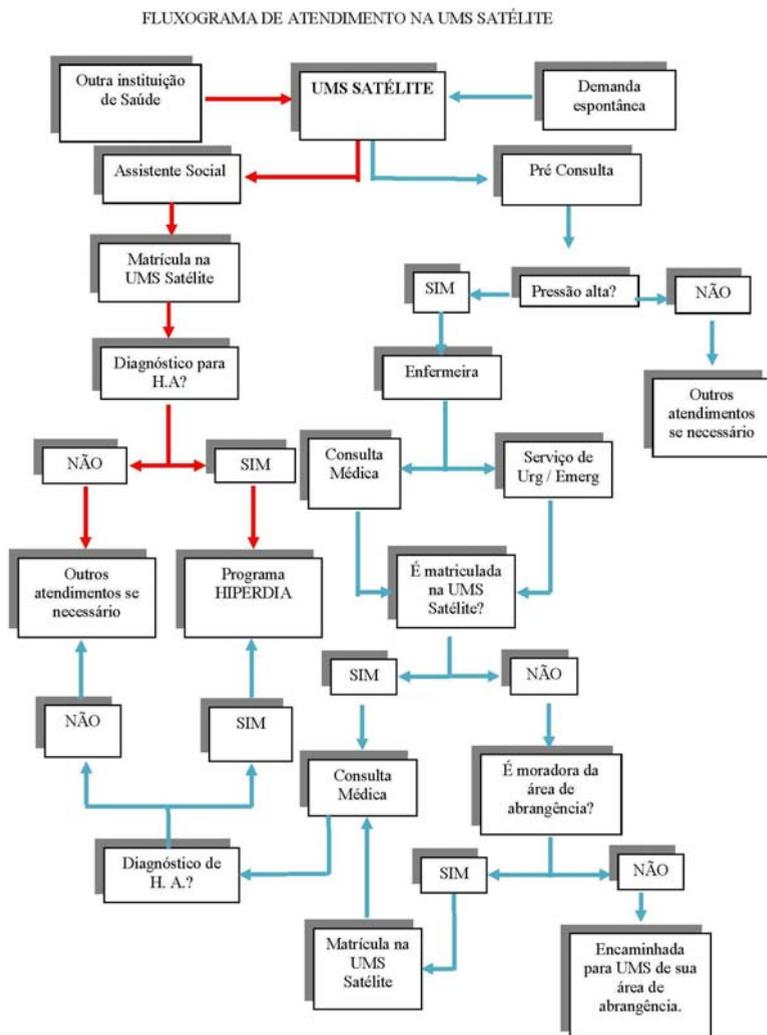


Diagrama 5: Fluxograma de Atendimento na UMS Satélite

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

Alguns autores, ao discutirem o atendimento numa Unidade de Saúde, consideram o uso de tecnologias leves neste processo (MERHY; ONOCO, 2002; COELHO, 2009).

O acolhimento, na definição de Ramos; Lima (2003), é a postura dos profissionais da Unidade de Saúde para o atendimento das necessidades da pessoa que procura o serviço, sendo que tal postura pode ser acompanhada de fatores que facilitam ou dificultam as relações. Entendem ainda que acolhimento seria a postura do profissional de colocar-se no lugar da pessoa para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas, postura já há muito por nós defendida.

Merhy; Onoco (2002) e Coelho (2009) sugerem que o acolhimento envolva profissionais de saúde, gestores e as pessoas que utilizam os serviços, no estabelecimento de estratégias de atendimento cuja intenção é proporcionar resolubilidade para as reais exigências de saúde. Neste sentido, Coelho (2009, p. 442) enfatiza que, “ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde”.

Acreditamos que a forma de atendimento dispensada à pessoa pode ser um dos aspectos a colaborar na adesão ao tratamento, opinião essa também compartilhada pelo autor, quando este afirma que, quando a pessoa é acolhida pelos profissionais de saúde, garantindo seu atendimento, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e respeito entre esses dois atores (ibidem).

Quanto à relação da Unidade de Saúde com a comunidade, esta não é muito vivenciada, uma vez que os profissionais não interagem com a comunidade, segundo relato deles próprios. Também não fazem parte da comunidade, pois não moram no local. A maioria dos funcionários já trabalha na instituição há mais de cinco anos, porém não desenvolvem nenhuma atividade extramuro. Não há visitas nas residências, a não ser no caso de algumas pessoas faltosas aos programas de tuberculose e de hanseníase, porém essas visitas já ocorrem com pouca frequência, sendo reduzida na medida em que se instala o programa de medicação supervisionada que acontece na Unidade de Saúde, sendo que, no programa de atendimento às pessoas com hipertensão arterial, isso não acontece:

Aqui é estritamente demanda espontânea. É a vontade deles de virem à Unidade. A gente nunca vai atrás. (...) Não existe a inserção da instituição na comunidade, não existe. O posto não vai até a população. Não existe serviço extramuro. A gente só faz visitas, em alguns casos, dos faltosos dos programas de Tuberculose e Hanseníase, mas assim, isso também está mudando porque o tratamento agora é mais supervisionado, então eles têm que vir aqui na Unidade durante a semana, então aqueles casos de abandono a gente vai atrás, mas no HIPERDIA não tem isso, não tem esse trabalho de ir atrás. (P3G3).

Quanto aos demais tipos de serviços de saúde oferecidos à comunidade, a Unidade de Saúde é a única instituição para referência aos serviços da rede do SUS, através da Central de Consultas ou da Central de Leitos da SESMA.

Pela inexistência de outras instituições de saúde pública ou privada na comunidade em estudo, além da UMS Satélite, em casos de urgência e emergência, as pessoas são referenciadas para a UMS do Tapanã dentro do mesmo distrito – DABEN. Na necessidade de internação hospitalar, esta unidade se responsabilizará pela referência para outras instituições de saúde nas áreas dos demais distritos administrativos. Cabe informar que no DABEN existem três UMS que prestam atendimento de urgência e emergência 24 horas, sendo a do Tapanã a mais próxima da comunidade em estudo, que possui um sistema de referência para casos de situações clínicas críticas.

Com relação ao encaminhamento para as instituições especializadas por conta das consultas médicas com os especialistas, o que gerou controvérsias quanto às facilidades e dificuldades de atendimento, já discutidas na Categoria 1 ‘Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial’, acreditamos ser importante que todos conheçam este processo. Para tanto, buscando compreender o fluxo de atendimento da UMS Satélite, foram obtidas informações sobre o mesmo através de profissionais da instituição. Para melhor visualização e compreensão, apresentamos o Diagrama 6.

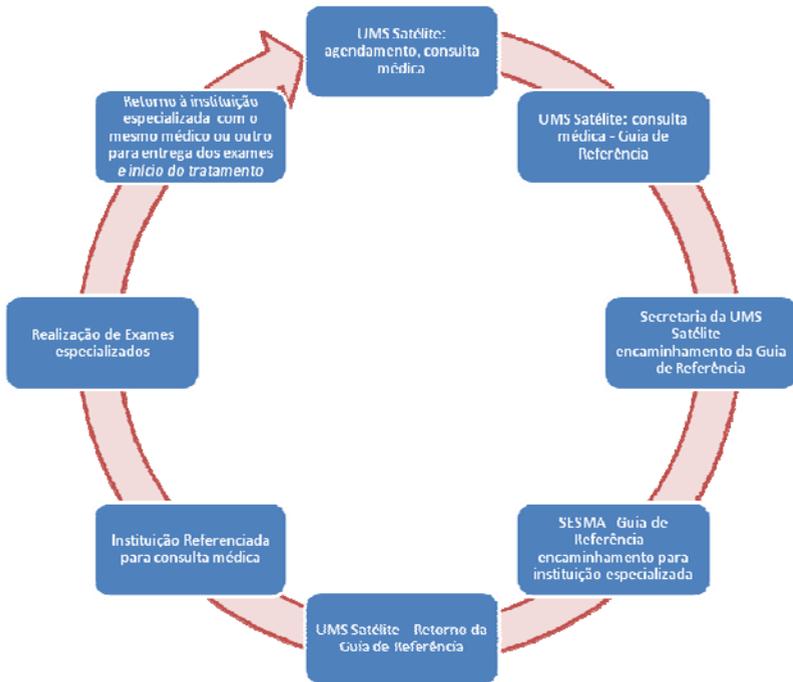


Diagrama 6: Fluxograma de encaminhamento para instituições especializadas.
Fonte: Instrumento de Coleta de Dados

O fluxograma inicia a partir do momento em que a pessoa com hipertensão arterial tem sua consulta médica agendada pela enfermeira ou recepcionista da Unidade Básica de Saúde. Em seguida, ocorre o atendimento pelo médico clínico geral, onde, identificadas as necessidades que justificam o encaminhamento às instituições especializadas, é preenchida a Guia de Referência. Este documento é entregue à secretária da instituição, que após agendar o retorno para o recebimento da Guia de Referência e aguardar por outras guias, envia o documento à SESMA, que é a instituição responsável pela marcação das consultas com os médicos especialistas. A Guia de Referência retorna à Unidade de Saúde onde a pessoa deve comparecer para receber este documento. Em seguida estes devem se dirigir à instituição referenciada onde ocorrerá a consulta médica, a solicitação de exames específicos, o agendamento e realização dos mesmos. Os exames podem ser realizados ou não na instituição onde ocorreu a consulta. De posse dos exames, é

feito novo agendamento para o retorno ao médico especialista. Posteriormente será dado início ao tratamento que o caso requer. O fluxograma finaliza com a contrarreferência à Unidade Básica de Saúde. Este fluxo é “quebrado” em algumas situações quando alguns não comparecem para receberem a Guia de Referência e outros podem ser “encaixados” para aquele atendimento. Essas pessoas que são favorecidas por não terem que seguir todo o fluxo são as que relataram não ter dificuldades para o atendimento com os médicos e serviços especializados, fato este que não é a rotina do atendimento no serviço especializado:

Ela (a médica) resolveu encaminhar outra vez para o oftalmologista. Mas eu me dou bem graças a Deus com todos aí na unidade e quando cheguei lá com a secretária eu disse para ela: me coloca para a beneficente (Hospital particular conveniado com o SUS). Ela disse: espera aí que eu vou ver o que eu faço pela senhora. Aí ela foi revirar as fichas (são fichas dos pacientes que não retornam para pegar o encaminhamento) e disse: “olha aqui, tem uma consulta para amanhã. Você vai? É na clínica dos olhos. Você vai”? Eu disse: eu vou. Pode me dar isso aí que eu vou na consulta. Fui na consulta.(...) Para quem esperou três anos e nada de ser chamada... agora fui com a doutora X aí na unidade e rapidinho fiz minha cirurgia. Num dia consulta e na próxima semana já fui operar! O que você me diz? Essas são as bênçãos que a gente recebe dos céus. (P3G1).

Como podemos perceber, o encaminhamento aos serviços especializados mostra uma dissonância entre a necessidade das pessoas com hipertensão arterial e o tempo que leva entre a necessidade e o atendimento da mesma. Para as pessoas que dependem desse atendimento e seus familiares, um período de duas semanas ou mais para ser atendido pelo médico especialista é considerado longo, pois, para eles, se estão precisando de atendimento, este deve acontecer num período de tempo o mais breve possível. Entre os profissionais também há críticas sobre essa estrutura do serviço. Alguns reconhecem que a mesma não é adequada, porém há aqueles que aceitam essa estrutura como viável. São unânimes apenas quando as dificuldades do

atendimento de médicos neurologistas:

Para mim, demorar... por exemplo, se eu estou sentindo alguma coisa eu quero uma consulta logo, até com uma semana já está bom, daqui a uma semana tudo bem. Só que a gente está sentindo alguma coisa aí vão marcar o médico especialista para um mês, dois meses e aquela pessoa vai piorando do mal que está sentindo. Então eu acho isso muito precário você ter que esperar dois ou três meses para fazer uma consulta de uma coisa que você está sentindo agora. Então eu acho que demorar para mim... seria 'para ontem' se a gente pudesse ser atendido. (Fm2G4).

Ramos; Lima (2003), com base em outros autores, consideram que o acesso envolve inúmeros aspectos, tais como a distância da Unidade de Saúde e o local de moradia da pessoa; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento como filas, local e tempo de espera; o tratamento recebido por essa pessoa; a priorização de situações de risco, urgências e emergências; as respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; bem como a possibilidade de agendamento prévio, que no caso das pessoas cadastradas no Programa HIPERDIA, essa possibilidade é a de mais fácil resolutividade, evitando que as pessoas se submetam a situações constrangedoras como permanecer em filas organizadas na entrada da Unidade de Saúde, em horários ainda na madrugada, na tentativa de acesso a alguns serviços oferecidos na instituição.

Na perspectiva da enfermeira, este atendimento é considerado bom, entretanto, acredita que poderia ser melhor uma vez que na equipe falta o psicólogo, profissional importante para o atendimento às pessoas com hipertensão arterial, por considerar que os problemas de origem emocional podem alterar a pressão arterial. Também considera a nutricionista outra necessidade para a equipe, que já contou com este profissional, mas que no momento não existe na unidade.

Os profissionais de saúde que fazem parte da equipe pertencente à UMS Satélite e que compõem a rede de apoio de pessoas com hipertensão arterial, são os seguintes: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista (no decorrer da coleta de dados foi exonerada), assistente social, auxiliar de enfermagem, agente de portaria e agente administrativo (Diagrama 7).



Diagrama 7: Integrantes da rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial – Profissionais de Saúde.

Nesta relação com a Unidade de Saúde, consideramos também importante discutir a respeito do que as pessoas com hipertensão arterial pensam sobre seus espaços para reinvidicação. Consideram que o corredor é o espaço onde as pessoas falam mais, emitem mais suas opiniões. Quase nunca reclamam com os profissionais, principalmente com o médico. Na verdade, afirmam que ninguém reclama nada com o médico. Reclamam com quem está do seu lado, ou seja, outra pessoa que esteja esperando atendimento ou ainda, tal como observei, com os funcionários da recepção e ocasionalmente com os da enfermagem:

Muita gente reclama no corredor. Dizem que o médico não demora na consulta, não olha para a cara das pessoas. Eu particularmente não tenho nada do que reclamar (...) mas eu acho que as pessoas que reclamam elas não falam nada diretamente para o médico do que elas pensam. Elas falam no corredor, umas pras outras, não tem coragem de falar para o médico. (PIG4).

Neste contexto, espaços e oportunidades para reivindicações e reclamações ou até quem sabe para elogios e sugestões, muito comuns em outras instituições, empresas e similares, principalmente no serviço privado, aqui se mostram ausentes.

As pessoas parecem não ter a oportunidade de serem ouvidas e de serem atendidas em suas reivindicações. Reclamam com seus pares talvez numa atitude caracterizada apenas como um desabafo, uma vez que não sentem liberdade em fazer isso principalmente com os médicos. Na ação de reclamar com seus pares, parece não existir dificuldade talvez por se sentirem em condições de igualdade. Andrade; Vaitsman (2004) referem que, ao se encontrar diante de outro 'paciente', tais dificuldades não existem, ou se existem, são bem mais diluídas, uma vez que todos estão na mesma situação de adoecimento.

Quanto ao fato de não terem liberdade para reclamar ou reivindicar junto ao profissional médico, diferentemente de seus pares, acredita-se estar este relacionado com questões do poder médico, cuja condição deste profissional, associado à posição social diferente, contribui para fortalecer este poder. A posição social mais humilde das pessoas atendidas em algumas instituições é um dos fatores que contribui para o fortalecimento deste poder médico. As diferenças de linguagem e cultura entre esses dois atores podem ser fatores contribuintes para o constrangimento da pessoa e dificuldade de comunicação entre ambos, segundo afirmam Andrade; Vaitsman (2004). Acredito que tais fatores também contribuem para o impedimento das reivindicações e reclamações das pessoas junto ao médico, mesmo sendo este o alvo dessas reclamações.

Outro fator que também fortalece o poder médico é o método clínico baseado no tão conhecido, utilizado e enraizado modelo biomédico, que surge no século XIX e alcança sua hegemonia no século XX (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Este modelo de atendimento torna preponderante o diagnóstico da doença sobre as pessoas, contribuindo mais ainda para que algumas delas não sintam que tem liberdade de escolha, liberdade de opinião e oportunidades de reivindicações, mesmo não tendo espaços para essas atuações.

Nesse contexto é importante considerar um dos eixos da ambiência determinada pela Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2006a). Ambiência refere-se ao ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar um atendimento acolhedor, resolutivo e humano. Na ambiência, não somente o espaço físico é importante, mas também o componente afetivo expresso na forma do acolhimento e da atenção dispensada à

pessoa, entre outros aspectos. Isto permite dizer que promover um espaço para que essas pessoas sejam ouvidas em seus interesses é considerar as situações construídas nos espaços sociais da Unidade de Saúde, é considerar a individualidade das pessoas envolvidas, sendo este um dos focos da Ambiência. Assim sendo, adequar os serviços ao ambiente e à cultura das pessoas, dando espaço para suas reivindicações, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável, acreditamos ser um dos aspectos que deveriam considerar e esperar de um serviço de saúde.

Este contexto apresentado caracteriza-se como o espaço onde estão organizadas as ações e atividades direcionadas à pessoa com hipertensão arterial. Consideramos que todos esses contextos influenciam diretamente no controle da doença. A ambiência, se levada a termo, tem condição de proporcionar de fato um ambiente acolhedor, sendo este um dos aspectos destacados como favoráveis nesta questão dos cenários vivenciados pelas pessoas com hipertensão arterial e, que acreditamos, ser propício ao apoio às pessoas com hipertensão arterial, sendo inclusive um elemento de destaque nessa relação.

4.3 CATEGORIA 3: IDENTIFICANDO OS TIPOS DE APOIO SOCIAL OFERECIDOS ÀS PESSOAS NO SEU VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONDIÇÕES INTERVENTORAS)

O viver da pessoa com hipertensão arterial está envolvido por diferentes demandas de apoio. Este apoio acontece nos diversos cenários de interação e poderá ser de diferentes formas, atendendo as demandas que surgem em decorrência das mudanças provocadas pela hipertensão arterial.

A classificação usada nesta categoria para indicar o tipo de apoio social oferecido e recebido pela rede em estudo foi a seguinte: emocional, informativo e instrumental. Esta classificação é semelhante à apresentada por alguns autores: House et al. (1988), Thoits (1995), Due et al. (1999) e Finfgel-Coneet (2005).

No contexto vivenciado pela pessoa com hipertensão arterial, participaram da rede de apoio social de forma efetiva os seguintes integrantes: familiares; amigos; vizinhos; a igreja; a Unidade de Saúde; a Pastoral da Saúde; a Federação Espírita, enfim, uma diversidade de integrantes que, interagindo entre si ou não, tiveram suas ações percebidas pelas pessoas com hipertensão arterial como dando alguma

forma de apoio oferecido. Esse apoio surge das interações no serviço de saúde, nas relações familiares, na comunidade e demais espaços sociais.

A categoria “**Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial**”, considerada como condição interveniente da teoria, foi composta pelas seguintes subcategorias:

- Identificando o apoio emocional oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial;
- Identificando o apoio informacional oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial;
- Identificando o apoio instrumental oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial.

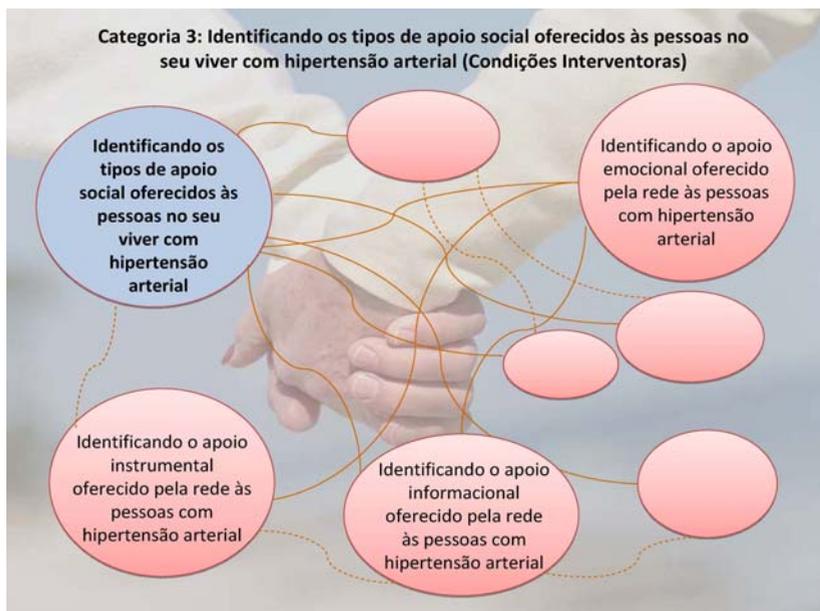


Diagrama 8: Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial (Condições intervenientes)

Nos tipos de apoio oferecidos, o foco é direcionado tanto para as principais demandas originadas pela hipertensão arterial que foram apresentadas na Categoria 1: “Reconhecendo as demandas da pessoa

com hipertensão arterial”, quanto para outros tipos de demandas que fazem parte do cotidiano dessas pessoas e que nem sempre estão diretamente relacionadas à esta condição de cronicidade da doença.

O ato de receber apoio pelos integrantes da rede pode ser tanto ativo, quanto passivo, ou seja, tanto as pessoas buscam apoio pela necessidade de serem atendidas em suas demandas, quanto este apoio vem de forma espontânea.

Silvério et al. (2009) afirmam que há uma crença em considerar o potencial do apoio social como componente que ajuda a diminuir o estresse e favorece os mecanismos de enfrentamento das pessoas com doenças crônicas. Costa; Nogueira (2008) coadunam com as mesmas idéias quando afirmam que a rede social da pessoa com hipertensão arterial tem a função de incentivar atitudes pessoais que se associam no monitoramento da saúde, como o compartilhamento de informações, auxílio em momentos de crise e cuidados com a saúde em geral. Dentre esses cuidados estão aqueles com a dieta, com a prática de exercícios físicos, a aderência ao regime medicamentoso.

Ao falarmos dos tipos de apoio oferecidos pela rede, por vezes entraremos no campo das interações, entretanto, a intenção nesta categoria é destacar os tipos de apoio que as pessoas com hipertensão arterial podem contar – emocional, informacional e instrumental. Na categoria seguinte é que se darão de fato as discussões de como acontecem as relações/interações entre quem apoia e quem recebe apoio, para que este aconteça.

A esse respeito, Thoits (1995) já afirmava que ainda não se tem bem esclarecido de que forma os aspectos estão relacionados entre si, fazendo com que diferentes percepções sejam evidenciadas, tais como a de que número e estrutura de vínculos das pessoas tenham menos importância para o apoio recebido do que possuir um mínimo de vínculo que seja bem próximo e de confiança, acima de tudo. Ou, ao contrário disso, que a estrutura e função da rede são cruciais para facilitar o acesso a vários tipos de assistência funcional. Independentemente do número ou da estrutura de vínculos da pessoa, o que percebemos nos achados é de que as pessoas com hipertensão arterial precisam de diversos tipos de apoio para um viver melhor com hipertensão arterial.

SUBCATEGORIA 1: Identificando o apoio emocional oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial

O apoio emocional refere-se a relações que conotam uma atitude emocional positiva, simpatia, empatia, estímulo e auxílio. É poder contar com a ressonância emocional e boa vontade das outras pessoas.

Este tipo de apoio é uma função característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas (SLUZKI, 1997). Due et al. (1999) consideram como uma relação que envolve expressões de afeição.

O apoio emocional evidenciado pelas pessoas com hipertensão arterial consiste em diversos sentimentos como afeto, amor, gratidão, reconhecimento, simpatia; atitudes como demonstração de respeito, preocupação e dedicação. As variadas formas de apoio emocional oferecidas pelos integrantes da rede de apoio social são percebidas pelas pessoas como uma forma de ajudá-las no dia a dia já incluindo neste o tratamento da doença.

O apoio emocional, em sua diversidade de sentimentos, é referenciado pelas pessoas como proveniente principalmente de familiares, entre esses, destacam o apoio de filhos e netos. Algumas, especialmente aquelas na condição de mães, acreditam e referem que esse apoio pode ser uma retribuição por todo o cuidado oferecido aos filhos, em especial, quando crianças, pelas dificuldades vividas e superadas em função deles e por tê-los criados sozinhas pelo fato de terem sido abandonadas pelo parceiro.

O apoio emocional dos filhos se expressa e é percebido pelas pessoas quando elas relatam as inúmeras sensações vivenciadas por conta deles. Consideram-se felizes, completas e abençoadas com os filhos que tem por se sentirem amadas por eles; consideram ótima a relação com os mesmos; enfatizam a predileção por alguns; e acreditam que felicidade é ter o amor deles. Outros familiares percebidos como aqueles que oferecem apoio emocional são irmãos, genros e noras:

Ah! Sou mais do que feliz. Olha, eu acho que a gente se completa. Tu já pensaste quando uma mãe não tem o apoio de um filho ou de uma filha? Ela fica sem sentido na vida. Eu não. Eu, graças a Deus. Por isso é que eu te digo que eu sou uma mulher muito feliz. Felicidade não é você ter muitas coisas. Olha, eu não tenho nenhum tostão. Se tu me virar de cabeça para baixo não vai cair nenhum tostão, mas eu tenho o amor dos meus filhos (...) Eles se preocupam comigo, eles telefonam. Ele já telefonou dizendo que vem hoje aqui. Então, esse carinho, essas coisas que muitos estão querendo ter e não tem, eu tenho dos meus filhos. (...) Quando eu tinha meus filhos pequenos que o marido foi embora eu ia trabalhar limpando e lavando a casa dos outros e aí eu ia a pé porque não tinha dinheiro para a passagem do ônibus. Já

enfrentei, filha. Eu voltava a pé para casa. (...)Eu trabalhava na feira e saía de casa não tinha o que comer. Quando voltava, eu já voltava com uma porção de comida. Trazia arroz, feijão. Uma vez eu peguei um ovo e dividi metade para um filho metade para outro. Dou graças a Deus porque eu tinha aquele ovo. (...). Tenho um filho que é maravilhoso, seis netos maravilhosos, eu tenho um genro que me chama de mãe, tenho uma nora que é uma filha. Não sou abençoada? Sou e muito. (...) minha filha é separada do marido, mas ele é como se fosse um filho para mim. (...) Minha filha vive com outro rapaz há três anos, mas ele também gosta muito de mim, me chama até de mãezinha. Agora eu fico numa situação difícil, mas eu trato os dois iguais. Um me ama, outro também. (risos). (P3G1).

O apoio emocional também é oferecido por outros familiares como o (a) parceiro (a) através da demonstração de preocupação com o controle da doença e o cuidado com a saúde, sendo este aspecto demonstrado nos inúmeros momentos do tratamento da doença. O que motivaria essa preocupação seria a relação afetiva vivenciada por algumas pessoas deste grupo. Mesmo em sua fase mais avançada da vida, continuam a cultivar sentimentos como amor, carinho e afeto pelo (a) parceiro (a), ainda que na presença de conflitos e lembranças não muito agradáveis do passado:

Bem, minha participação é orientando ela nos dias de consulta de os horários de remédio para ela tomar. Essa é a minha participação. Nos horários do remédio a minha participação é para que ela não deixa de tomar os remédios. (...) Ah! ela tudo para mim. Eu dependo dela para tudo. Sem ela eu não posso viver. Noventa por cento eu dependo dela e ela dez por cento depende de mim. (Fm5G5).

Tenho, tenho. Tenho esposa, filhos. Inclusive e a minha 'patroa' é quem dá todas as informações assim para o médico. (...) Eu fico sentado calado, não digo nada. Ela é que fala tudo para o médico. Ela diz que tenho isso, tenho aquilo. Ele tá com esse, esse e esse problema. Eu fico calado, não

digo nada. (...) Bem, bem. Ela prepara tudo para mim. Ela que faz tudo. (...) Como me sinto? Oh, muito bom, com a graça de Deus, ela me faz muito feliz. Às vezes eu é que já faço mal para ela. Trato ela muito mal. Ela diz que eu faço isso, faço aquilo... mas aí tem que esquecer isso. Não adianta lembrar do passado por que é muito pesado né? A gente se aborrece e não dá certo. Ela também se aborrece. Fica com raiva um do outro e aí não dá certo. (...) Passou, deixa pra lá. (P2G2).

O que observamos neste tipo de apoio é que ele independe do que já foi vivenciado, especialmente pelos casais quanto aos conflitos no relacionamento, ou seja, mesmo as pessoas tendo uma história de conflitos no passado, no momento da doença, essas questões conflituosas são superadas e o apoio é oferecido à pessoa com hipertensão, sendo esta ajuda reconhecida e evidenciada pelo outro. Cabe enfatizar que este relato foi feito pelos parceiros (estes com hipertensão arterial), evidenciando a ajuda de suas parceiras. No sentido oposto também elas (estas com hipertensão arterial) relatam a superação dos conflitos e cuidam dos parceiros ou ainda dos ex-parceiros.

Nas duas situações, o que observamos é que as mulheres se sentem responsáveis pelo cuidar, que é tipicamente uma característica feminina. Sendo ou não portadoras da condição crônica, superar os conflitos e cuidar é sentido como se fosse uma obrigação da mulher. Para Costa; Nogueira (2008), algumas atitudes da mulher podem estar relacionadas ao fato de estas se colocarem em segundo plano quanto aos cuidados dispensados a si próprias, em detrimento da necessidade de cuidar do familiar:

Aquilo que você planta é aquilo que você faz e depois você vai colher. Você não pode culpar a Deus. Tem pessoas que têm mania de ir culpar a Deus por tudo. (...) Olha, minha filha, eu já fui posta de casa para fora no meio da rua, com todos esses problemas que eu tenho de saúde. Meu marido é alcoólatra e me colocou eu e os filhos no meio da rua, me batia e muito. Eu sofri muito, mas tu sabes o que aconteceu? Um dia ele chegou em casa queimando de febre. Eu estava separada porque ele foi embora com a amante dele. Chegou em casa, perguntou se tinha um

remédio. (...) Aí eu fui, olhei, ele tava com um febrão enorme. Aí eu levei remédio, levei pro médico, fez a consulta e deu que ele estava tuberculoso. Deu tuberculose. Tratei dele durante três anos consecutivos. Ficou curado sem nenhuma sequela, sem nenhuma mancha. Daí, depois os anos foram se passando ele foi embora e 'eu' aqui trabalhando, trabalhando e cuidando dos filhos. (...) Aí, minha filha, um dia ele chegou doente em casa de novo. Eu peguei exames que era para eu fazer de sangue, de urina e disse não, eu não vou fazer não, vou dar para 'ele'. Sabe o que deu? Câncer no estômago. Aí ele foi operado no Ophir Loyola, tem só metade do estômago. Depois de um ano de operado, porque ele fuma e bebe até hoje, deu na cabeça. Parte do rosto é platina, e não tem um pedaço da língua, colocou dois drenos, mas tá vivo. E eu fiquei do lado da cama dele tirando aquela secreção. Você sabe que coloca aquele aparelho (aspirador), e sai aquela secreção e só 'eu' aqui é que tirava. Hoje nós estamos vivendo, estamos mais de vinte anos separados de corpos. A casa tem uma " puxada" (outro cômodo ao lado), então eu moro nessa puxada, ele mora na outra, mas eu faço a comida, eu faço tudo, ajudo, tudinho. Nós somos dois irmãos. Todos se admiram. E eu esqueci tudo aquilo que ele me fez. (...)E ele disse que ele não consegue viver com outra pessoa, nem com a mãe, nem com irmão, nem com ninguém. Passou pela mão de todos eles. (P3G1).

A família representa uma importante fonte de apoio e segurança para a maioria das pessoas. Assim sendo, esta relação permite troca de amor, afeto, respeito e valor (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2002), o que, para Costa; Nogueira (2008), influencia diretamente no sucesso do tratamento da hipertensão arterial.

Viver bem com os familiares parece-nos fundamental para ajudar no tratamento de qualquer doença, e aqui, especificamente, a hipertensão, uma vez que as alterações emocionais também mudam os valores pressóricos. Implicitamente, o modo de viver, salvo os problemas existentes, contribuem para a estabilidade emocional da pessoa com hipertensão arterial, assim sendo, acreditamos que a família

e o modo de viver desta é um apoio no tratamento.

Os profissionais da Unidade de Saúde são reconhecidos pelas pessoas como também oferecendo apoio emocional. Este apoio se faz sentir quando relatam que são bem atendidos e respeitados por eles. Fazem referência especialmente à médica e consideram o relacionamento um suporte emocional, alguns referindo sentirem-se bem somente em conversar com ela. Nesta conversa, algumas pessoas recebem apoio emocional para o enfrentamento de conflitos familiares como, por exemplo, aqueles relacionados ao alcoolismo e à separação do parceiro. Relatam que os médicos se preocupam com a adesão ao tratamento da doença, sendo este modo uma demonstração de interesse, o que pode ser considerado um apoio emocional pelas pessoas pelo fato de se sentirem bem atendidas:

Bem, todo mundo me atende satisfeito e alegre. Eu também, quando chego, já chego alegre. Às vezes eu digo para a doutora X: - Olha, eu não tomei remédio, mas só a sua presença já me deixa melhor. Ela riu muito. É, com certeza. Outro dia eu falei para ela: - Doutora, não sei por que, mas às vezes eu venho triste, daí eu falo com a senhora e não tomo nem remédio nem nada e já fico bem. Ela ri como que. Essa doutora é muito especial. (P4G2).

O apoio emocional também é proveniente dos grupos religiosos, especificamente do grupo de oração de uma das igrejas da comunidade. Pessoas que frequentam o grupo relatam que recebem orientação espiritual que ajuda a enfrentar momentos de crise tanto provocados pela hipertensão ou qualquer outra doença, bem como provocados pela morte de familiares, por exemplo.

As pessoas consideram a religião como suporte para o enfrentamento da doença e de conflito nos relacionamentos, dentre outros. Veem na oração uma forma de solicitar ajuda a Deus para aliviar as dores que sentem e para melhorar a saúde. Relatam que suas orações são atendidas por Deus, não importando o credo religioso. Católicos, espíritas e evangélicos veem na religião uma forma de receber a cura para as doenças, o apoio emocional, especificamente o espiritual, como forma também de ajudar a superar o medo e a insegurança provocados pela doença, pelos conflitos e pelos acontecimentos do seu cotidiano:

Deus o livre!! Casamento de 28 anos?! (foi abandonada pelo marido). Aí mas agora ele

voltou, mas pra mim tanto faz. Antigamente era uma coisa, mas agora é outra. Antigamente eu gostava dele, hoje em dia eu gosto de Deus. Mas tem coisas que vêm pra gente aprender na vida, esse aí foi. Hoje em dia eu sou outra pessoa. Agora eu gosto de mim. Hoje eu digo que eu gosto de Deus. Que é o único amigo que a gente tem: fiel e verdadeiro. Sou outra pessoa hoje. (...) Era muita briga, um inferno a minha vida porque eu era louca por ele (...) É ruim quando a gente gosta muito de uma pessoa. Eu aguentava tudo. (...) Hoje em dia só Deus na minha vida, mas quem não busca a Deus por amor, busca pela dor, não é? (P2G5).

Agora, graças a Deus, eu ainda posso dizer assim: eu tenho essa força de vontade, né? Porque eu tenho um Deus comigo. (...) Quando falta a fé, falta tudo. Mas comigo graças a Deus eu tenho muita fé. Olha, perguntaram o que eu estava tomando para pernas. Eu disse: - A raiz de Jessé. Aí perguntaram: - o que é isso? Eu disse: procura na Bíblia que tu vais encontrar. É a raiz de Jessé. Eu tenho um Deus Todo-Poderoso, que eu não sei como consegui me ajoelhar, porque às vezes eu não consigo dormir de madrugada por que eu sofro muito de insônia, demais. Daí eu levanto da cama, ontem foi um dia, me ajoelho e digo: Senhor, tá difícil. Tá muito difícil. Mas as forças que eu preciso só vindo de vós. Essas dores! Eu gostaria que o Senhor me aliviasse essas dores. Aí me ensinaram, olha, tem coisas que as pessoas duvidam. Veja só: aí veio uma irmã e disse assim: - pega a semente da abóbora, a polpa da abóbora, bota dentro do álcool. Deixa em infusão. Aí veio a minha filha e, com um pedaço de pau de árvore, que eu não sei agora qual é o nome, ela disse: - Mãe, isso aqui é para dor, raspa e coloca dentro do álcool. E tu sabes que eu estou fazendo isso e está melhorando? Olha, não estava assim a minha perna, não! Pergunta a ele (ao marido). (P3G1).

Eu tenho essa hipertensão. Sou doente. Mas não me sinto assim sabe por quê? Eu tenho um grupo

de oração e eu sou Carismática. Eu tenho um grupo de oração. Então eu faço muita leitura da Bíblia. Vou evangelizar dia de segunda-feira. (...) É aqui da Igreja do Bom Remédio. (...) Me levanta muito, o grupo de oração. Jesus, o nosso Senhor Jesus Cristo. Eu sinto a presença de Deus muito forte na minha vida, de Maria. E eu sinto que é isso. (...) Sai pra lá, doença!! Isso mesmo. Isso, sai pra lá e me ponho mesmo pra frente. (...) Olha, a pessoa que tem assim esse conhecimento de oração, a pessoa que tem fé em Jesus Cristo, a gente vai aceitando porque Jesus dá tudo para gente. Deus dá tudo para gente. (...) então, quando ele leva um ser da gente, ele quer ver a nossa resignação, aí que a gente vai ver se a gente tem fé mesmo. (...) Sofrer, todo mundo sofre. Esquecer é difícil. (...) Graças a Deus que eu vi a minha mãe, eu fiquei feliz e eu tenho certeza que ela morreu feliz. Fez a passagem dela aqui nesse mundo. E eu acredito muito que o conhecimento, uma religião na vida da gente, Jesus na vida da gente e esse Deus maravilhoso que está sempre nos acompanhando dia e noite, que não deixa ninguém sozinho. (...) Eu acredito sim, (na estabilidade emocional contribuindo para a regularização de sua pressão arterial durante a morte da mãe) acredito muito que é tudo isso. Acredito que Deus me ajudou muito nessa hora (P11G1)

A morte de familiares também pode gerar na pessoa com doença crônica alguns sentimentos como os de perda e sofrimento, contribuindo ainda mais para o descuido com sua saúde ou ainda em casos de adoecimento de algum membro da família (ROSSI, 2005). Em circunstâncias comuns, a pessoa com hipertensão arterial já necessita de apoio de sua rede social. Quando se trata de momentos tensos e tristes, como a perda de um familiar, são necessários compreensão, ajuda e combate aos medos e isolamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008; CORRÊA, 2006). Neste estudo, evidenciamos que, na situação de perda de familiar, o apoio emocional proveniente de grupos religiosos, da religião em particular, foi considerado como aquele capaz de contribuir para a aceitação desta perda, fato que não evidenciou o descuido com a

saúde da pessoa com hipertensão.

Qualquer que seja a fonte de apoio emocional, a investigação sobre apoio social e de saúde muitas vezes indicou a importância de ter relações de confiança, tendo sido este fato um achado bem frequente nos estudos de Due et al. (1999). Os autores afirmam também que, mesmo o enfraquecimento da rede social com a idade, não parece afetar o nível de apoio emocional recebido pelas pessoas, sendo importante considerar essas relações de confiança quando se trata de apoio emocional.

O que evidenciamos nessas relações, entretanto, é que esse movimento de receber e oferecer este tipo de apoio não necessita de solicitação da pessoa. Demonstrações de amor, afeto, carinho, gratidão, dentre outros sentimentos, surgem de maneira espontânea. Não existem situações definidas para o oferecimento deste tipo de apoio, uma vez que eles aparecem nas relações vividas em qualquer que seja o contexto deste viver com hipertensão arterial. Excetua-se a isso, porém, o apoio espiritual, uma vez que por ser este aqui referido à religião, a solicitação pelo mesmo sempre parte da pessoa com hipertensão arterial, uma vez que é ela quem busca esse tipo de apoio.

SUBCATEGORIA 2: Identificando o apoio informacional oferecido pela rede

O apoio informacional evidenciado pelas pessoas com hipertensão arterial consiste em receber informações na forma de aconselhamentos, sugestões e orientações, que podem ser usados para lidar com problemas e tentar resolvê-los.

Sluzki (1997) considera que uma das funções da rede é justamente o apoio informacional, que consiste em interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, além de esclarecer expectativas, dentre outras funções.

Este tipo de apoio aparece quando solicitado a alguém pela própria pessoa ou quando elas buscam informação a respeito da doença, do tratamento e assuntos relacionados. Neste caso, as fontes de informação incluem mídia escrita e falada; vizinhos e familiares, dentre outros. Estes, quase sempre, conhecem um chá ou outro tipo de remédio natural ou alopático para a hipertensão arterial; referem saber como controlar a doença através de alimentos e indicam locais onde as pessoas podem procurar atendimento para cuidar da saúde.

As condições crônicas de doenças, como hipertensão arterial, dentre outras, são doenças atualmente destacadas nas mídias, oferecendo informações que podem ser acessada pelas pessoas.

Os familiares como fontes de informação são também muito

participativos no tratamento da pessoa com hipertensão arterial. Fica evidenciado nos relatos que eles se preocupam com o tipo de alimentação da pessoa na intenção de evitar excesso de gordura e/ou sal; aconselhando e fazendo relação desses hábitos alimentares com o agravo da doença; estimulando e aconselhando quanto à realização da dieta; ou ainda fazendo referência para os riscos de outras doenças.

Informações e orientações quanto ao risco da pessoa com hipertensão arterial ser acometida por derrame ou infarto agudo do miocárdio como causa do descontrole da doença são comuns de serem oferecidas tanto pelos familiares como pelos profissionais de saúde, o que evidencia a preocupação destes com essas pessoas:

Não, senhora, eu não como salgado, a gordura também eu como bem pouco por que essa minha caçula que está comigo, ela me cobra demais, porque ela não gosta de comer, então ela diz: - Mamãe tem que evitar sal e gordura. (P7G10).

(...) eu leio muito a respeito (...) Eu tomo alho na água. Já li vários artigos sobre isso. Dizem que ajuda a manter a pressão arterial normal. (P1G2).

Quando mamãe fala de dor de cabeça, eu pergunto: a senhora já tomou seu remédio? Daí ela vai e toma. A dor de cabeça da pressão ela sente aqui na nuca. Agora, quando é o outro tipo de dor, eu digo logo: - Vai ver que a gripe de quer lhe pegar. (Fm2G4).

...olhe eu acredito que o meu nível de escolaridade influencia e me ajuda a entender as coisas. Eu tenho o segundo grau. Eu assisto reportagens de médicos na televisão eu leio muito também, eu tenho conhecimento, eu não sou leiga. Eu tenho capacidade para entender as coisas e não ficar com dúvidas. (P8G1).

A enfermeira também oferece apoio informacional às pessoas quanto ao tratamento da doença. A nutricionista, enquanto participante da equipe de saúde, era a profissional responsável pelas informações a respeito da dieta. Na ausência desta, tais informações e orientações são de responsabilidade dos médicos e das enfermeiras, bem como as

informações a respeito da importância das atividades físicas para o controle da pressão arterial:

Sobre o uso da medicação, às vezes está prescrito um e eles querem mudar a prescrição médica. Então eu oriento sobre a prescrição médica que deve ser seguida. Sobre alimentação, em relação à assiduidade do tratamento, porque às vezes eles acham que a terminar aquela medicação eles não devem vir mais consultar. Então eu oriento quanto à assiduidade do tratamento. Como tinha nutricionista, ela fazia toda a parte nutricional, então agora ou eu ou a doutora X, a gente orienta sobre a dieta. (Pf3G3).

Quanto à dieta, a atuação da rede de apoio social aqui pode voltar o foco para o preparo dos alimentos regionais na intenção de diminuir a composição calórica dos mesmos, bem como estimular ingestão em porções menores do que o habitual, não se tornando necessário, por diversas questões, estimular o não consumo de tais alimentos por serem esses envoltos em aspectos tradicionais e religiosos da região.

Cabe destacar aqui a referência feita pelas pessoas quanto à Pastoral da Saúde, que promove cursos onde ensinam a preparação e uso de remédios caseiros/naturais para várias doenças, entre elas a hipertensão arterial:

Eu era da Pastoral da Saúde e eu fiz um curso lá que mexeu muito com remédio natural, com ervas e eu aprendi muita coisa, então quando a pressão tá oscilando, eu faço um chá. (P6G1).

Ah! O noni tá 'bamburrando', mas eu sempre digo para as pessoas que o noni não é remédio. É uma reposição. Ele não cura. Ele ajuda no seguinte sentido: se a pessoa precisar de ferro, ele tem; está precisando de cobre, ele tem; de vitamina A, ele tem. (Ic1G3).

Do ponto de vista da Pastoral da Saúde, o foco é atuar como importante fonte de informação para as pessoas com hipertensão arterial que procuram por atendimento na instituição. Dão orientações quanto à ingestão de alimentos e modo de viver melhor o dia a dia, sempre fazendo relação entre modo de viver e doença, uma vez que consideram,

por vezes, que “a doença, não é doença”, e sim, problemas psicológicos, emocionais ou ainda problemas familiares que podem contribuir para as alterações da pressão arterial;

Aí eu vou conversar com ela porque tem doença que não é doença: é problema psico e problema do coração, coração duro, problema de família. É por isso que eu digo que entra a evangelização nisso aí, porque nós vamos entrar nos problemas da família, quando a gente vê que é um caso onde a pessoa precisa conversar mais. (...) Aí você vai ficar bem, tranquilo, porque a pressão vai normalizar. Tem até uma simpatia aqui que às vezes dá certo. Tem dado certo. (...) É tem dado positivo. Por quê? Porque é a cabeça. A cabeça da pessoa. É problema psico. Às vezes vem gente que não tem nada, não tem nada. Mas sente tudo. (...) São essas coisas que a gente vê. (IC1G3)

Nessas relações que envolvem o apoio informacional, as ações são tanto ativas quanto passivas, podendo a pessoa buscar e/ou receber informação. Entretanto, mesmo tendo acesso a essa rede de informação, existem algumas deficiências relacionadas à compreensão, à aceitação e ao atendimento de algumas pessoas a essas informações. Parece-nos que o nível socioeconômico, nestes casos, não é um fator que influenciou nesses aspectos, mas, sim, formas de elaboração das informações ou ainda a recusa às tomadas de inúmeras atitudes relacionadas à mudança de comportamento, hábitos alimentares, dentre outros.

O que se mostrou nesta relação é que algumas pessoas, ao receberem informações, principalmente dos profissionais de saúde (enfermeiro, assistente social, médico, nutricionista, etc), elaboram-nas e transformam-nas em ações que têm caráter próprio de cuidar de si. A informação é valorizada, porém é transformada num experimento vivenciado pela própria pessoa, elaborado e adaptado por elas para o seu viver com hipertensão. Como exemplo desse achado, temos os relatos daqueles que fazem adaptações no uso das medicações prescritas pelos médicos e nas dietas recomendadas:

É, mas só tomo a mais como a médica mandou, quando a minha pressão tá alta. Daí eu tomo uma de manhã, porque é pra tomar uma de manhã e outra à noite, mas, como eu andei com umas quedas de pressão, eu tomo somente à noite. (...)

Não, nunca mais deu (queda de pressão). Outro dia tava até um pouco alta. Tava 14/8, daí eu tomei uma de manhã outra a noite, mas quando eu senti que normalizou, daí eu tomo só à noite. (P12G1).

Não, eu controlo a boca também. Porque eu não exagero na bebida, não como muita gordura. Dieta, dieta eu não faço. Logo no começo eu fazia, porque eu fui com a nutricionista e ela passou um negócio e eu comecei a comer só que é muito caro, não dá para a gente comprar. (...) É, muito caro. É uma saladinha com aquele óleo extravirgem, azeite de oliva, mas não tem condição de eu comprar. Uma garrafa é muito caro. Aí a gente não tem muita opção. É como eu falo: eu coloco três dentes de alho dentro do copo e coloco a água e tomo durante três dias. Depois joga fora essa mistura e faz outra e vai trocando de três em três dias. Tomo durante a manhã em jejum todos os dias. É para ajudar a pressão a não subir. (P3G5).

As doenças crônicas estão intimamente relacionadas aos cuidados desenvolvidos por diferentes grupos sociais. O fato de serem doenças de longa duração e, por vezes, permanentes, requerem o desenvolvimento de cuidados em saúde por grupos que detêm conhecimentos distintos, a partir de sua construção sociocultural. Assim sendo, as redes de apoio que se formam em uma situação de doença crônica – familiares, profissionais de saúde, vizinhos, comunidade – possuem diferentes olhares e saberes, que se encontram e podem se sobrepor ou se contrapor (BUDÓ et al., 2009).

O apoio informacional proporcionado pela rede de apoio pode ter suas incoerências, principalmente entre o que os profissionais informam e o que a pessoa com hipertensão arterial assimila/codifica/compreende, entretanto, tais informações precisam ser consideradas, respeitadas, enfim, precisam ser trabalhadas, no sentido de serem desenvolvidas e direcionadas para possíveis condutas que venham a contribuir no tratamento da doença.

A fim de que a informação seja valorizada e transformada em conhecimento para o cuidado, a experiência da pessoa com hipertensão arterial precisa ser entendida pelos profissionais de saúde, pois é dessa

forma que o apoio informacional é elaborado.

SUBCATEGORIA 3: Identificando o apoio instrumental oferecido pela rede

Apoio instrumental ou “ajuda material e de serviços”, como refere Sluzki (1997, p. 52), significa colaboração específica de especialistas ou ajuda física, incluindo serviços de saúde. Para Due et al. (1999), este apoio se refere ao provimento de necessidades materiais em geral e ainda ajuda para trabalhos práticos.

O apoio instrumental pode ser espontâneo em alguns casos, entretanto, pode aparecer somente quando solicitado pela pessoa de acordo com suas necessidades. Tais necessidades podem ser de caráter financeiro como comprar remédios, alimentos, roupas e calçados e pagar contas; de caráter operacional como levar e acompanhar em exames e consultas no serviço de saúde, por exemplo. Aqueles relacionados aos serviços de saúde são prestados pelos profissionais, tais como prover as consultas médicas e de enfermagem, bem como providenciar exames clínicos e remédios.

Dos integrantes da rede, os mais referenciados neste tipo de apoio, sem dúvida, são os familiares representados por filhos, genros, noras, netos, sobrinhos, parceiros, irmãos; mas também contam com outras pessoas como ex-genros, ex-parceiros, cunhados, marido da neta, irmãos da igreja e vizinhos; e profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas.

Tais como a diversidade daqueles que oferecem o apoio instrumental, assim também são os apoios oferecidos: compram remédio, dão remédio nos horários prescritos ou ajudam a pessoa a tomá-los; conferem e controlam as tomadas dos remédios; oferecem ajuda financeira, alimentos e presentes; ajudam nas inúmeras atividades domésticas (limpeza de casa, preparo de refeição, lavagem de roupa); ajudam em outras atividades (conserto de utensílios domésticos, cuidado com os animais domésticos, reforma nas residências); marcam exames e consultas nos serviços de saúde e acompanham a pessoa; adquirem esfigmomanômetro; aferem a pressão arterial; prestam todas as informações para o médico durante as consultas médicas; aderem à dieta da pessoa com hipertensão; custeiam as atividades físicas; levam para o hospital em momentos de crise e prestam socorro em outras situações; providenciam transporte para condução aos serviços de saúde ou outros locais, dentre outras ações:

A minha preocupação de manhã ao levantar é procurar se está faltando alguma coisa dentro de

casa, daí eu já saio logo para comprar. Eu quero deixar tudo organizado para ela, porque ela adora uma cozinha. Às vezes passa a manhã inteira nessa cozinha. Então eu procuro deixar tudo organizado para ela, para que não falte nada. Só vai descansar à tarde. Às vezes eu digo: - Larga isso aí e vai te deitar! Vai descansar as pernas. Essa preocupação que tenho com ela. (...) Ela gosta que eu faça isso, acho que ela sabe que eu estou ajudando de alguma maneira, mesmo às vezes eu brigando com ela, falo alguma besteira, mas de qualquer maneira eu estou ajudando ela. Bem ou mal, mas a gente vai levando o barco para frente. (Fm5G5).

Eu tenho em casa o aparelho que o meu filho me deu porque, às vezes, de repente, se a gente precisar, já tem. E aí não tem que ficar pedindo para um e para o outro ou ter que ir na farmácia. Tenho uma nora que aprendeu a verificar a pressão e o meu netinho de dez anos também já sabe verificar a pressão. (...) É, e ele é muito inteligente, aprendeu só olhando a mãe dele verificar a minha pressão. Ele aprendeu. Aí eu digo: Vem cá, meu doutor, vem verificar a pressão da vovó e ele vem todo satisfeito. Verificar a pressão incomoda muito, porque as pessoas apertam demais e o meu neto não, ele verifica direitinho. (P6G1).

É. Já sou bisavó. Minha neta veio comigo para a consulta. Queimou até a perna na moto. A gente veio de moto (moto-táxi) (...) A minha filha me ajuda. É a caçula. É a filha do coração. É a única que está perto de mim e os outros todos estão para o Maranhão. É ela quem faz tudo. Ela vem fazer o meu café, dá o meu remédio, ela vem da casa dela. Mora perto de mim. (...) O esposo dela (da neta) é que me ajuda mesmo. Quando ela sai para trabalhar e ele fica em casa, ele manda até eu me deitar. Ele cuida da casa todinha. Ele é bem melhor do que ela para mim. Quando estou no quarto, ele vai lá e ele pergunta se eu quero uma coisa. Ela fica lá dormindo quando tá em casa. Ele pergunta: - Concita, você quer um chá,

um leite? (PP4G2).

As situações em que o apoio instrumental aparece são também diversas e estão relacionadas ao contexto vivenciado por essas pessoas. Um dos aspectos do apoio instrumental bem presente neste grupo é o apoio financeiro. Este ocorre quase sempre entre pais e filhos, avós e netos ou entre irmãos:

Aí a minha irmã que manda dinheiro para mim, manda dinheiro para o meu remédio, quando eu to aperreada, ela manda dinheiro para outras coisas sem eu pedir. Ela manda na conta R\$200, daí se eu precisar, ela manda mais. (P3G2).

A gente mora com uma filha. Temos um benefício, mas não dá pra quase nada. Daí minha filha é que me ajuda bastante, senão... (...) No caso da nossa filha é porque nós moramos com ela, então é ela pra tudo. E eles não. E só em algumas horas que a gente precisa de alguma coisa que eles ajudam também. A casa é dela e nós é que moramos com ela. (P5G2).

Quanto a essa relação financeira com filhos e/ou netos, alguns pais, especialmente as mães, procuram não explorar demais os filhos, mantendo um equilíbrio entre pedir ajuda e tentar fazer as coisas sozinha. Parece que isso está relacionado à garantia de continuidade da atenção que recebem, como se pode observar no seguinte relato:

(...) acho que é isso, a gente recebe de volta. E recebe sem pedir. É tudo espontâneo. Não tem cobrança, não tem exigência. Olha, esse mês ainda não comprei gás. Mas não é porque eles me ajudam que eu vou gastar gás adoidado. Não. Aí é que vou poupar mesmo. Aqui meu gás dura três meses. Eu economizo, sabe por quê? Porque aí um gás que eles me dão, aí eles ficam folgados porque demora a acabar, também porque eu não posso sobrecarregá-los. Não é justo. Não é certo. Então eu acho que, devido o meu pensamento ser assim, as coisas acontecem. (P3G1).

Em todas essas circunstâncias exemplificadas, o que podemos observar é que, quando a família assume seu papel de cuidador, parece ocorrer uma resposta satisfatória no controle da hipertensão arterial, como evidenciam Costa; Nogueira (2008).

As pessoas relatam que, na incapacidade de se manterem financeiramente, filhos e/ou netos homens tomam para si o apoio financeiro total ou parcial de seus pais e/ou avós. A dificuldade financeira reflete-se no âmbito familiar e pode trazer insegurança e incerteza, além do que, para a pessoa com hipertensão, esta situação pode contribuir para problemas relacionados à aquisição de medicamentos, alimentação e mesmo distúrbio emocional (ROSSI, 2005; MARQUES et al., 2006). Na maioria das vezes, porém, a ajuda financeira é direcionada à alimentação e ao tratamento da doença. Evidente também é a participação dos filhos e/ou netos homens no oferecimento deste apoio, bem como na responsabilidade do ato de transportar a pessoa, enquanto que as mulheres geralmente são responsáveis por outras ações que envolvem um cuidar mais próximo;

Tem o menino que morava comigo, o Elias, que, às vezes, ele vai lá em casa e que leva peixe para mim e às vezes deixa 20, 50 reais. . E tem o meu cunhado que sempre me ajuda também. (P3G2).

Meus filhos ajudam financeiramente. Tem um que mora comigo, mas os outros dois moram separados, mas eles nos ajudam porque, se dependesse só de mim, acho que não teria como, porque tem água, tem luz, tudo para pagar. Tem gás pra comprar e comida para gente comer, então... (...) Não senhora, não recebemos ajuda de outras pessoas. (...) Sim, nós nos sentimos dependentes, porque não trabalhamos. Um dá 100 outro dá mais 100. E assim vai. (P2G2).

Eu criei dois: um era o Humberto, só que agora ele casou e o negócio apertou mais para o meu lado, mas ele aí ele me ajuda. Se pedi é ele me ajuda, se precisar...(...) Aí nesse negócio de comprar, o que mais comprava era ele (Humberto), mas qualquer um deles desses dois netos e meus dois filhos. Olha ontem meu filho comprou Voltaren para mim, que eu tenho problema nas pernas de artrose. Eu tomo Voltaren. Eu disse: - Meu filho, compra esse

remédio. Daí eu dou a caixinha ou a receita, daí eles compram. Mas aí nem sempre eu peço, porque eles têm um monte de filho, né? (P12G1).

Algumas famílias enquanto grupo oferecem apoio de várias formas. Uma delas está relacionada à adesão à dieta, quando realizam a mesma dieta da pessoa com hipertensão arterial. Mas é interessante ressaltar que esta ação da família nem sempre é reconhecida como apoio recebido. Diferentemente da maioria das pessoas que têm na família e noutras pessoas próximas uma interação favorável ao viver com hipertensão arterial, alguns relatam que esta relação não promove o apoio. Há duas situações distintas, isto é, há pessoas que não têm este apoio instrumental e sentem essa falta e, outras que, mesmo recebendo apoio, não o reconhecem como tal. Um exemplo desta última situação é o marido que diz não precisar de ajuda de ninguém, mas que refere que a esposa faz a dieta de acordo com o recomendado pelo profissional de saúde e que toda a família passou a ingerir o mesmo tipo de alimento:

Eu sou completamente independente. (...) não dependo de outras pessoas, graças a Deus. (...) Não, a minha dieta foi orientada pela doutora, certas coisas que deram certo porque aí eu comecei a me senti melhor. Deu uma melhora na parte da pressão. (...) A minha esposa cozinha, mas eu também cozinho. Nós é que fazemos a comida. (...) A minha esposa, ela já sabe a quantidade de sal, ela já sabe da dieta. Ela já acostumou. Os dois filhos também já acostumaram. Logo no início eles colocavam o sal na comida e depois eles viram que todo dia eles tinham que colocar sal na comida, então eles resolveram comer a mesma comida sem sal ou com pouco sal. (P1G4).

Uma provável justificativa para este tipo de comportamento é o fato de, por ser esta pessoa um chefe de família e por se considerar independente, não vê o resultado da interação como o apoio oferecido pela família na adesão da dieta.

Outra situação em que o apoio instrumental aparece é no cotidiano da relação com os vizinhos. Algumas pessoas relatam que seus vizinhos os socorrem no momento de crise por causa da hipertensão

arterial. Nesses momentos, sempre providenciam remédios caseiros; transportam até a instituição de saúde e permanecem em sua companhia durante o atendimento médico. Os vizinhos também dão apoio em conflitos sociais e de ordem pública, estas ocorrendo principalmente nas áreas de ocupação motivadas pelo envolvimento dos filhos e/ou netos homens, em confronto envolvendo forças policiais, dentre outras. Nessas ocasiões, geralmente os vizinhos são uma importante fonte de apoio;

Numa madrugada, chamei até a minha vizinha que levou ela na emergência porque ela passou muito mal. E ela tem um problema quando ela sente dor muito forte, a pressão dela cai, dá desmaio. Aí tem que levar para o pronto-socorro. (Fm2G4).

Aí todos os vizinhos chegaram em casa e alguém disse, uma vizinha lá disse: Meu Deus, ela está morta, comentaram. Tua mãe está morta. Aí a vizinha disse: - Vamos pegar um pingo de limão na água. Pinga limão na garganta. (P4G1).

Aí pegaram ele, colocaram no carro da polícia e levaram. Foi um desespero!!! tinha muita polícia. Nisso todos os meus vizinhos falaram em meter a boca no trombone que, quando é para prender o ladrão chama, chama, e a polícia não vem. (P4G1).

A Pastoral da Saúde é outra instituição presente na comunidade e que compõe esta rede. É bastante procurada pelas pessoas quando a intenção é buscar apoio para a cura ou o controle da hipertensão arterial através dos remédios naturais.

O apoio é oferecido principalmente às pessoas de baixa renda no sentido de ajudá-las a resolver os problemas emocionais e de saúde, sendo que pessoas de outras comunidades e de nível socioeconômico mais elevado também são atendidas no local.

O foco do atendimento na Pastoral da Saúde é realizado através da bioenergia. A instituição oferece às pessoas consultas onde se faz a aferição da pressão arterial e prescrição de remédios naturais. Esta consulta tem o preço de dez reais, considerado simbólico pelo dirigente, sendo que há dezesseis anos este valor é o mesmo, por considerarem a

comunidade composta de pessoas com baixa condição socioeconômica, não sendo conveniente, portanto, elevar este valor.

Na Pastoral da Saúde, o apoio instrumental é oferecido também através de cursos onde as pessoas aprendem a fazer e usar ervas naturais, tanto para a hipertensão arterial, quanto para outras doenças. São prescritas medicações que podem ser associadas ou substituir a medicação prescrita pelo médico, entretanto, os voluntários da Pastoral são orientados para que não recomendem a substituição, apenas orientem as pessoas quanto ao uso das mesmas.

O apoio instrumental oferecido pelos serviços de saúde, em particular pelos profissionais de saúde, consiste também em prover o atendimento das demandas das pessoas com hipertensão arterial, tais como a disponibilidade da consulta médica, a prevenção e controle das complicações tanto relacionadas ao atendimento na unidade de saúde, quanto relacionada aos serviços especializados. Cabe explicar que tais ações foram consideradas como apoio instrumental pelo fato de que sempre a pessoa com hipertensão arterial é referenciada para os serviços especializados na presença de sinais e sintomas de complicação da doença ou ainda quando a médica precisa realizar uma avaliação mais rigorosa da condição clínica desta pessoa, sendo considerado, portanto, neste aspecto como um apoio instrumental.

As enfermeiras foram muito referenciadas no oferecimento do apoio instrumental. As pessoas recorrem a elas sempre que existe um problema que precisa de uma solução mais prática, como por exemplo, quando ficam sem a medicação, por vários motivos, dentre eles a falta do médico ao serviço ou a falta da pessoa à consulta médica.

Benedeiras, curandeiros e a Federação Espírita, referenciados pelas pessoas como aqueles que também apoiam quanto às questões de saúde, mesmo não sendo a hipertensão arterial, também oferecem apoio instrumental quando solicitados, evidenciados na recomendação do uso de banho de ervas e remédios naturais, na tomada de passes e nos efeitos da reza, aqui também envolvendo o estímulo à fé, considerado de caráter emocional.

No que diz respeito à benzedura, a dimensão individual e social do modo de cuidar constitui-se em interações que desempenham uma função protetora física e psicológica que traduzem uma forma de cuidar. A busca por consolo, tratamento e solução de dificuldades tem levado as pessoas a esta prática de cuidado secular. Neste contexto de fragilidade das pessoas, o modo de cuidar da benzedura concretiza-se por meio de um ritual que tem como finalidade assegurar as condições necessárias para a manutenção da vida social e individual (BORGES et al., 2008):

Quando estou precisando (de benzedeira ou curandeiro), quando dói, eu procuro. (...) Eu gosto. Eu não gosto é daquele pessoal que trabalha com mal. Isso eu não gosto, mas se for para o bem...e vou na tenda mirim. Lá é mesa branca do espiritismo. Eles dão passe, passam remédio, dão banho. (...) São remédios caseiros. Eles passam assim um banho pra você tomar e remédio caseiro mesmo. Nada de outros remédios. (...) É, procuro ajuda. O que ajudar é bem-vindo. (P3G2).

Budó et al. (2009) recomenda ao profissional de saúde que, ao abordar pessoas com doenças crônicas, é imprescindível considerar a existência, no seio da comunidade, de um cuidado não profissional, centrado na própria pessoa portadora da doença e sua rede de relações. Tais sistemas de cuidados complementares que podem estar mais ou menos aproximados entre si, podem *e devem* ser percebidos pelo profissional. Podemos utilizar essa ideia do autor para dizer que tais sistemas de cuidados podem ser as redes de apoio e a ação destas envolvendo as pessoas com hipertensão arterial.

Acreditamos que os tipos de apoio originados das redes podem significar uma alternativa possível no tratamento dessas pessoas, uma vez que, para o mesmo autor (ibidem, p. 67), “existem fortes evidências de que uma rede pessoal, estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda (...), acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência”. Assim sendo, é possível obter como resultados do oferecimento desses tipos de apoio a produção de saúde para um viver bem, mesmo na presença da hipertensão arterial, como já temos afirmado ao longo de nossas discussões.

4.4 CATEGORIA 4: INDICANDO AS INTERAÇÕES COMO ESTRATÉGIA PARA RECEBER O APOIO DA REDE PARA UM VIVER MELHOR COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO)

Nesta categoria, discutiremos como acontecem as interações (ações recíprocas) entre quem oferece e quem recebe apoio, para que este aconteça.

As inúmeras interações podem influenciar na formação e ação da rede de apoio social, e, conseqüentemente, no viver daqueles com hipertensão arterial. As interações são determinadas por fatores como modo de ser, pensar e agir das pessoas; princípios e valores; metas a serem alcançadas; importância dada às relações interpessoais; e política das instituições, dentre outros. Todos esses elementos compõem as estratégias de interação vivenciadas pelos integrantes da rede de apoio social.

As interações são vivenciadas no contexto familiar: atividades domésticas, o cuidar da família provendo as despesas, criando filhos e netos, ajudando familiares; no contexto da comunidade: atividades de caridade como visitar e/ou cuidar de não familiares doentes; no contexto das atividades sociais: ir ao trabalho, ir à igreja, viajar; e no contexto das instituições de saúde: controlar a hipertensão arterial, ir às consultas, realizar exames. Em cada uma delas, a presença da rede de apoio social influencia a forma como o apoio é oferecido, aceito e percebido.

Esta categoria “Indicando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial” está composta pelas seguintes subcategorias:

- As interações como estratégias no contexto familiar e de outras pessoas próximas;
- As interações como estratégias nas relações com a comunidade;
- As interações como estratégias nas relações com o serviço de saúde.

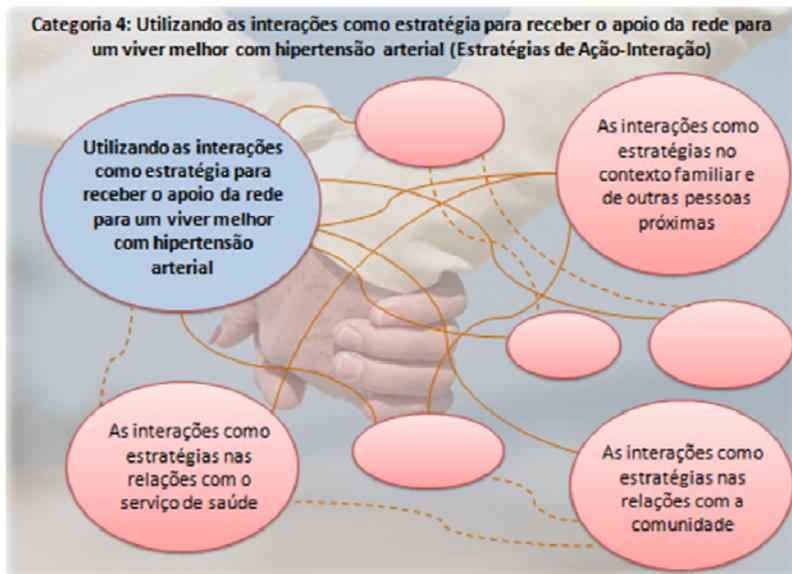


Diagrama 9: Utilizando as interações como estratégia para receber apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial (Estratégias de ação-interação)

É através das interações que as pessoas conseguem atender às suas necessidades, sejam solicitadas por elas ou percebidas pelos demais integrantes da rede de apoio através dessas interações vivenciadas.

A formação desta rede está apresentada através do olhar da pessoa com hipertensão arterial. Associado a este olhar, em algumas subcategorias, quando necessário, traremos também um pouco do olhar dos integrantes da rede de apoio.

SUBCATEGORIA 1: As interações como estratégias no contexto familiar e de outras pessoas próximas

O viver das pessoas com hipertensão arterial está pautado por inúmeras interações familiares que influenciam ou não neste modo de viver com hipertensão arterial. Em algumas, observamos uma interação extremamente próxima, que pode promover a dependência dessas pessoas para a convivência com sua condição crônica. Para outras, esta interação promove o exercício da sua autonomia, possibilitando realizar seu cuidado. Pode agir como um suporte constante ou ser acionado

quando necessário.

Nessas interações, as pessoas consideram seu viver composto por inúmeras experiências agradáveis ou não, superadas ou não, mostrando diferentes tipos de interações e algumas, de certa forma, influenciam no viver com hipertensão arterial e determinam a construção da rede de apoio.

Um tipo de interação bem presente e que delinea parte da rede é a interação emocional. As pessoas, geralmente mulheres, relatam que esta acontece mais com as filhas mulheres, sendo o apoio financeiro secundário neste caso.

Os conflitos interpessoais estão presentes, mas são resolvidos na medida em que surgem, sem causar transtornos emocionais mais evidentes. O que é mais forte nessa interação parece ser certa dependência emocional, uma vez que relatam serem capazes de “até morrerem juntas”, tal a intensidade desta relação; que as filhas substituem a ausência de outras pessoas da família, como marido, pai ou mãe; que a ausência delas, mesmo temporária, já é causa de sofrimento. Essa é uma interação que pode promover a dependência dessas pessoas para a convivência com sua condição crônica de doença, uma vez que a pessoa não consegue tomar iniciativas, conforme evidenciado:

É, eu acho que, se eu não fosse assim, eu poderia fazer muito mais, mas ela diz para mim: Ah, se não fosse tu!... Mas eu digo que poderia ter ficado outra pessoa com ela. Eu não posso fazer praticamente nada, porque se ela passar mal, eu não posso correr com ela, se ela vai marcar uma consulta, eu não posso ir com ela, porque os outros estão preocupados com suas famílias. Se eu andasse, eu poderia ir com ela. Tudo me empata assim. Ao contrário de mim, que quando eu preciso, tudo é ela comigo. (...) porque se não fosse ela, eu iria ficar aqui sozinha, né? Não teria ninguém aqui comigo. Às vezes eu digo que Deus me botou assim acho que era para isso, sabe? Porque, senão ela ia ficar aqui sozinha e abandonada, porque como ela diz, se eu fosse normal, eu ia tá casada, com minha família e tudo. (...) Eu acho que nós duas guardamos uma a outra, porque ela me guarda também. Ela não vai para lugar nenhum se não tiver alguém para ficar comigo. Se eu disser que eu estou com alguma coisa, ela já faz alguma coisa para mim, arruma remédio e pronto. Se eu guardo ela, ela também

guarda a mim, acho até que mais, porque ela pode fazer mais por mim do que eu por ela. (...) Sabe qual era o ideal? A gente morrer juntas. Porque ela não quer morrer primeiro do que eu e eu não quero morrer primeiro do que ela. Ela vai me deixar só e eu vou deixar ela só, então morre junto. Resolvido o problema (risos). (Fm2G4) – a entrevistada é portadora de paraplegia, por conseguinte, é cadeirante. (Fm2G5).

Quem me ajuda é quem é meu pai e meu marido. É a Noêmia (a filha). Ela é meu pai, meu marido, minha mãe. Ela é tudo para mim. É ela quem me dá de tudo. (...) aí ele foi embora (refere-se ao marido que a abandonou por outra mulher) e, aí fiquei com a Noêmia, a Tereza que era maior, a Leíña e o menino (...) É, tenho quatro filhos. Lutei, lutei só. Aí depois os outros foram morar com ele e ficou só a Noêmia comigo. Ela nunca me abandonou. (...) É, ela é meu pai, minha mãe. É tudo pra mim. A outra diz pra mim: - É, a senhora agora vai morar com sua filha queridinha. Aí eu digo: - É, ela nunca me abandonou (risos). (P9G1).

Agora tem só oito vivo e mora tudo lá no Maranhão, só tem a minha filha aqui comigo. É a Laura. Ave Maria! Quando ela sai, eu não digo nada para ela não se 'gabar', mas eu já fico pensando na hora em que ela vai chegar. Ainda bem que ela não gosta de sair muito. Praia ou outro lugar que vão, ela fica. Graças a Deus.” (...) É porque todo o tempo ela me ajuda em casa. Ela casou e veio morar comigo. Depois foi para São Paulo. Depois voltou e veio pra perto de mim. Ficou me ajudando. É minha caçula. (...) Eu me sinto muito bem. Quando eu não estou com ela, estou muito ruim. Quando ela chega, eu me sinto bem. Eu estou zangada, ela chega, eu fico alegre. Mas isso é a vida. (P4G2).

Aqui, nessas relações emocionais, cabe-nos fazer alguns

comentários a respeito. Alguns relatos já apresentados (P4G2; P9G1) e ainda o seguinte (Fm2G4) parecem evidenciar uma relação mais de dependência emocional do que de apoio emocional oferecido ou recebido. Isso se deve ao fato de que mães e filhas parecem viver uma relação onde pelo menos uma das partes, senão as duas, deixam claro que não conseguem viver seu cotidiano sem que a outra parte esteja envolvida na relação. Parece que viver bem é estar totalmente ligado, dependente e se relacionando de forma presente e mutuamente uma com a outra, principalmente nessa relação entre mãe/filha (mulher). Nenhum desses aspectos se mostrou presente quando a relação se dá entre mãe e filho (homem), nem tampouco entre pai e filho (homem).

Costa; Nogueira (2008) consideram que a doença pode representar um fator emocional de regressão, uma vez que evidencia os sentimentos de fragilidade, de dependência e de insegurança. A condição de enfermidade nestes casos pode originar repercussões psíquicas por vezes inevitáveis como preocupações, angústias, medos e dependência. Consideramos, então, que tais situações podem ser motivos para a dependência emocional atribuída a essas relações.

Nesse contexto referido por essas mulheres, não houve relatos deste tipo de interação emocional com os filhos homens. Estes surgem muito fortemente quando a interação é de caráter financeiro.

Nas interações com a rede motivada pelo caráter financeiro, os filhos e/ou netos e parceiros homens estão muito presentes quando assumem para si, quando possível, o sustento total ou parcial de seus pais, avós, parceiras ou irmãs, sendo esse o apoio instrumental mais referenciado pelas pessoas, como foi tratado mais especificamente na Categoria 3, “Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial”.

Das pessoas com hipertensão arterial, todos os homens são chefes de família, sendo estes aposentados, autônomos ou empregados. Porém, nas interações das redes de apoio no que se refere ao apoio financeiro, estão sempre os filhos homens, que é com quem dividem o sustento da família. O que se mostra mais uma vez aqui é a questão de gênero, já bem colocada ao longo dessas discussões, cabendo à mulher o principal papel de cuidadora, e ao homem, o papel de provedor do sustento da família:

Olha, eu ainda não sou aposentada. Mas meu filho agora começou a receber do Estado, que ele passou no concurso conseguiu. (...) Então ele me ajuda, ele me ajuda assim: sabe ali o ‘seu Eloi’ (comerciante local)? Ele vende negócio de

comida, então eu compro lá e meu filho vem e paga, entende? O meu marido só ganha um salário mínimo e paga comida, água e luz, então como é que a gente ia sobreviver? (P3G1).

(...) Eu peço para o meu filho comprar (o remédio) porque o meu marido tá desempregado, daí eu fico mais nervosa, mais preocupada porque ele precisa trabalhar, ainda não conseguiu se aposentar, tem 64 anos. Aí eu peço para o meu filho comprar na farmácia. Eu peço para um, peço para o outro. Tenho quatro filhos, três homens e uma mulher. Todos trabalham. Esse que mora comigo compra, eu peço para ele e ele compra os outros também compram. Tem o que viaja, daí eu não peço muito para ele. (...) O meu marido não está trabalhando porque, se ele estivesse trabalhando, era ele que ia comprar os remédios, mas como ele não está, eu peço para os meus filhos. (P6G1).

É porque a Esther convive com ela aqui (com a mãe que é hipertensa), mora aqui, então ela tem que acompanhar no médico e fazer as coisas em casa. Eu e meu outro irmão trabalhamos viajando. Então a gente passa muito tempo fora. (...) Aí nossa situação é essa: a minha mãe tem problema de saúde, aí a minha irmã é quem convive com ela aqui. Aí eu telefono prá cá, prá saber da saúde dela (...) Somos seis irmãos: quatro homens e duas mulheres. Aí eu vou para um lado, meu irmão vai para outro. É o dever. É o dever do homem. (...) E quem se vira mais na casa é eu e meu irmão mais velho. Meu irmão mais velho é que comanda tudo aqui. (Fm4G4)

Quanto às questões de gênero, Wright; Leahey (2008) reconhecem-na como base fundamental para todas as pessoas e como premissa individual. Afirmam que, para os profissionais de saúde, em particular para a enfermeira, é importante considerar as questões de gênero tendo em vista o lidar com diferentes formas de homens e mulheres viverem suas experiências no mundo. Em geral, nos relacionamentos, as pessoas (homens e mulheres) incluem conflitos,

algumas vezes não verbalizados, entre suas percepções de gênero, ou seja, como sua família e sociedade ou cultura lhe dizem como devem se sentir, pensar ou se comportar. Para as autoras (p. 50-51), gênero é muito mais do que diferenças anatômicas. “É uma série de crenças sobre nossas expectativas de comportamentos e experiências femininos e masculinos. Essas crenças foram desenvolvidas por influências culturais, religiosas e familiares, assim como pela orientação sexual e de classe”.

Mesmo cabendo às mulheres (filhas e/ou netas e esposas) as atividades domésticas ou o cuidado dos familiares e demais pessoas, existem aquelas que têm apoio financeiro além dos demais cuidados, originados de suas filhas mulheres. Esta prática, mesmo não tão forte, está presente nessas interações, semelhantemente às práticas onde os homens dividem os afazeres domésticos com as esposas:

(...) dá minha filha é que me ajuda bastante, senão... (...) ela dá alimento, faz supermercado, dá a moradia. No caso da nossa filha é porque nós moramos com ela, então é ela pra tudo. (P5G2).

A minha esposa cozinha, mas eu também cozinho. Nós é que fazemos a comida. Eu divido as atividades com ela dentro de casa porque eu já fazia desde pequeno essas atividades na minha casa. Eu lavava, eu varria a casa então eu fazia essas coisas desde menino. (P1G5).

Neste grupo não há mulheres chefes de família. As aposentadas e pensionistas dividem o sustento de suas próprias famílias com o marido ou com os filhos homens. As do lar, maioria no grupo, são totalmente dependentes deste apoio solicitado e/ou oferecido. As que são independentes financeiramente moram sozinhas ou em companhia de familiares que são responsáveis pelo sustento deles próprios.

As pessoas com hipertensão arterial que se consideram independentes, tanto homens quanto mulheres, possuem uma rede de apoio mais reduzida, uma vez que consideram e/ou têm suas interações mais restritas:

Familiares..., bem, eu mesma resolvo os meus problemas sozinha. Atualmente eu não posso contar com ninguém a não ser com as pessoas que trabalham no ramo da saúde. Meus filhos

moram longe, eu moro sozinha. Aqui só tenho uma filha que mora lá no centro da cidade e ela é quem me dá apoio de vez em quando assim, quando eu preciso. Quanto aos vizinhos, eu dificilmente incomodo os vizinhos aqui. Só se for uma urgência, se eu me sentir mal e não tiver a quem pedir o socorro. (...) Até agora eu posso dizer que sou independente, graças a Deus eu não tenho problema sério que me deixe dependente de alguém. (...) De uma forma ou de outra, a gente tem que ser independente. (P8G1) – (Pessoa do sexo feminino).

Financeiramente? Não, não recebo ajuda de outras pessoas. Eu sou o responsável por tudo: pela casa, pelo meu tratamento, pelos meus filhos. Não tenho ajuda financeira de outras pessoas. Nem outro tipo de ajuda. Eu resolvo tudo na minha casa. (P1G2) – (Pessoa do sexo masculino).

Eu sou completamente independente. Emprego, moradia, só depende mim, não dependo de outras pessoas, graças a Deus. Ajuda financeira eu não preciso, espiritual também não, eu não sei qual é a minha religião, então a acredito que ajuda, ajuda eu não preciso. (P1G5) – (Pessoa do sexo masculino).

A interação com os vizinhos é bastante presente, sendo que o apoio é diretamente solicitado a estes na medida de suas necessidades, ressaltando que esta é uma interação recíproca. A participação dos vizinhos oferecendo apoio instrumental e/ou emocional parece estar direcionada principalmente às situações de doença, assim sendo, as pessoas com hipertensão arterial sabem que têm o apoio dos vizinhos em circunstâncias adversas, seja em crise ou em situações do dia a dia. Contar com esse apoio passa a ser importante inclusive para os filhos que moram distantes, fato evidenciado porque eles orientam suas mães a solicitarem ajuda em situações de doença. Isto leva a crer que os vizinhos são considerados de grande valor nesta interação, sendo mais um integrante da rede de onde diversos tipos de apoio se originam.

Há também aquelas pessoas que dizem não gostar de incomodar

os vizinhos, preferindo não manter com estes interações mais próximas, consequentemente, o apoio também será mais restrito. Nardi; Oliveira (2008), em achados semelhantes, consideram que isto parece estar associado à preocupação de atrapalhar ou incomodar a rotina de seus vizinhos, atitudes que envolvem aspectos culturais, valores e crenças de cada família e que influencia negativamente no desenvolvimento de sentimentos de solidariedade. Outra explicação para essas atitudes pode estar relacionada à restrita participação nas relações sociais com os vizinhos. Assim sendo, acreditamos que, na redução desses contatos, ocorreria redução também do apoio oferecido e/ou solicitado.

O apoio emocional vindo de amigos, vizinhos, demais pessoas próximas e de grupos de ajuda mútua, como o grupo de idosos, é considerado uma forma de interação social para terem companhia, e desta forma, não permanecerem sozinhos. Algumas vezes referem se sentirem solitários e depressivos e necessitando da companhia dessas pessoas que compõem seus círculos de amizade:

É porque gente nova pensa que o velho, tendo comida, tá tudo bom, mas não sabe que às vezes a gente quer companhia. (P12G1).

A relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é recíproca. A deterioração da saúde pode ser causada não somente pelas condições fisiológicas, mas também por uma falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa (RAMOS, 2002). A esse respeito, a autora destaca os efeitos positivos para a saúde dos idosos através dos relacionamentos sociais. Estes parecem promover melhores condições de saúde também relacionados ao bem-estar psicológico, entretanto, é importante considerar que o mero aumento nas relações sociais não é suficiente. É necessário levar em conta o caráter destas interações. Assim sendo, a boa qualidade da relação é fundamental para produzir efeitos positivos na saúde do idoso.

Nas interações de familiares e outras pessoas próximas, há mobilização da rede de apoio e esta parece ser um ponto importante das interações. Certamente que estas não são permeadas somente pelos diversos tipos de apoio entre os integrantes da rede. Os conflitos também se impõem em meio a essas interações, como pode ser observado em diversos relatos. Cabe considerarmos a percepção de valor e a diversidade de sensações que embalam tais interações, como amor e ódio; emoção e razão; perdão e rancor; esperança e desilusão; mágoa, culpa e rejeição; saudade, prazer, desejo, vergonha. Enfim, ao

identificarmos e compreendermos cada sentimento incluído nos relatos dessas pessoas e que são a base dessas interações, cada momento e experiência vivenciada, poderemos tentar compreender o comportamento não somente de doenças como a hipertensão arterial, mas de qualquer outra doença ou agravo que, como resultado, muitas vezes, do desequilíbrio dessas sensações, acometem as pessoas e fazem com que seu viver seja uma eterna busca de apoio para um viver mais saudável mesma na presença das doenças.

Sluzki (1997) afirma que a desvitalização das relações interpessoais cria o que chama de uma espécie de círculo vicioso que atua como um desintegrador das redes sociais e que tendem a ser potencializados, formando um círculo vicioso de doença – desvitalização das relações interpessoais – doença. Assim sendo, na presença de uma doença crônica, a pessoa reduzirá sua rede social, o que, dependendo da qualidade das interações, pode contribuir para o círculo vicioso. O mesmo autor afirma que doenças com curso prolongado dificultam o acesso das pessoas à sua rede social.

Ao considerarmos, porém, a relação das pessoas com seus familiares e outras pessoas próximas, o que se constata é que, nessa relação, esta desvitalização não ocorreu, ou pelo menos não foi evidenciada pelas pessoas, ao contrário, elas sempre ressaltaram a importância das relações nesses grupos, o que foi um fator colaborador para o oferecimento de diversos tipos de apoio da rede. Consideram suas interações familiares e com outras pessoas próximas importantes e por isso as cultivam e acrescentam que se sentem felizes com o apoio recebido, mesmo na presença de conflitos. Uma justificativa para que as evidências do autor não sejam uma premissa neste grupo talvez ocorra pelo fato de que a hipertensão arterial não é uma doença, a princípio, incapacitante, o que implica dizer que ela não afasta a pessoa de sua rede de apoio social e nem diminui as interações. Apenas suas conseqüências, se não controladas, é que poderiam dar esse caráter à doença, confirmando assim as afirmações de Sluzki.

SUBCATEGORIA 2: As interações como estratégias nas relações com a comunidade

O contexto social de uma comunidade é rico em diversidades, não sendo este diferente. A presença na comunidade de igrejas de diversos credos religiosos, Federação Espírita Paraense e Pastoral da Saúde, dentre outras, demonstra parte dessa diversidade.

Na rede de apoio social de várias pessoas com hipertensão arterial, existem as interações com os grupos de oração de algumas

igrejas da comunidade, que prestam atendimento espiritual a quem deles participa. As pessoas relatam que têm o apoio do grupo de oração para conversar, orar e pedir a ajuda de Deus para resolver seus problemas. Acreditam que dessa forma elas têm apoio em todos os aspectos da vida:

(...). Olha, eu vou lhe dizer uma coisa que eu não sinto esse tipo de coisa. Por exemplo eu tenho 60 anos, eu não me sinto uma pessoa com 60 anos, uma velha. Eu sou doente e não me sinto assim, sabe, porque eu tenho um grupo de oração e eu sou Carismática. Eu tenho um grupo de oração. Então eu faço muita leitura da Bíblia. Vou evangelizar dia de segunda-feira. Eu sou daqui do Satélite. (P13G1).

Neste sentido, observamos que os grupos de oração, fazendo parte da rede, oferecem apoio emocional, especificamente o espiritual, para seus participantes. O líder de um dos grupos de oração expressa o desejo de que todos os participantes o vissem como apoio para as questões de saúde.

A participação religiosa está relacionada a efeitos benéficos para pessoas que estão em recuperação de doenças físicas e mentais, inclusive a Psicologia aborda questões especiais sobre as correlações positivas entre convicção e prática religiosa, saúde mental, física e longevidade (ALVES et al., 2010). Aqueles que buscam por este tipo de apoio conseguem usufruir do resultado dessas interações. Neste aspecto é interessante observar que, enquanto algumas pessoas permanecem na condição de sofrimento por diversos motivos, outras buscam um viver diferenciado, procurando contornar os problemas do passado para um viver melhor no seu cotidiano. Através das interações de caráter religioso, recebem apoio da rede neste sentido, assim sendo, consideram-se capazes de exercer o perdão e ainda apoiar a quem lhes traiu e abandonou.

Encontram na interação com a religião o apoio para a superação do conflito e direcionam para Deus esta superação. Essas pessoas se dedicam à realização de atividades sociais e religiosas, visitando e levando conforto espiritual aos doentes em suas casas e em hospitais:

Dia de segunda-feira nós temos nosso grupo de oração e, durante a semana, eu tenho que está fazendo a leitura porque, quando posso passar de evangelizar uma pessoa, passar a palavra de Deus. Quando eu não tinha essas crianças, eu

vivia no hospital. Eu tava olhando agora pra li (mostra um cartaz com propaganda da AVAO – é uma associação de apoio a pacientes oncológicos do Hospital Ophir Loyola), ia pro Ophir Loyola e fazia visita no presídio, ixi!!! Antes de existir a AVAO, eu já era da Pastoral da Paúde, da Pastoral dos Enfermos, tudo isso lá no Ophir Loyola. (P13G1).

(...)Aí eu tinha muitos problemas com o meu marido. Houve separação e tudo o mais. Aí eu achei aquilo maravilhoso porque eu sou assim: quanto maior o problema, no lugar de me abater, de sofrer, desesperar e chorar, eu digo: oh meu Deus, que bom que eu estou passando por isso. Entende? (...). Porque todos nós temos problemas, uns mais, outros menos. Olha, minha filha, eu já fui posta de casa para fora no meio da rua, com todos esses problemas que eu tenho de saúde. Meu marido é alcoólatra e me colocou eu e os filhos no meio da rua, me batia e muito. Eu sofri muito, mas tu sabes o que aconteceu? Um dia ele chegou em casa queimando de febre. Eu estava separada porque ele foi embora com a amante dele. Chegou em casa, perguntou se tinha um remédio. Eu disse: Espera em um pouquinho que eu já vou olhar pra você. Aí, era minha filha, eu e o Júnior. Aí ele disse: Não mãe, aqui em casa não. E eu disse: Meu filho, eu cuido de um estranho, porque não vou cuidar do seu pai? Aí eu fui, olhei, ele tava com um febrão enorme. Aí eu levei remédio, levei pro médico, fez a consulta e deu que ele estava tuberculoso. Deu tuberculose. Tratei dele durante três anos consecutivos. Ficou curado sem nenhuma sequela, sem nenhuma mancha. Daí, depois os anos foram se passando, ele foi embora outra vez. (...). Aí, minha filha, um dia ele chegou doente em casa de novo. Eu peguei exames que era para fazer pra mim, de sangue, de urina e disse num, eu não vou fazer não, vou dar pra ele. Sabe o que deu? Câncer no estômago. Aí ele foi operado no Ophir Loyola, tem só metade do estômago. Depois de um ano de operado, porque ele fuma e bebe até hoje e aí deu na cabeça. Parte do rosto é

platina, e não tem um pedaço da língua, colocou dois drenos, mas tá vivo. E eu fiquei do lado da cama dele, tirando aquela secreção, o que você sabe que coloca aquele aparelho (aspirador), e sai aquela secreção e só dona X aqui é que tirava (...). Uma coisa que eu peço a Deus: Senhor, me deixa transmitir a felicidade que eu sinto para outras pessoas. Eu não tenho amargura, entende? Eu não tenho aquela coisa ruim dentro de mim. Eu não tenho isso dentro de mim. Eu não sinto ódio, eu não sinto raiva, eu não sinto. (P3G1).

Nesta interação com outros também necessitados de apoio espiritual e com os grupos de oração das igrejas, as pessoas veem nesse suporte oferecido e/ou recebido maneiras de acalmar a dor e obter apoio espiritual necessário para controlar suas emoções. Esta é uma forma de superar o sofrimento e de buscar um viver mais saudável, conseguindo ajudar a si próprios, uma vez que reconhecem que os conflitos emocionais alteram a pressão arterial.

A religião é considerada, pela maioria das pessoas, como importante fonte de apoio espiritual, sendo o elo do humano com a divindade. A oração ou reza, recurso utilizado pelas pessoas para “falar” com Deus, é muito utilizada em todas as religiões e pode ter grandes resultados quando embalada pela fé. Através dela, as pessoas interagem com as divindades e buscam não somente a cura para as suas doenças, mas a resolução para todos os demais problemas vivenciados. Parecem buscar em Deus forças para seu viver diário e a resolução para seus problemas, dentre eles, os de saúde, por atribuírem a Ele os acontecimentos de suas vidas, tais como, a própria doença, o fato de ter somente filhos homens, a morte de seus familiares, a separação do marido, dentre outros acontecimentos. Assim sendo, as pessoas veem na interação com a religião uma forma de receber apoio para todos os seus problemas, em particular, para os problemas de saúde.

Na Federação Espírita Paraense, o apoio destinado às pessoas que buscam tratamento neste local consiste na prestação de atendimento com base na apometria, além do *Reiki*, que é uma energia de cura; também passes, remédios e o uso de cristais. Exceto os remédios, todos os demais atendimentos são oferecidos gratuitamente à comunidade, conforme relato do presidente da Federação. Este considera o apoio emocional e instrumental oferecido à comunidade uma atividade dentro de um contexto social, sem levar em conta a religião da pessoa, qualquer

que seja seu credo. Para tanto, o grupo de atendimento é constituído por pessoas de diversas religiões como espíritas, evangélicos, umbandistas, sacerdotes do candomblé, da umbanda, da wicca e um bispo da Igreja Universal do Reino de Deus (neopetencostais). A intenção do apoio oferecido a qualquer pessoa que procure a Federação Espírita Paraense é que a mesma não se sinta constrangida por ter um credo religioso diferente do espiritismo.

Para o presidente da Federação, a doença do corpo, muitas vezes, está atrelada ao espírito. Baseada nessa concepção, a instituição também presta atendimento aos profissionais da área da saúde como psicólogos e médicos que encaminham as pessoas sob seus cuidados para tratamento espiritual ou procuram atendimento no local. Assim sendo, consideram que já começa a haver um reconhecimento, uma participação da comunidade médica no trabalho que a Federação Espírita tem apresentado a toda a comunidade, que é um apoio de natureza espiritual.

As pessoas que interage procurando apoio para seus problemas de saúde na instituição, não o fazem motivadas somente pela hipertensão arterial, mas também por outros problemas de saúde ou problemas de caráter emocional/espiritual. Na presença desses agravos, são oferecidos tratamentos de natureza espiritual. Utilizam recursos como a energia emanada pelo corpo, o tipo de aura e seu comportamento. São aplicados passes e as pessoas devem frequentar as sessões por tempo determinado.

As pessoas que recebem este tipo de apoio oferecido pela Federação Espírita Paraense fazem relatos de que foram bem sucedidos no seu objetivo da cura espiritual. Tal como nas atividades dos demais credos religiosos, aqui consideramos que a fé também é uma importante aliada para o resultado favorável deste tipo de apoio.

No sistema de cuidados de saúde estão envolvidos aspectos reveladores das crenças e valores de determinado grupo social, interrelacionando seus aspectos culturais e sociais. As distintas articulações sociais e culturais permitem que os modos de cuidado se manifestem com base em diferentes racionalidades (BORGES et al., 2008). Assim como os modos de cuidar são diferentes, também as pessoas reagem de modo particular e diferenciado à saúde e à doença. Sendo assim, cada pessoa apresentará, em determinadas situações do seu viver o dia a dia, um estado emocional, racional, físico e espiritual, diferente umas das outras. A doença é uma dessas situações. A experiência do encontro com a doença é penosa, pois ameaça a ordem e o sentido de organização de vida que a pessoa estabelece para si mesma. A experiência de sentir-se doente pode, na maioria das vezes, levar a pessoa a se sentir frágil, desprotegida, desesperada e angustiada. Quando

não encontra respostas na ciência e/ou medicina para seus problemas de saúde, busca então algo 'sobre-humano', transcendente, sagrado, capaz de solucionar seu problema. Neste sentido, o sagrado passa a ter sua importância vinculada à recuperação. Desse modo, a pessoa busca apoio na religião. Essa relação entre a pessoa doente e a religião tem sido cada vez mais vislumbrada e vivenciada (CORRÊA, 2006), entretanto acreditamos que as discussões atuais, diferente das que aconteceram ao longo da história da humanidade, que consideravam as doenças como castigo divino (BASTOS; BORENSTEIN, 2004), buscam compreender de fato o papel que a religião tem representado na vida da pessoa doente e o porquê de elas procurarem a religião como solução, como processo terapêutico, como ancoradouro para o enfrentamento de seu estado de doença.

O papel da religião na vida dessas pessoas é de extrema importância, uma vez que ela possui um poder capaz de levar as pessoas uma dependência, ligação e confiança de que isso as salvará, de alguma forma, das situações de desespero que podem ser originadas pela doença, por exemplo, além dos desequilíbrios de ordem social, espiritual e corporal. A busca pela religião através da fé religiosa em Deus é um recurso importante no momento da doença, uma vez que, para as pessoas doentes, a religião exerce o papel de apoio emocional, que as ajuda a viver e enfrentar a doença bem como os demais desequilíbrios, de forma diferente daquelas pessoas que não buscaram a força maior para recuperação da saúde. Para elas, a ação divina aparece em suas vidas no momento da angústia e da incerteza da recuperação da saúde como uma esperança capaz de livrá-las do desespero e da morte (CORRÊA, 2006).

Para Alves et al. (2010), a religião parece ser um fator psicossocial que gera benefícios na recuperação de doenças físicas e mentais. Independentemente dos prováveis e possíveis mecanismos que possam gerar a recuperação da saúde, esta deve ser motivada e, acima de tudo, respeitada.

As interações de caráter religioso se caracterizam pela busca da cura ou do controle da doença. As pessoas buscam muito além do tratamento convencional (medicamentoso e mudanças no estilo de vida), parecendo procurar a tranquilidade para viver o cotidiano livre de transtornos com a saúde e preocupações emocionais. Quando não sentem os resultados do tratamento convencional por vários motivos, dentre eles, até pelo não seguimento do mesmo, essas pessoas anseiam por um atendimento que possa promover resultados de forma mais imediata e sem tantos sacrifícios ou mudanças no seu cotidiano.

SUBCATEGORIA 3: As interações como estratégia nas relações com o serviço de saúde

Nas interações das pessoas com hipertensão arterial, estão as instituições de saúde que também são partes integrantes da rede de apoio social, por conseguinte, as interações se processam também neste cenário. Pautada nas queixas e críticas, fica bem evidenciado, nos relatos, a diferença nas interações que fazem entre os profissionais e os serviços. Para alguns, existe separação entre instituição de saúde e profissional de saúde. As pessoas não veem ambos como 'a instituição'. Tanto elogios como críticas são bem direcionados.

As pessoas interagem com os profissionais de saúde na intenção de receberem o apoio para o atendimento de suas principais demandas originadas pela doença. Tais demandas são atendidas de acordo com as condições oferecidas pela unidade de saúde, podendo, em algumas situações, isto não acontecer.

As interações que ocorrem neste meio e que serão aqui destacadas estão relacionadas principalmente aquelas entre as pessoas com hipertensão arterial e os profissionais de saúde.

As interações que estabelecem com os agentes administrativos e os agentes de saúde podem ser conflituosas quando não conseguem ter suas demandas atendidas ou, ao contrário, harmoniosas, destacando o bom atendimento prestado, seja na marcação das consultas, no atendimento na farmácia, bem como na sala da pré-consulta.

A interação com as enfermeiras pode ocorrer em diferentes situações. Para elas, essa interação acontece por conta das consultas de enfermagem onde o apoio informacional e por vezes emocional são oferecidos. Para aqueles com hipertensão arterial, estes momentos de interação foram evidenciados, tendo sido destacados também em outras ocasiões e por outros motivos tais como ao ficarem sem as medicações. Nesta condição, os pacientes eram atendidos pelas enfermeiras para a provisão das medicações e/ou a consulta médica, de acordo com a situação clínica apresentada pela pessoa:

Ah! Eu estou tomando remédio porque, no dia que eu vim, eu não consegui falar com a doutora X, porque ela faltou, mas eu falei com uma enfermeira e ela me deu o remédio, só que estava com a receita novas e eu fui na farmácia popular e o rapaz me vendeu, mas já está terminando o remédio. (P12G1).

Algumas pessoas destacaram a maneira agradável como as enfermeiras procedem na consulta e como recebem bem as pessoas. Acreditamos que a forma de atender / receber alguém está vinculado à forma de ser de cada um:

*A enfermeira X parece ser bem legal. Ela é assim: animada, educada, conversa com as pessoas (...)
Eu venho mais com a enfermeira X. Eu gosto muito dela. Assim, nunca está de mal humor.
Trata bem as pessoas. (P4G4).*

Sabemos que o enfermeiro é capacitado para a realização da consulta de enfermagem, atividade específica, logo, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. Deve ser efetivada objetivando o impacto no atendimento às necessidades de saúde da população. Esta tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde (COFEN, 1993). O diferencial está na forma como esta consulta se realiza, estando associada diretamente ao interesse e à habilidade profissional. Para Maciel; Araújo (2003), a consulta de enfermagem também traz um valor bastante significativo do seu trabalho frente às questões sociais na saúde do usuário.

Mesmo com as dificuldades apontadas pelas enfermeiras tais como o excesso de programas que precisam ser atendidos e poucos profissionais enfermeiros, bem como as deficiências na estrutura física da unidade de saúde, Santos, et al. (2008) consideram que o processo de comunicação feito de forma tão próxima entre o profissional e a pessoa requer uma interação maior entre ambos, para que haja mais liberdade nessa relação. Com isso, havendo uma troca de informações mais efetiva, haverá maior possibilidade para execução e avaliação das ações de enfermagem. Assim sendo, o enfermeiro, como integrante da rede de apoio social, terá mais condições de participar de maneira mais eficaz no atendimento à pessoa com hipertensão arterial:

eu estava aqui atendendo as gestantes, que hoje deu muito, mas eu já estou preocupada porque eu tenho que fazer o pedido de vacina. Ainda não tive tempo de ir à sala de vacina. Então acho assim que, se a gente tivesse mais disponibilidade de tempo e profissional, poderia fazer o grupo, discussão de um grupo com esses pacientes hipertensos. (...). Falta muito para a gente ter esse tipo de condições, até condição física, de

pessoal, porque são muitos programas. Eu não posso dizer que não atenderei as gestantes porque tenho que atender os hipertensos. Se a gente atender um programa por dia, também não dá certo porque os pacientes querem ser atendidos naquele dia em que eles vêm à unidade. Já pensei. Às vezes, quando fico sozinha aqui na sala, eu fico pensando de que maneira eu vou atender o pré-natal, de que maneira vou dar atenção para as crianças, de que maneira vou dar atenção para os hipertensos, mas eu não consigo. A única maneira que eu vejo é atender individualmente mesmo. Só que individualmente sabemos que não atingimos os objetivos devido à quantidade de pessoas que temos que atender. Quando termina o dia, estou cansada e acho que não fiz nada. (P3G3).

Kemmer; Silva (2007), no estudo que discutiu a visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação, identificaram que o desconhecimento que alguns desses profissionais têm com relação ao enfermeiro e sua atuação é um mero reflexo do que a população também pensa. Ambos não reconhecem o enfermeiro de maneira independente. Este desconhecimento é apontado pelos profissionais de comunicação como uma dificuldade no reconhecimento da profissão por outros elementos da sociedade. Ao mesmo tempo em que apontaram as dificuldades, também evidenciaram que a competência do enfermeiro não é socializada com o restante da população. Consideraram também relevante que o próprio enfermeiro seja o responsável por ressaltar o seu papel, divulgando claramente suas potencialidades e suas atribuições, na intenção de tornar visível seu desempenho no cuidado à saúde da população. Acreditamos, porém, que uma das dificuldades que permeiam este reconhecimento por parte da população, e aqui acrescentamos, também por outros profissionais, é que, segundo afirmam Santo et al. (2010), a imagem do enfermeiro quase sempre está ligada a atividades burocráticas e, neste contexto, o contato e o relacionamento com as pessoas que procuram os serviços de saúde acabam se restringindo ao profissional médico e à equipe de enfermagem de nível médio, podendo ser este um motivo pela invisibilidade do enfermeiro no que tange à relação entre este e aquele a quem presta atendimento.

Acreditamos que a reflexão se faz necessária, uma vez que, de acordo com Kemmer; Silva (2007), o enfermeiro sempre teve atuação relevante no SUS, desde os processos de planejamento, passando por sua execução e avaliação, sendo necessário que se mostrem os resultados destas ações, na intenção de que a enfermagem deixe de ser 'parceira eternamente invisível' no cuidado à saúde da população.

As interações com os profissionais médicos (aqui especificamente as médicas) da instituição foram mais destacadas. Para algumas pessoas, essas interações parecem não ter um caráter profissional, mas sim um caráter mais pessoal. Parecem ver, nas interações, uma forma de receberem um apoio mais consistente e eficaz. Algumas pessoas interagem com essas profissionais considerando a consulta médica um momento de visitá-las, uma vez que se percebem bem atendidas. Destacam inclusive uma relação mais próxima e pessoal, considerando algumas delas como um suporte emocional, além de pessoas especiais, como já destacado na categoria anterior. Essas interações são tão fortes, que algumas pessoas se sentem bem somente em manter simples diálogos, parecendo deixar o atendimento das outras demandas em plano secundário. São comuns referências no sentido de que 'gostam da consulta' e de que não têm do que se queixar quanto ao atendimento prestado por algumas delas. Em resposta a essas interações, o apoio recebido e evidenciado pelas pessoas com hipertensão arterial diz respeito ao apoio emocional quando se consideram motivos de preocupação das médicas e ainda se sentindo cuidadas por elas.

É fundamental, para os profissionais de saúde e para as pessoas, que exista uma interação de confiança, trabalho em conjunto, entre os mesmos. Esta proximidade pode fazer ambas as partes compreenderem que as questões subjetivas são muito mais comuns do que imaginamos e que, muitas vezes, elas são desconsideradas pelos profissionais de saúde, levando as pessoas a se sentirem desprestigiadas. Noutro sentido, esta aproximação pode proporcionar resultados como elevação da autoestima, colaborando com a redução de algumas queixas, que, segundo Rezende (2007), já foram tratadas com medicamentos várias vezes.

No olhar das profissionais em questão, esta interação é pautada pela humanização e pelas conotações/considerações/determinações holísticas, onde o foco do apoio não é somente voltado para a doença, mas, sim, para um conjunto de fatores que envolvem a pessoa, tais como os aspectos psicológicos, orgânicos, sociais, emocionais, dentre outros:

Eu vejo muito a questão da humanização. Eu vejo o paciente como todo, entende? A parte

psicológica, a parte orgânica da questão e a parte social. É assim que eu procuro me encontrar com eles. É mostrar a eles que eles são importantes para mim. Que meu trabalho é aquele. Para mim o meu prêmio é o bem-estar deles. (P2G3).

Existe, por exemplo, paciente que chega aqui e nos trata como se fôssemos um 'deus'. Eu digo: - oh, meu amor! Eu não estou fazendo nada mais do que a minha obrigação. Você não tem que me agradecer. Eu recebo para isso. Eu me disponho a isso, mesmo ganhando muito ou ganhando pouco. (P4G3).

O uso das interações entre pessoas com hipertensão arterial e os profissionais médicos como estratégia de ação/interação não é vivenciado somente pelas pessoas com hipertensão arterial. Os médicos também usam essa estratégia. Por vezes, uma interação amistosa, atitude que deveria acontecer de forma contínua, é necessária para que o apoio informacional dado pelos profissionais possa encontrar resposta na pessoa com hipertensão arterial:

No consultório, procuro ser bastante amistosa, até mesmo para chamar a atenção dos pacientes porque geralmente são pessoas de mais idade do que eu, então, às vezes, fica meio chato. Às vezes, constrangedor. Eu fiz um juramento para promover a saúde das pessoas, então eu estou aqui para fazer isso, para ajudar. (P4G3).

Rezende (2007) afirma que, quando as pessoas são acolhidas pelo serviço de saúde, e aqui consideramos especificamente pelos médicos, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Dessa forma, favorece-se a construção de uma relação de confiança e respeito para com as pessoas que buscam o atendimento. A autora considera que uma relação baseada no diálogo e na disponibilidade do profissional de se dispor a escutar as pessoas na tentativa de conhecê-las será um grande avanço na busca de soluções que satisfaçam suas necessidades.

As interações com os profissionais de saúde, tanto quanto as demais, obviamente não são pautadas apenas nas convivências

harmoniosas. Interações mais agressivas ou mais críticas como forma de obter o apoio de que precisam também é uma estratégia utilizada pelas pessoas. Entretanto, essas acontecem mais com os profissionais da recepção. As queixas e atritos são pontos comuns nas interações com estes profissionais, pouco acontecendo com os médicos, principalmente quando as queixas são justamente motivadas por eles, como a falta ao serviço, por exemplo, ou ainda quando consideram que a consulta médica de nada adiantou pelo tempo reduzido de atendimento ou pelo fato de não ter na farmácia o remédio prescrito. As tradições e crenças de verem o médico como autoridade maior dentro de uma instituição de saúde, ao qual não cabe qualquer questionamento, pode contribuir para esse tipo de comportamento.

Gorayeb (2000), em seu artigo “Psicologia e Hipertensão”, escreveu sobre como os profissionais de saúde, especialmente os médicos que lidam com a pessoa portadora de hipertensão, podem utilizar-se dos conhecimentos disponíveis na área de análise do comportamento humano aplicada à saúde, ou medicina comportamental, e incorporá-los em sua prática clínica, potenciando-a e beneficiando seus pacientes. Na tentativa de fazê-los parar de fumar, entre outras mudanças, o autor considera que as medidas tomadas devem levar em conta “o forte poder de, usando o prestígio social e a ascendência profissional do médico, levar a uma mudança fundamental em um comportamento de elevado risco para a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares em geral” (p. 185). Situações como essa exemplificada, no nosso entendimento, colaboram mais ainda para manter a figura do médico como aquele detentor de todo o poder sobre as pessoas.

Mesmo parecendo contraditório às afirmações anteriores, o autor diz no mesmo artigo que:

Identificar adequadamente as expectativas do paciente, procurar satisfazê-lo quando possível, explicar-lhe quando não é possível, falar um pouco sobre assuntos não médicos, não usar jargão médico, dar orientações concretas, específicas e detalhadas são aspectos do comportamento do médico que vão favorecer essa avaliação positiva e aumentar a adesão. Ter empatia pelo paciente, saber colocar-se em seu lugar é o complemento indispensável dessas recomendações (p. 186).

Parece-nos serem essas as condutas mais pertinentes a serem

tomadas e não as pautadas no prestígio social e ascendência profissional.

A experiência do apoio não recebido pelo serviço dá lugar a críticas veementes. Criticam os serviços de saúde como os pronto-socorros, afirmando que o atendimento numa emergência deve ser imediato e não ter que esperar horas para ser atendido. Criticam os serviços de referência pela demora no tempo de atendimento para consultas e exames e pela falta do médico especialista. Criticam a Unidade de Saúde pela falta de remédios na farmácia e pelo tempo reduzido da consulta médica, enfim, consideram o serviço de saúde precário e piorando a cada dia a situação do atendimento às pessoas. Ao verem suas demandas não atendidas, sentem-se fragilizadas e revoltadas. Consideram a situação socioeconômica como uma condição que as obriga a utilizarem o serviço público de saúde, uma vez que afirmam que pessoas mais pobres é que procuram atendimento no serviço público, ao contrário dos ricos, que têm atendimento em serviços particulares e nunca vão ao Posto de Saúde.

(...) Porque você vê aí, você vai num pronto-socorro desses, é complicado. Complicado mesmo. Se você vai com uma complicação mais grave, esperando ser atendido, fica muito mais complicado. E você vai apelar para quem? Entendeu? Devia ser... tá na constituição, infelizmente sabe-se lá o que é que acontece com todos esses recursos daqui. (...). Aí você vê: como é o que se pode confiar num serviço de saúde desses? Não tem como. É um atendimento precário. Falta pouco para padrões africanos, com todo respeito à África (...). Eu lhe confesso que a gente tem muito medo de adoecer de modo grave e não ter uma assistência imediata, entendeu? Já que eu dependo do SUS porque eu não tenho plano de saúde privado, se bem que no SUS não é nada de graça. A gente já desembolsou. É aquela velha coisa: não existe almoço grátis. A temeridade é essa. Por exemplo, eu sou hipertenso e tenho que me cuidar para evitar, que Deus me livre que eu tenha um derrame, um ataque cardíaco! que não tenho uma assistência imediata assim, como acontece com muitas pessoas. É isso que talvez seja o maior temo, r né?. (PIG2).

(...) Porque o dinheiro para saúde tem, o dinheiro

para saúde tem. E cadê os remédios? Cadê os médicos? Nesses prontos-socorros que passa mais de 1h sentada, esperando. Se tu vai numa emergência, é pra tu chegar lá, entrar e ser atendida. A gente passa mais de 1h para ser atendida e, quando vão te atender, ainda te tratam mal. A gente não tem nenhum direito de exigir nada. A gente tem que chegar lá, ficar sentada, esperando, vomitando, chorando, gritando... não é por aí. (P3G2).

Ainda nas interações com as instituições de saúde, ao contrário daqueles que não conseguiram ter apoio para suas demandas, outras pessoas com hipertensão arterial são mais providas dessas chances, quando suas interações têm respostas no oferecimento do apoio tanto instrumental quanto informacional pelas instituições de saúde. Assim sendo, esses tipos de apoio são evidenciados pelo bom atendimento na unidade de saúde; nas consultas agendadas tanto na unidade de saúde, quanto nas instituições referenciadas; no atendimento pelos médicos especialistas; na realização de exames laboratoriais e diferenciados; no recebimento de remédios na farmácia da unidade de saúde.

Estes são alguns dos resultados das interações usadas como estratégias de ação/interação pelas pessoas com hipertensão arterial. Este é cotidiano das pessoas que mostram suas interações na família, na comunidade, com os profissionais de saúde e com as instituições de saúde.

Para o profissional, consideramos importantíssimo e vital conhecer as particularidades dessas pessoas e suas interações; a forma de viver, de pensar, de agir; conhecer comportamentos, tradições e costumes. Tais interações são complexas porque envolvem e acontecem em diversos ambientes, sendo caracterizadas por diversas peculiaridades que, deixando de ser globais, passam a se tornar específicas a cada uma dessas pessoas.

Essa é uma estratégia complexa que acontece num meio não menos complexo. Ao profissional cabe compreender que a cronicidade da doença e o tratamento são fatores que modificam o processo de vida da pessoa com hipertensão arterial. Assim sendo, todo esse conhecimento facilitará a abordagem do profissional a essas pessoas e contribuirá para a elaboração de intervenções educativas de maneira direcionada. Cabe ao profissional perceber e interagir mais ainda com essa rede, como integrante dela, na dinâmica das interações e conexões,

interações essas utilizadas como estratégia para um viver melhor mesmo na presença da hipertensão arterial.

4.5 CATEGORIA 5: A REDE COMO APOIO PARA UM VIVER MELHOR COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONSEQUÊNCIAS)

A rede de apoio social, enquanto fenômeno percebido em todas as categorias, concede ou pelo menos tem a intenção de conceder às pessoas um viver melhor, mesmo na presença da hipertensão arterial. No atendimento às principais demandas geradas pelo surgimento da doença, a rede de apoio social mostra suas ações, é valorizada e reconhecida. Na avaliação que as pessoas fazem do apoio, essas questões são destacadas, entretanto as lacunas são também percebidas. Elas mostram o quanto ainda é necessário para que as pessoas possam efetivar seus cuidados e tratamentos e ter uma vida com qualidade.

As consequências são os resultados alcançados através dos esforços realizados no processo de interação vivenciado na rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial.

A categoria “**A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial**” foi composta pelas seguintes subcategorias:

- Subcategoria 1: Valorando a rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial;
- Subcategoria 2: Indicando as lacunas da rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial;
- Subcategoria 3: Possibilitando um viver melhor na presença da hipertensão arterial como resultado do apoio da rede de apoio social.

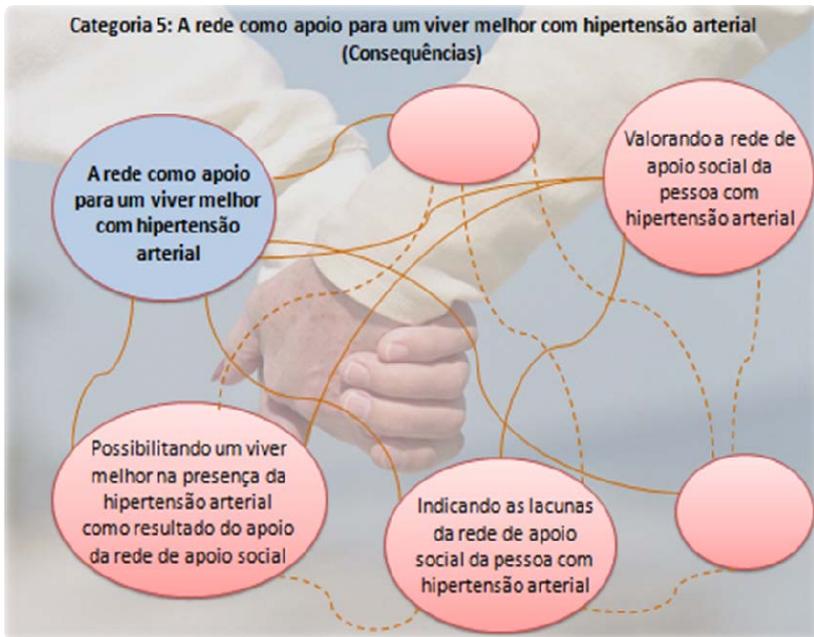


Diagrama 10: A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial (Consequências)

Esta categoria, na dinâmica da formação da rede de apoio, foi considerada como consequência na conformação da teoria substantiva. Nesta apresentação, serão evidenciados tanto o olhar das pessoas com hipertensão arterial como dos demais integrantes da rede de apoio social. Muitos assuntos aqui abordados, e que compõem esta categoria, já foram discutidos nas categorias anteriores. Mas a intenção é focalizar e dar ênfase às consequências percebidas do apoio que recebem e que contribuem para viver melhor o dia a dia na presença da doença.

SUBCATEGORIA 1: Valorando a rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial

Ao identificar os aspectos favoráveis das ações da rede de apoio social, as pessoas com hipertensão arterial reconhecem essa rede e pontuam o suporte que encontraram como fatores positivos.

A valorização compõe um misto de compreensão, satisfação, opiniões, pontos de vista, de caráter tanto gerais quanto específicos, que

mostram a dinâmica gerada pelo apoio. Enfim, uma diversidade de aspectos que envolvem a rede de apoio da pessoa com hipertensão arterial e como os integrantes da própria rede conseguem ver e se ver nessa dinâmica.

Neste processo dinâmico em que ocorre a formação da rede de apoio social, parece ser comum as pessoas identificarem os aspectos favoráveis do apoio oferecido e/ou recebido, sob diversos pontos de vista. Remetem-se ao atendimento das demandas originadas pela doença ao serviço de saúde e seus profissionais, que estão no topo deste destaque; familiares, vizinhos e outras pessoas próximas que também integram a rede. Para destacar esses aspectos favoráveis, as pessoas se baseiam em suas próprias experiências ou nas experiências de seus familiares.

Destacam o apoio da rede contribuindo para a mudança no estilo de vida percebida quando referem principalmente mudança nos hábitos alimentares, considerado por alguns como a parte mais difícil do tratamento. Ressaltam principalmente a necessidade da participação da família na redução no consumo do sal e da gordura por causa da hipertensão e de problemas renais; diminuição da quantidade da ingesta alimentar. Alguns mostraram a vontade e a necessidade de perder peso, considerado vital para o controle da doença. A perda de peso parece ser um estímulo para a continuidade do processo uma vez que este, mesmo não sendo um resultado imediato, é o mais desejado pela maioria das pessoas. Este desejo, quando apoiado pela família, passa a ter maior chance de acontecer, pois há uma participação através do controle direto no consumo de alimentos calóricos e também através de estímulos e cobranças;

Utilizar o apoio como? Fazer o que tem que ser feito? (...) É o que eu faço mesmo. O que eu não fazia muito, mas agora eu tenho feito, o que é comer sem sal. Tenho feito comida insossa, porque eu não gosto de comer sem sal, mas eu estou comendo. A Amélia (filha) sempre brigou comigo por isso, mas agora eu estou comendo assim, sem sal. É isso? (P12G1).

Sim, meu marido ajuda porque ele colabora. Quando a comida está salgada, ele diz para eu não comer porque senão vai me fazer mal e, quando ele vai comprar as coisas, ele compra coisas que eu posso comer, então ele se preocupa comigo também. (P6G1).

Eu estava com 98 kg, depois que cheguei em Belém, comecei com uma dieta e agora estou com 96 kg. A gente trabalha no interior daí não tem muita estrutura porque a gente trabalha com negócio de venda e aí é muito complicado. (...) É como eu lhe falei, a gente fica nessas viagens e come qualquer coisa. Quando eu estou aqui em Belém não, isso não acontece porque eu faço minhas refeições em casa. (P1G2).

Quanto ao tratamento medicamentoso, destacam a ajuda de familiares, vizinhos e da Pastoral da Saúde na utilização dos chás ou outros remédios caseiros/naturais associados ou não àqueles prescritos pelos médicos. O importante aqui é que referem melhora no controle da pressão arterial com este tipo de tratamento. O uso desses remédios por iniciativa própria evidencia o conhecimento das pessoas sobre eles, bem como dos alimentos naturais para o controle da hipertensão arterial. Essa questão evidencia certa autonomia quanto ao controle da doença, considerado fator colaborador no tratamento não somente da hipertensão arterial, mas de qualquer outra doença em que a participação da própria pessoa é condição determinante para os resultados satisfatórios:

A perna estava inchadona. (...) inchada, de uma forma que eu não podia andar e agora só com este remédio, meu Deus, que eu estou passando, sei lá, a polpa da abóbora, a semente e a madeira, o pedaço do pau, que eu não consigo me lembrar o nome. Tem aqui ó. (...) Ah! tem dois meses que eu não tomo remédio mais nada, para nada, nem para pressão, nem para artrite, artrose, nada. Deus abençoou muito. Olha, é esse aqui (mostra o remédio caseiro que fez e me dá um pedaço da madeira). Isso amarga muito porque eu rasguei e provei, mas não tem cheiro de nada. Eu só sei que tá dando certo. Só tem cheiro de álcool. (mostra a mistura). Eu mesma pensei: será possível que isso vai fazer mesmo efeito, mas olha, eu sei que tá fazendo e isso eu agradeço primeiro a Deus, depois a minha filha e a minha vizinha que me ensinaram esse remédio. Tem também a pomada de andiroba. É da farmácia de manipulação.(...) Leve esse aqui pra você (P3G1).

No controle da doença, destacam a orientação dos profissionais para a identificação de sinais e sintomas que ajudam a relacionar com a pressão arterial elevada, possibilitando ações próprias para reduzir os limites pressóricos, diminuindo os riscos de uma complicação gerada por esta ocorrência. Identificar causas para o aumento da pressão também dá a essas pessoas a possibilidade deste controle.

É consenso entre os pesquisadores que a hipertensão arterial não apresenta sinais e sintomas até que suas complicações sejam percebidas, podendo a mesma evoluir silenciosamente (BEEVERS; MACGREGOR, 2000; LIMA et al., 2004; GUSMÃO et al., 2009; VI DIRETRIZES..., 2010), porém o fato de as pessoas relacionarem as manifestações corporais com o descontrole da pressão, considerado por algumas como sinais e sintomas da doença, é benéfico para elas porque possibilita identificar a elevação da pressão arterial. Entretanto, tais manifestações podem indicar a presença de complicações. Essa relação com a doença e a efetividade do tratamento ajudam na tentativa de manter a pressão arterial sob controle.

Exercer o controle sobre a doença é expresso no ato de cuidar, que se materializa quando as pessoas controlam os fatores de risco modificáveis para evitar as consequências da doença. Previnem-se no seu cotidiano na intenção de viverem de forma mais saudável. Medidas que envolvem o atendimento à prescrição médica, voltar à atividade física, aprender a fazer um remédio natural, melhorar a alimentação, abandonar o tabagismo, além de cuidar de pessoas doentes, o que melhora a autoestima, expressam em cada pessoa ações voltadas para o cuidado de si e de outros. Sentem-se capazes desse cuidar e mais seguras de si. Algumas atribuem esse modo de viver ao apoio recebido da rede:

Me sinto muito bem (mesmo com a doença), graças a meu bom Jesus. Primeiramente, Deus depois Jesus Cristo, depois meus filhos que me ajudam, depois meu esposo e depois as pessoas aqui no Posto de Saúde que me ajudam também. (...) Eu acho muito bom aqui no Posto, porque graças a nosso bom Pai e meu senhor Jesus Cristo, eu nunca mais tive ataque (epiléptico). O atendimento aqui é muito bom e as pessoas da igreja nos ajudam muito também. (...) Viver com hipertensão é viver pedindo de coração, porque a gente tá com aquela fé de que vai dar tudo certo. Quando a gente vê um vizinho doente, a gente vai pra tentar ajudar, pra tentar melhorar. Daí eu

vou vivendo com essa hipertensão, mas vou tentando ajudar outras pessoas pra melhorar a vida de todo mundo. Eu não me incomodo com a pressão alta. Eu tomo meu remédio direitinho e faço as outras coisas também (refere-se às demais medidas higieno-dietéticas). Todo dia e é assim. (P5G2).

Viver bem no ambiente domiciliar parece-nos ser fundamental para ajudar no tratamento de qualquer doença, e aqui, especificamente a hipertensão, uma vez que as alterações emocionais também alteram os valores pressóricos. Implicitamente, o modo de viver de algumas famílias, salvo os problemas existentes, contribuem para a estabilidade emocional da pessoa com hipertensão arterial. Desse modo afirmamos que a família e o modo de viver desta como parte da rede de apoio é um fator importante no tratamento.

(...) não, isso não me preocupa (refere-se às complicações da doença) porque eu rezo muito, peço muito a Deus e a Nossa Senhora. Primeiro que eu não tenho assim também aborrecimentos, vida atarefada. Faço meu serviço, meu marido me ajuda e dentro de casa não tem esse negócio de briga e confusão, discussão, de ficar alterada. Aí o pessoal me chateia, dizendo isso aí não é uma mulher, é uma santa. (P11G1).

A mudança no estilo de vida incorpora uma série de ações, tais como dieta, atividades físicas, diminuição de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, uso de medicamentos, bem como assiduidade às consultas médicas e estabilidade emocional, dentre outras. A complexidade que está envolvida nestas mudanças e ações leva as pessoas a escolherem algumas delas, o que já pode ser considerado o início para o controle da doença e a prevenção das complicações:

Agora uma coisa assim que é boa foi quando eu perguntei que tal fazer hidroginástica? Então, assim, ela faz uma atividade física rigorosamente. Ela não falta. 'Chove canivete', mas ela está lá. Mesmo chovendo e ela gripada, ela vai. Então, assim com relação à medicação e à atividade física, ela faz rigorosamente e a pressão dela é controlada. Ela tem uma pressão de 14/8, 13/8,

Ao abordar o cuidado, Silva et al. (2009b) trazem diversos significados para o termo, dentre eles, discutem o aspecto do cuidado de si, onde a pessoa passa a ser valorizada, sendo ela a autoridade em suas determinações e não os profissionais de saúde ou quem quer que seja. Por esses motivos, qualquer atendimento destinado a essas pessoas que assim agem será baseado não mais nos problemas de saúde, mas, sim, baseado na própria pessoa, sua opinião, seu modo de agir, dentre outras características próprias, pelo fato de ser ela a determinar suas condutas. Os profissionais de saúde, nesta relação, seriam os mediadores e não aqueles que determinam todas as condutas a serem seguidas, como sempre se fez.

Ao fazerem diferença entre autocuidado e cuidado de si, os autores compreendem que o primeiro está vinculado ao aspecto objetivo da relação saúde-doença, enquanto que o cuidado de si é permeado pelo subjetivismo desta relação. Assim sendo, isto significa que o autocuidado conduz ao condicionamento da pessoa a formas que ditam como deve se adaptar a uma situação vivida, enquanto que o cuidado de si está centralizado no diálogo, reconhecendo a pessoa como única conhecedora das situações vividas no seu dia a dia. Acreditamos que “ensinar as pessoas a viverem de forma mais saudável” (SILVA, et al., 2006) talvez não seja a forma mais adequada de incentivá-las a agirem na manutenção do cuidado de si, mas, sim, compreendê-las em sua diversidade, atentando para as formas de como pensam no que diz respeito à sua saúde.

Um destaque muito importante evidenciado por algumas pessoas com hipertensão arterial foi o apoio financeiro recebido principalmente de familiares, como já destacado em categoria anterior. Este auxílio favoreceu imensamente o tratamento medicamentoso, possibilitando a aquisição do remédio quando este não estava disponível na unidade ou quando a medicação prescrita não fazia parte daquelas padronizadas. A condição financeira favorável de alguns integrantes da rede de apoio contribuiu para a não interrupção do tratamento medicamentoso, embora esta seja uma situação que venha atenuar a ausência do poder público na questão da disponibilidade da medicação padronizada para o tratamento da hipertensão arterial, que é garantida pelo Programa HIPERDIA.

Quando à importância excessiva dada ao uso da medicação, Dantas (2009) considera que os medicamentos são produzidos como uma resposta quase obrigatória e exclusiva em busca da solução mais

rápida que traga o tão almejado bem-estar. São substâncias artificiais que, com suas inúmeras promessas, oferecem nada menos que soluções semelhantemente artificiais e paliativas na intenção de viver melhor nos dias atuais.

Parece-nos que algumas pessoas consideram em demasia a medicação, em sobreposição às demais medidas não medicamentosas. Alguns conduzem o uso da medicação como a única forma de controlar os valores pressóricos. Evidentemente que aqui estamos nos referindo aos valores pressóricos perfeitamente controláveis através dessas medidas e também aos casos de pré-hipertensão que não necessitam de medicamentos até que alguma condição vascular seja afetada (NEVES; OIGMAN, 2009), e não aqueles secundárias a outras patologias.

Conforme relato de algumas pessoas, a falta da medicação até desestimula a ida à consulta médica, uma vez que não terão seus receituários atendidos, como se a consulta médica e a medicação fossem formas isoladas de controle da doença, dissociadas de outras medidas para o controle dos valores pressóricos. É importante lembrar que o uso da medicação deveria acontecer somente mediante o não controle através dessas medidas, principalmente no caso da pré-hipertensão.

Na verdade, essas pessoas são fruto de inúmeros processos que as levam a pensar e a agir dessa forma, vendo nos remédios a única solução para os problemas. Tais atitudes precisam ser muito bem esclarecidas, discutidas, reformuladas e compreendidas, principalmente a forma de pensar das pessoas com hipertensão que consideram o remédio como o aspecto mais importante.

Outro apoio destacado e considerado muito importante foi o bom atendimento pelos funcionários do serviço de saúde, mesmo destacando que isso não é tudo. Têm seu atendimento garantido pelas consultas agendadas; algumas recebem o remédio na farmácia; usufruem de outros serviços oferecidos pela Unidade de Saúde; avaliam como bom os serviços de saúde para onde foram encaminhadas; e ressaltam ser bom este atendimento na UMS Satélite mesmo com todos os defeitos.

As pessoas valorizam diferentemente os serviços da UMS Satélite e seus profissionais de outros serviços de saúde fora da comunidade. Isto é evidenciado pela percepção de que, quando são atendidos na Unidade de Saúde da comunidade, referem-se aos profissionais e quando são atendidos em outras instituições se referem não aos profissionais, mas ao serviço, fazendo pouca ou quase nenhuma referência ao profissional que o atendeu. Esta situação ressalta a importância do vínculo criado não com a instituição da comunidade, mas com os profissionais que prestam serviço no local, como pode ser

observado no relato a seguir. É importante informar que o questionamento sempre acontece da mesma forma com perguntas sobre os serviços de saúde e não sobre os profissionais:

Bem, aqui (refere-se à Unidade de Saúde Satélite) todo mundo me atende satisfeito e alegre. (...) Essa doutora é muito especial. (...) Já, já fui. Foi para o Barros Barreto, fui para Doca (Unidade de Referência Especializada da Doca). Tem outra clínica de raio X lá na Rua Conselheiro. No Hospital das Clínicas, fiz a endoscopia. No Barros Barreto, foi raio X da costa. (...) Até que o atendimento foi bom. Até que a gente tem sorte, graças a Deus. Sempre tão reclamando muito, mas toda vez que a gente vai, até que a gente tem sorte. (P5G2).

Na instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde é considerada um encontro, um vínculo. Este vínculo é criado mediante o ato de permanecerem frente a frente, na condição de seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Este vínculo é o processo que gera uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2006b). Acreditamos que, quando este vínculo é reconhecido por ambas as partes, os resultados podem ser benéficos tanto para a pessoa que busca pelo atendimento de suas demandas quanto para o profissional que pode vislumbrar o resultado de seu esforço diário na tentativa obter respostas satisfatórias quanto às investidas junto às pessoas com hipertensão arterial.

Os profissionais de saúde, enquanto integrantes da rede de apoio, também destacam algumas de suas ações, sendo que estes se baseiam em suas experiências profissionais e nas vivências do dia a dia das relações com as pessoas e com o sistema de saúde. Nessa multiplicidade de interações, a maioria expressa suas opiniões a respeito de sua atuação e do serviço na rede de apoio:

Bem, eu penso que minha participação como “—” é contribuir para o bom andamento dos programas. Eu acho que o programa está muito

bom, todos são atendidos, todos são matriculados, participam do programa, apesar de que estava faltando assim outro tipo de atividade porque não vemos o paciente somente tomando a medicação. Outra atividade pra ele seria o ideal, mas no momento está havendo uma falha assim nesse sentido (...) A própria nutricionista teve que sair e está fazendo muita falta aqui pra nós. Infelizmente, teve que sair, entregou o lugar. (Pf1G3).

No caso da Unidade, como ela dá apoio? No controle, no agendamento das pessoas porque elas precisam ter a pressão verificada periodicamente, o controle do peso, orientação nutricional também, né? Importante isso. E a medicação que deveria ter disponível na farmácia. Penso que faltam palestras para os pacientes. Penso que poderia organizar mais o serviço, mas faltam profissionais. Quando tínhamos a nutricionista, sentíamos o resultado da mudança quando o paciente adería à dieta e diminuía o meu trabalho, pois agora, sem nutricionista, eu preciso orientar o paciente quanto à dieta, daí demora mais a minha consulta. Palestras sempre na Unidade seriam muito importantes. A conscientização é importante. Tem uns pacientes que não sabem quase nada a respeito da doença. Temos que falar muitas vezes, muitas vezes. Temos que procurar atingir o psicológico deles, porque têm uns pacientes que parece que não se preocupam muito com a doença. E é isso. (Pf2G3).

Bem, o que eu converso com os meus pacientes é que eu sou secundária, sempre eu sou secundária. O papel principal quem exerce é o paciente. Porque eu estou ali para atender e dar informações. O paciente absorve, reflete acata ou não as recomendações (...) então eu não posso interferir na decisão do paciente. Eu apenas dou a orientação. (Pf4G3).

Na dinâmica das interações, alguns profissionais se consideram

secundários às pessoas, colocando estas como deve ser: como o elo central e o principal nas tomadas das decisões. Segundo Andrade; Waitsman (2002, p. 926), é importante “reconhecer as pessoas como participantes do processo do cuidado com a saúde e não somente como objeto de práticas e prescrições”, entretanto, para que isso tenha resultados efetivos com relação ao tratamento, torna-se necessário que a pessoa seja informada, instrumentalizada, ao que as autoras chamam de maior democratização da informação.

Acreditamos que democratizar a informação entre as pessoas é uma forma de contribuir para que elas alcancem autonomia, melhorem o padrão de conhecimento no que se refere à sua saúde, entendam e complementem as informações prestadas pelos profissionais de saúde e, dessa forma, possam tomar decisões baseadas em suas próprias convicções e assumir maior responsabilidade nas decisões. Deixarão de ser meros receptores de informações, passando a ter capacidade para ouvir e avaliar as informações recebidas.

SUBCATEGORIA 2: Evidenciando as lacunas da rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial.

As lacunas se originaram da percepção de que nem sempre o apoio esteve presente. Para a compreensão desta subcategoria, consideramos que as lacunas seriam as demandas da pessoa com hipertensão arterial, cuja rede de apoio não conseguiu intervir, não podendo também ser resolvidas somente por elas. Isto implica em dizer que, neste caso, nem sempre as estratégias de ação-interação que levam à participação da rede de apoio apresentam resultados satisfatórios como consequências, gerando dessa forma as lacunas.

Ao retomar às demandas, é possível perceber como as pessoas com hipertensão relatam suas necessidades e dificuldades na relação à doença, o que compromete o tratamento, aumentando, dessa forma, os riscos do surgimento das complicações e amplia também o sofrimento pelo enfrentamento solitário de sua condição e demandas por ela geradas. Profissionais e familiares também reconhecem que esta é uma situação presente, ou seja, reconhecem que nem sempre conseguem atender ao que consideram necessário para a pessoa com hipertensão.

Na mesma perspectiva de Oliveira et al. (2009), naturalmente, não estamos falando aqui de uma avaliação formal ou técnica, mas, sim, de uma avaliação informal. É a partir dessa avaliação informal, feita cotidianamente e relacionada a um aprendizado cotidiano e reflexivo, que as imagens sobre os diversos serviços da rede assistencial se configuram. E quando buscam assistência, as pessoas com hipertensão

arterial as levam em consideração para fazer suas escolhas.

Quanto à dieta, alguns não a realizam por questões financeiras e/ou porque precisam mudar os hábitos alimentares. Neste sentido, nem sempre a família tem condições de suprir essa necessidade, seja pela sua condição financeira, seja pela sua impossibilidade de preparo adequado da alimentação ou ainda, pela dificuldade de aceitar as mudanças na alimentação:

A gente não come as coisas que prejudicam a gente, mas a gente come a comida de todo mundo. Porque eu não sou aposentado e nem tenho trabalho fixo. Minha esposa também. Eu faço o jogo do bicho, então o que cai é o da bóia (alimento). A senhora sabe como é vida de pobre, né? A gente vai fazendo o que pode. Então a gente não faz dieta. (P2G2).

Sim, sim, nós sabemos que não é adequada para nós duas, principalmente nós duas que ganhamos muito peso ultimamente. (...) e aí fica difícil nós duas, porque a mamãe não gosta de coisas que eu tenho que comer da dieta. O que eu gosto ela não gosta entendeu? Aí a gente acaba comendo mesmo o que tem (...) (...)Ela falou que eu não gosto de sal e ela gosta. Quando eu cozinho, ela não gosta da minha comida por isso. Ela disse, não disse? A minha comida realmente é sem graça porque eu não faço questão. Eu sei que nós precisamos do sal, mas quando faço comida para mim, por exemplo ,quando cozinho legumes, eu não coloco sal. Eu jogo azeite por cima e como. Ela diz que não tem gosto de nada. (...) eu como e nem sinto. É sem graça, mas eu como, eu gosto, eu não acho ruim e e, como gosta de sal! (...)Às vezes ela fica meio zangada comigo quando falo as coisas porque ela diz que eu me meto. "Deixa eu comer o que eu quero", aí ela se zanga comigo porque eu fico no pé dela. Às vezes eu até deixo. Eu sei que ela vai comer uma coisa que ela vai passar mal, mas eu fico calada porque senão ela briga comigo. À noite ela não deveria comer certas coisas. (Fm2G5).

No que se refere à adesão ao tratamento para hipertensão arterial,

os mais altos níveis relacionam-se ao uso da medicação, sendo que os piores níveis têm sua relação justamente com a dieta, bem como com a atividade física e ingestão de álcool. Estes achados podem estar relacionados ao fato de que aqueles que utilizam medicações antihipertensivas podem acreditar que o uso destes é suficiente para controlar a pressão arterial, como discutimos anteriormente, o que é também sustentado por Kyngas; Lahdenpera (1999).

Na consulta médica, indicaram as dificuldades e a demora em receber atendimento de médicos especialistas. Na Unidade de Saúde, as lacunas relatadas estavam relacionadas ao tempo considerado reduzido da consulta de alguns médicos, logo, sem efetividade para algumas pessoas, além de ser desestimulante o comparecimento à consulta, por saberem que não receberão o remédio prescrito.

Quanto à aferição da pressão arterial, relatam que nem sempre esta ocorre, principalmente se desejam consulta médica sem que esta esteja marcada, parecendo que a aferição da pressão está atrelada ao atendimento médico.

A falta de medicação na farmácia da unidade de saúde foi a lacuna mais relatada e enfatizada pelas pessoas com hipertensão arterial, além da impossibilidade de aquisição da mesma por questões financeiras, gerando interrupção no tratamento, sendo esta a mesma consideração feita pelos profissionais:

Mas tem também outra parte que realmente não toma a medicação porque não tem nenhuma condição de comprar (...) e fica mesmo sem medicação quando não tem na farmácia. (Pf3G3).

Mas a quantidade é pouca para o número de pacientes que nós temos na unidade. Geralmente não é suficiente e ainda tem aqueles casos de pacientes cuja hipertensão não é controlada com esses medicamentos (...). (Pf2G3).

Ainda quanto às medicações, não é incomum encontrar relatos daqueles que voltam a usar as medicações mesmo apresentando efeitos colaterais ou mesmo sabendo que a hipertensão arterial não responde a essas drogas anteriormente prescritas. Isto acontece pelo fato de as pessoas não terem condições financeiras de adquirir o remédio prescrito pelo médico. Esta é uma grave lacuna evidenciada por algumas pessoas. Na impossibilidade de elas adquirirem os remédios prescritos, os médicos associam drogas padronizadas, porém consideram grave a

associação dessas drogas do programa, quando a hipertensão não é controlada com tais medicamentos, aumentando os riscos das repercussões na saúde da pessoa:

(...) os demais ficam sem uma estabilização e como são pessoas carentes, a gente prescreve essas drogas (não padronizadas), mas o paciente não tem condições de comprar. Ele volta e diz pra mim que não quer esse, quer fazer o esquema anterior que eu fazia, entendeu?”. (...) “É grave porque, para não deixar o paciente sem um suporte, a gente acaba associando as drogas que a gente tem, mas que não têm uma resposta adequada, uma estabilização da pressão adequada. Isso aí a gente passa meses porque a gente, às vezes, não consegue e leva até meses para que uma droga tenha efeito desejado, entendeu? As repercussões são graves porque esse paciente, ao longo dos anos, ele vai evoluindo com as alterações ao nível do coração: hipertrofia e insuficiência cardíaca; que mais? Os rins, com disfunção progressiva renal. Pode evoluir com um acidente vascular cerebral; e nos vasos pode surgir um aneurisma, dissecação de aorta. Tem os olhos, a visão com a retinopatia progressiva. (Pf2G3).

Na perspectiva do profissional, uma lacuna também são os efeitos indesejáveis das medicações, os efeitos colaterais e o fato de que a medicação não apresenta a mesma resposta em todas as pessoas, dessa forma não conseguindo tratar a hipertensão com remédios do programa, o que impede o controle da hipertensão arterial e os obrigam a prescrever medicações não padronizadas. Também quando há necessidade de atender outras alterações clínicas, a padronização básica não garante esse resultado:

não existe aquela receita de bolo onde sempre aquela medicação vai ter o mesmo efeito em todos. Então a gente vai sempre trabalhando com ajustes (...). Fugiu disso, ou seja, um problema de hipertensão que a gente precisa associar um losartan®, um anlodipino®, outra medicação, infelizmente a gente não tem disponível. Um cardiovelol®, num paciente que além de ter pressão alta tem problema de revascularização e

ai precisa proteger, então nós não temos (...). Já não temos uma coisa mais avançada. (Pf4G3).

A realização da atividade física é dificultada pela falta de profissionais especializados na área e de um programa na unidade de saúde para atender esta demanda. A falta de motivação de algumas pessoas e de recursos financeiros para outras, além da falta de locais adequados que se dispusessem a atender/oferecer tais atividades, são elementos que contribuem para que essas práticas não sejam realizadas regularmente.

Na prevenção das complicações, uma das lacunas evidenciadas é o desconhecimento das complicações originadas pela doença. Nesse aspecto, vale destacar a dificuldade de compreensão de informações técnicas que os profissionais dão e também da não consideração da experiência própria de cada pessoa e do significado da hipertensão. Esses profissionais falam mais de uma impossibilidade da pessoa com hipertensão, apontando “teimosias” e a invisibilidade da doença:

(...) porque é assim, existe um perfil desses pacientes. Não sei se existe com os outros, mas com hipertensos e diabéticos é assim: são pacientes teimosos e que negam a doença, a grande maioria. São poucos os conscientes, então por isso que é muito complicado tratar hipertensos e diabéticos” (...) Exatamente, isso facilita muito porque muitos são iguais a São Tomé, precisam ver para crer. Então não vê, não sente, não tem! Não é verdade? (Pf4G3).

Na hipertensão, ninguém observa que teve um membro cortado/amputado, que necrosou, que deu gangrena naquela perna, que ficou cego, totalmente cego. (Pf2G3).

A garantia de atendimento no serviço de saúde, para as pessoas, representa a responsabilidade por serviço perante as demandas de saúde. É por meio do acolhimento que o serviço garante o atendimento às prioridades de atenção à saúde, como os atendimentos de urgência e de doenças crônicas, por exemplo. Assim sendo, há necessidade de reorganizar o trabalho, identificar os pontos frágeis. Isto implica dizer que deverá haver reorganização do processo de trabalho, na intenção de

que as demandas sejam atendidas, bem como obter uma relação entre profissionais e pessoas que buscam por atendimento no serviço, baseado em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (COELHO, et al., 2009).

Dentre as dificuldades relatadas pelas pessoas com hipertensão arterial, ainda persiste a dificuldade na articulação com setores de maior nível de complexidade, como bem coloca Coelho et al. (2009). Esta dificuldade também está associada à carência de profissionais e equipamentos específicos de algumas áreas. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde, que devem ser garantidos para todas as pessoas atendendo a alguns requisitos como “condições de igualdade, sem qualquer discriminação, bem como a possibilidade de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme o princípio da equidade, ainda não se configuram uma realidade social” (ibidem, p. 448).

Alguns profissionais consideram sua contribuição pequena, uma vez que não realizam o quanto gostariam de fazer no atendimento às pessoas, dada a carga excessiva de atividades desempenhadas por poucos profissionais, fato este que colabora para a descrença em mudanças no sistema de saúde, bem como para a insatisfação na atividade laboral. Entretanto a resolução dos problemas também traz como recompensa a almejada satisfação pela efetividade das ações desenvolvidas:

É na verdade é isso que é feito, jogo de cintura. Às vezes eu fico angustiada porque tem casos que eu não consigo resolver (...) e isso me angustia porque poderia ser uma questão simples, só que não depende só de uma pessoa, mas quando a gente consegue resolver um problema pô... dá uma p. satisfação daí a gente fica feliz e se sente bem porque conseguiu ajudar uma pessoa. Só que infelizmente nem sempre é possível. (Pf5G3).

As críticas ao sistema também fazem parte das avaliações, principalmente quando a resolutividade sai das mãos dos profissionais das unidades e fica a cargo de outras instâncias do sistema de saúde:

Mas isso me angustia, entendeu?... quando tento solucionar e não consigo. Mas provavelmente vai morrer por falta de atendimento. Então isso é angustiante. Você sabe que vai acontecer e você não pode mover uma palha. Quem poderia fazer é

o poder público e não faz! Talvez quando liberarem seu leito ela já morreu. Isso me revolta, porque se você entrar no hospital “x”, você vai ver que lá tem um monte de leito vago, mas, para a Central, eles dizem que não tem leito, e isso me revolta (...) porque esses hospitais, eles sobrevivem com o dinheiro do SUS. (Pf5G3).

Outro olhar para as interações entre as pessoas e o serviço de saúde da comunidade possibilita evidenciar mais lacunas, sendo que essas têm aspecto mais conflitante e são frutos de um contexto onde as pessoas se consideram sem opção para escolhas, e a Unidade de Saúde passa a ser a única opção para possíveis soluções de seus problemas de saúde, referindo especificamente a hipertensão arterial. Sentem-se obrigadas a utilizar o serviço de saúde da comunidade, subjugando-se a qualquer tipo de atendimento prestado e ainda se sentindo sem direito de fazer exigências. Consideram-se assim por acreditarem que pertencem a uma camada da população mais desprovida de recursos:

Francamente? Péssimo! A gente vem porque é obrigada, principalmente esse meu controle, que eu tenho que fazer (da pressão) de dois em dois meses tem que vir. (...). É a administração, prefeito, governo, seja ele quem for que tomasse conta, que administrasse, que prestasse um pouco mais de atenção, porque só vai no posto de saúde e ele no pronto-socorro pobre. É pobre que vai. Rico não vai em posto de saúde, rico não vai em pronto-socorro. Rico vai para o particular, vai para o Hospital Belém (particular). Isso é que o negócio. O pobre, não. O pobre tem que correr para o pronto-socorro. E ainda se dá satisfeito com pouco. O médico, quando atende ,pergunta: o que você tem? Pronto! Tá aqui a receita. Próximo! Quer dizer que não adiantou nada. Ele não que perguntou onde era a dor, não perguntou se tinha febre, não tirou a tua pressão, não fez nada disso. Então é assim: faça esses exames, quando tiver pronto traga aqui. (P3G2).

Outras pessoas evidenciam lacunas nos serviços utilizados e não fazem separação entre a Unidade de Saúde e outras instituições.

Consideram o atendimento precário tanto nas unidades básicas quanto nos serviços referenciados; também nos serviços de urgência e emergência. Atribuem tal precariedade à atuação insatisfatória dos gestores da saúde e creem que esta não tem relação com a falta de verbas para o serviço de saúde, pois sabem que elas existem, mostrando que parte dessas pessoas conhece seus direitos de cidadão e tem capacidade de exercê-los, mas lamentam que seus relatos, suas avaliações e/ou reclamações parecem não ter retorno.

O momento das entrevistas foi uma oportunidade para desabafos, o que reforça a falta de espaço para isso. Não têm com quem se “queixar”, pois parece que não são ouvidos. Assim sendo, acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (COELHO et al., 2009).

A necessidade de espaços para dialogar sobre as implicações do tratamento, a eficácia e não eficácia deste, as questões de cidadania, a participação social dessas pessoas em particular e na comunidade em geral se mostra como uma lacuna. Por vezes são considerados ineficazes sob o ponto de vista de lutar por seus direitos, entretanto, o que parece é que precisam ser instrumentalizados, informados sobre a doença e o tratamento, bem como sobre seus direitos enquanto cidadãos e seu papel na defesa dos seus próprios interesses sejam por quais forem os canais.

Sustentando tais afirmações, Andrade; Vaitsman (2002) afirmam ser importante discutir formas de participação dos usuários nos serviços públicos de saúde baseado na concepção de que o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde, sejam elas preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, pois esta pode apontar problemas e soluções que atendam mais diretamente às suas demandas.

Outras situações vivenciadas por pessoas com hipertensão arterial, e que no nosso olhar são lacunas, dizem respeito àquelas que relatam não se importar com a doença. Elas não controlam a pressão arterial. Fumam e optam por continuar a fumar em detrimento do cuidado com a saúde. Usam bebida alcoólica quando têm vontade, interrompendo o tratamento mesmo sabendo que não podem. Suspendem o uso do remédio da pressão ou esquecem de tomá-lo, mesmo relatando piora no estado de saúde. Comparam suas atitudes com as de um tabagista, porque consideram que estão se matando aos poucos. Usam o remédio, mas somente quando a pressão está elevada. O resultado dessa relação inconstante com a doença são agravos renais, crises hipertensivas e provavelmente outros agravos que surgirão com o

decorrer do tempo:

Não, não. Não me incomoda. Quando tenho que beber, e eu bebo mesmo. (risos). (...) Tomo sim. Não quero nem saber. Deixo a pressão para o lado e vou tomar minha cervejinha (muitos risos). A minha sobrinha fica falando e eu digo: ah! Eu sei que eu vou morrer um dia, então tenho que aproveitar. Eu já fumei muito, mas resolvi parar por causa do local onde trabalhava. Era um colégio. Então eu fumava escondida no banheiro. Aí resolvi parar de fumar. Basta ter força de vontade. (P3G2).

Eu não sou daquelas que vive tomando remédio todos os dias, não sou hipocondríaca, né? Então eu só tomo quando o negócio tá pegando, entendeu? Não deve ser assim. Tem que tomar todo dia. Eu sei, mas eu não sou daquelas pessoas de tomar remédio todo santo dia. Eu tomo um dia, aí tô tranquila, no outro dia eu não tomo, sabe? É, eu sei que tem que tomar todo dia. Eu sou consciente (risos). É, parece aquele fumante que sabe que faz mal, mas está se matando (risos). (P5G1).

Outra lacuna importante está relacionada às questões emocionais vivenciadas por algumas pessoas. Estas se consideram independentes, moram sozinhas longe de filhos e demais familiares. Relatam que precisam ter recursos próprios para se manter, entretanto, lamentam-se por suas condições sociais, financeiras, laborais, familiares e emocionais. Consideram-na instáveis emocionalmente, sem respostas aos seus anseios e objetivos, sem resolutividade e sem apoio de quem quer que seja. Tais condições produzem ansiedade, descontentamento e um sentimento bem evidenciado de revolta. Suas interações parecem não ter respostas satisfatórias tanto dos serviços de saúde, do seu ambiente de trabalho, do seu próprio viver, quanto das demais relações vivenciadas. Essas pessoas consideram seu viver sofrido e direcionam para este modo de viver as origens da doença, o descontrole da pressão arterial, bem como a impossibilidade de adesão ao tratamento.

Fica evidente uma relação conflituosa, sofrida e desgastante, na qual a pessoa não se sente apoiada em nenhum aspecto do seu viver. As questões emocionais surgem como lacunas que precisam ser atendidas e

se mostram por todos os componentes deste cenário (sociais, financeiros, laborais, familiares e de saúde), parecendo-nos uma importante barreira que impede, de certa forma, uma relação mais saudável com a doença e que necessita de um olhar diferenciado da rede de apoio social.

A falta do psicólogo na Unidade de Saúde também é sentida pelos profissionais, que não se sentem preparados para suprir esta lacuna e representar este papel. A enfermeira informa que presta atendimento psicológico para as pessoas, juntamente com a assistente social, entretanto, considera que há limites para este tipo de atendimento em função da necessidade de conhecimentos específicos, tornando-se o mesmo limitado.

Gorayeb (2000) afirma que já está firmemente estabelecido o conceito entre profissionais da área da saúde, e mesmo entre pacientes, da forte relação entre psicologia e hipertensão. Nos processos psicoterápicos, esses profissionais sabem a necessidade de as pessoas falarem a seu respeito, sendo este um excelente recurso psicoterapêutico inicial, uma vez que reduz o nível de tensão, permitindo um aprofundamento dos aspectos qualitativos nessas conversas. O autor evidencia, entretanto, que essa tarefa de estimular que a pessoa fale de si não é só de psicoterapeutas. É também responsabilidade de especialistas e clínicos gerais. Considera que um apoio psicoterápico específico deve ser recomendado na eventualidade da identificação de fontes específicas de estresse que a pessoa demonstre ser incapaz de manejar sozinho, respaldo não encontrado nos relatos dos profissionais pesquisados neste estudo, uma vez que eles acreditam que essa tarefa deve ser dirigida, sim, por profissionais específicos da área da Psicologia:

A gente precisa do psicólogo. A gente precisa bastante do psicólogo. Às vezes os pacientes chegam com tanto problema aqui com a gente, e a gente fica sem saber. Não temos como ajudá-lo. Eu escuto, mas é aí a conduta profissional? Como a gente vai ajudar como enfermeira, como médico? A gente não tem esse preparo. Às vezes, qual a estratégia que eu lanço aqui? É ouvir. Porque às vezes essa pessoa só quer desabafar, desabafar, desabafar. Eu digo: pode falar. Então eu ouço, ouço e aí? Vou orientar, vou dar uma orientação certa? Eu me limito a ouvir. (Pf3G3).

Pensamos que as lacunas identificadas são pontos estratégicos

que precisam de resolução para que as pessoas possam conviver melhor com sua condição de saúde. Como fica bastante evidente, algumas lacunas são abordagens que em alguns momentos são resolvidos e em outros não. Cabe aqui reunirmos esforços na intenção de compreendermos as causas de tais acontecimentos, bem como, além da compreensão, buscarmos resolução no sentido de tentar resolver as lacunas evidenciadas não somente pelas pessoas com hipertensão, mas também pelos profissionais e familiares.

SUBCATEGORIA 3: Possibilitando um viver melhor na presença da hipertensão arterial como resultado do apoio da rede de apoio social.

Ao destacar as consequências do apoio oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial, podemos evidenciar o quanto este apoio contribuiu para um viver melhor com a doença. As mudanças que acontecem no cotidiano dessas pessoas podem ter sido resultado dos diferentes tipos de apoio oferecidos nas interações com familiares e pessoas próximas, com a comunidade ou ainda por conta do apoio oferecido pelos profissionais e pelas instituições de saúde.

Resultados em forma de benefícios atingem tanto as pessoas com hipertensão arterial como também todos aqueles que participam da rede, uma vez que esta é uma das dimensões do apoio oferecido, mesmo que algumas pessoas não o reconheçam. Neste sentido, Fonseca; Moura (2008) afirmam que a interrelação social, a vida em sociedade, permite a criação de apoio social nos diferentes ambientes onde a pessoa se encontra, e este apoio acaba produzindo benefícios tanto para quem apoia quanto para quem recebe o apoio.

Esta categoria teve como um dos parâmetros para discussão as medidas de pressão registradas nos prontuários¹¹ das pessoas na Unidade de Saúde, bem como seus próprios relatos quanto a sentir-se ou não melhor, sentir-se ou não apoiado e o controle/descontrole da pressão arterial, sendo estes os aspectos que nos permitem compreender como a rede de apoio pode ser vista como uma possibilidade para um viver melhor com a hipertensão arterial.

Baseado nas diferentes percepções sobre os tipos de apoio oferecidos pela rede e suas consequências no controle da pressão arterial, podemos afirmar que, em alguns casos, tais percepções podem estar relacionadas à forma como as pessoas o reconhecem e o

¹¹ Medidas de pressão arterial registradas nos 21 prontuários pesquisados: mínimo - 17 registros; máximo - 61 registros.

vivenciam. Assim sendo, identificamos três diferentes grupos de pessoas na forma como avaliam diferentemente o controle da sua pressão e o vínculo com o apoio recebido, o que nos permitiu descrever as consequências deste apoio oferecido pela rede.

Para o **primeiro grupo de pessoas**, o apoio oferecido pela rede tem como consequência o cuidado e o controle da pressão arterial e ainda com repercussões positivas no viver bem com a doença.

A afirmação que os autores fazem quanto ao fato de que um bom suporte pode significar melhor controle da doença (THOITS, 1995; RAMOS, 2002; GRIEP, 2003; ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008), aqui neste estudo se expressa quando pessoas com hipertensão arterial consideram e reconhecem que o apoio oferecido pelos integrantes da rede tem como consequência o controle e a manutenção dos níveis normais da pressão. Nas crises hipertensivas, o apoio da rede também contribui para reverter esta condição:

(...) aí eu gritei. Minha filha me acudiu e disse que tava me dando um negócio. (...)? aí todos os vizinhos chegaram em casa (...) Aí a vizinha disse: Vamos pegar um pingo de limão na água (...) Meu filho chamou um carro e levou a gente pro médico - Glória Jesus! (...) Aí a médica passou um remédio e colocaram embaixo da minha língua e me deram uma injeção e aquilo foi passando, foi passando. (...) Quando eu fico nervosa, dá uma dor no meu estômago e dá logo vontade de baldiar (vomitar), aí pode correr e chamar alguém pra tirar a minha pressão, que a pressão tá alta. Aí tá pegando. (...) tá alta. Aí eu digo, meus filhos me ajudem que a pressão tá alta, que eu não vou agüentar. Aí eu fico com falta de ar e tudo. (...) Meu filho disse: Tá muito alta a pressão? Tá, tá muito. A médica mandou logo colocar o remédio debaixo da língua e ele colocou e baixou logo. (P4G1).

Consideram ainda o apoio da rede como importante ajuda para o cuidado da saúde, quando esta proporciona um apoio que atende às demandas originadas pela hipertensão arterial, contribuindo desta forma para o cotidiano e o enfrentamento das inúmeras situações vivenciadas e para o viver bem com a doença.

Abreu-Rodrigues; Seidl (2008), ao estudarem a importância do

apoio social às pessoas portadoras de eventos coronarianos, evidenciaram que o suporte social influencia na redução de comportamentos como consumo abusivo de álcool, não realização de atividades físicas e uso de tabaco entre essas pessoas. Os resultados confirmaram que o nível reduzido de suporte social esteve associado à baixa adesão a comportamentos de saúde que, por sua vez, relacionou-se diretamente à morbidade e mortalidade elevada dessas pessoas. Isto implica dizer que a disponibilidade de apoio social parece contribuir para adesão a atitudes e comportamentos que promovem a saúde.

Considerando a mesma consequência do apoio oferecido pela rede, isto é, o controle da hipertensão arterial, estão aqueles que apresentaram valores de pressão arterial totalmente descontrolados nas medidas iniciais e por longo período seguido ao início da doença, como observado nas medidas registradas nos prontuários. Estes, porém, afirmam que têm o controle de sua pressão arterial e que a rede de apoio colabora para que isso aconteça:

Não, ela não descontrola fácil, tanto é que eu nunca fiz um quadro assim de pressão tão alta. O máximo que já chegou foi 16/13, 16/14 no máximo, é isso. Porque também apesar disso eu tenho cuidado com a minha alimentação, com o sal, eu faço exercício. (...) Na verdade, eu acostumei e o pessoal também acostumou com essa comida. A comida é temperada, mas não é salgada. Depois disso, comecei a fazer dieta e comecei a cuidar da alimentação. Deixei de comer coisas salgadas e gosto muito de comer legumes e verduras e carne branca. Aí o pessoal entrou também no costume, mas o meu filho que mora comigo tinha dia que ele dizia que a comida tava doce. Eu dizia: Pega lá o sal porque tu podes comer eu não, aí é assim, mas agora é assim, ninguém mais reclama. Todos se acostumaram a comer comida com pouco sal ou às vezes sem sal. (...) Eu tenho em casa o aparelho que o meu filho me deu (...) Tenho uma nora que aprendeu a verificar a pressão e o meu netinho de dez anos também já sabe verificar a pressão. (...) Sim, meu marido ajuda porque ele colabora, quando a comida está salgada, ele diz para eu não comer porque senão vai me fazer mal e, quando ele vai comprar as coisas, ele compra coisas que eu posso comer, então ele se preocupa comigo

também. (...) quando tem aqui, eu pego no Posto, quando não tem, eu compro ou eu peço para o meu filho comprar (...) Porque eu fui ao cardiologista e ele disse que tinha que fazer uma atividade física. Era caminhada ou hidroginástica. Aí eu fiz a hidroginástica, depois apareceu a dança (P6G1).

Observamos que de fato existe esse controle referido, quando se considera que a referência está relacionada ao comportamento da pressão arterial nos últimos dois anos. As crises que os acompanharam por longo tempo não são consideradas quando fazem tais afirmações de controle da pressão. O início da doença foi atribuído à doença e morte de familiares, condições essas que permaneceram influenciando por longo tempo a saúde da pessoa com hipertensão arterial. O que fica claro aqui é que o controle que afirmam ter aconteceu de forma gradual, o que nos leva a dizer que havia submissão a ocorrências estressantes, ou seja, não conseguiam controlar a pressão arterial quando havia problema grave.

O apoio da rede não pode ser avaliado diretamente sobre a influência do controle da pressão arterial, mas há indícios de que algumas pessoas, quando contam com este apoio, têm maior possibilidade de controlá-la, fazendo então a avaliação da rede baseado neste resultado.

É interessante observar o quanto as pessoas destacam aqueles que, de alguma forma, ajudam no tratamento. Semelhantemente nos estudos de Bastos; Deslandes (2008), vários personagens foram referenciados como aqueles que, de alguma forma, colaboraram na resolução dos problemas que surgiram por conta dos agravos, assim sendo, referenciaram os agentes das instituições de saúde, familiares, amigos ou cônjuge, sendo destacado que a rede de suporte social, quando atuante, interferiu, melhorando as condições da família. Isto aconteceu tanto sob o ponto de vista econômico quanto do afetivo.

O **segundo grupo** de pessoas é composto por aquelas cujo apoio oferecido pela rede não é considerado ou reconhecido com tal, não causando nenhuma influência no controle da pressão arterial. Aqueles que consideram dessa forma referem sempre total descontrole dos valores pressóricos. Entretanto, os registros dos prontuários não expressam essas afirmações. Cabe enfatizar que essas pessoas relatam outras medidas de pressão em seu próprio domicílio e atendimentos em

diferentes locais que não a Unidade de Saúde, o que pode ter sido o referencial para essas informações de descontrole da pressão.

Outros fazem referência da pressão arterial elevada, pelas sensações corporais apresentadas e não por medidas que possam confirmar tais alterações, uma vez que, naquelas registradas nos prontuários, não há nenhuma alteração.

Este grupo se caracteriza por ter uma rede reduzida em tamanho e densidade, o que provavelmente pode contribuir para o não reconhecimento do apoio oferecido. Uma característica que chama a atenção para algumas é o cuidado que elas têm com a própria saúde, todavia não conseguem reconhecer as causas das alterações referidas, a não ser quando consideram os problemas emocionais vivenciados. Outros não fazem menção a nenhuma relação estável, além de se sentirem oprimidos em seu local de trabalho. São críticas com relação aos serviços oferecidos pelas instituições e veem nas mesmas muitas dificuldades para resolverem seus problemas de saúde. Consideram que não é possível manter o controle da pressão por toda a instabilidade emocional que vivenciam no seu cotidiano, como pode ser observado na fala a seguir:

Sou funcionária pública há 27 anos. Já dei meu sangue na instituição. Agora quer tirar do meu salário?! Eu entrei jovenzinha. Já trabalhei muito (...) Aí chega uma pessoa dessas para mexer nos nossos salários! Você sabe que já se ganha pouco, aí falar em diminuir, fazer ameaça que vai tirar, que vai fazer e acontecer, aí todo mundo fica com os nervos à flor da pele. É isso que está acontecendo aí no meu serviço. (...) Ninguém trabalha legal, ninguém tá satisfeito. Já trabalha preocupado. Eu já trabalhei muito. Já estou com 58 anos. Aí a gente fica na tensão, preocupada. E ainda mais eu na minha casa que eu sou o homem e a mulher. Moro sozinha. Meu marido foi embora de casa quando ele tinha 56 anos. (...) Eu sinto, eu sinto, quando a pressão está alta, porque eu não consigo dormir à noite, ninguém consegue dormir direito preocupado com o que pode acontecer. Quando chega para trabalhar já chega pensando no que pode acontecer. Já chega preocupado no serviço e fica pedindo a Deus todo o tempo que não permita que isso aconteça. Desse jeito não têm pressão que resista a uma situação dessas. Se tirarem

trezentos reais do meu dinheiro, como eu vou sobreviver? Não tenho marido, não tenho quem me ajude. Eu sou sozinha e Deus. Tenho empréstimos para pagar. (...) Tenho, tenho dois filhos, mas todos têm mulher e filhos. O que eles ganham mal dá para eles. Às vezes ainda sou eu que ajudo meus filhos. (...) Quantas noites de sono a gente perde... Eu sou revoltada, sabe? Porque aquelas pessoas que mais trabalham são as que menos ganham, entende? Eu não tenho lazer, porque eu não posso tirar cinquenta reais para sair e ir numa praia, passear. Não posso tirar cem reais para ir para um passeio, porque tudo é caro. (...) e isso me revolta, porque não podemos falar. Se eu pudesse falar, dizer o que sinto, desabafar, dizer tudo aquilo que está nos matando, o que a gente sente, entendeu? Dizem que a história do Brasil vai melhorar, vai melhorar nada... é isso. Então, não tem saúde que resista a isso, não tem ninguém que resista a isso. Não é verdade? (...) Não, porque nunca tem nada (refere à Unidade de Saúde). Tem três meses que eu vim aqui. Estou com a receita em casa. Perguntei agora para o rapaz ali na farmácia se tinha o remédio, ele disse que não tinha. (...) E aí, como é? (...) Viver com hipertensão arterial é sobreviver, sabe? Você saber que tem problema de hipertensão, você fica preocupado, toma aquele remédio, mas tem outras coisas que fazem com que essa pressão... tem toda uma história essa hipertensão. Essa hipertensão não acontece por acaso. São todos os problemas que eu estou dizendo para você, que fazem aumentar a pressão. São muitos problemas e eu não tenho direito a nada, porque não temos o direito de comer o básico como arroz e feijão, e quando come...porque o feijão está muito caro. Charque nem pensar! a carne está muito cara. O frango está caro. Então, o povo vive do jeito que pode, dando sempre um jeitinho: uma farofinha de ovo aqui, entende? O povo brasileiro vai sempre dando um jeitinho. Compra cinco ou seis ovos, faz uma farofa e toma com café e pronto, entendeu? (...) Mas por que isso? Porque, se todos ganhassem bem, tivesse bons salários e vivesse

melhor, teriam bem menos problemas de saúde. Agora desse jeito que a pessoa vive, vive constantemente com dor de cabeça, aí vem a pressão alta, vem a diabetes, aí tem problema de coração, é isso. Nada é por acaso, sempre tem um porquê. (P5G1).

Ainda quanto àqueles que não reconhecem o apoio oferecido pela rede como uma possibilidade de controlar a doença, existem os que se consideram totalmente independentes e mantenedores de todo o controle da hipertensão arterial e de tudo o mais que os cercam, sem considerar o apoio de quem quer que seja. Observamos nos registros que, de fato, não há descontrole da pressão arterial, exceto pela presença de apenas um pico hipertensivo em todas as medidas registradas. Neste grupo, existem pessoas que são muito críticas em relação aos funcionários e serviços oferecidos pelas instituições de saúde, bem como quanto ao sistema de saúde como um todo, entretanto, não se sentem vitimados, tampouco se lamentam pela condição de usuários deste serviço, como outros o fazem. O que podemos considerar é que as pessoas que apontam mais lacunas nessa rede e se consideram vítimas delas de fato têm mais dificuldade em controlar ou em perceberem o controle da pressão, ao contrário daquelas que, mesmo tendo um olhar mais crítico sobre os serviços de saúde, não se sentem vitimados pelo sistema, fazendo suas críticas de modo saudável. Estes mantêm o controle da pressão, não reconhecem o apoio, mas usufruem dele.

A visão de mundo vivenciada pela pessoa, ou seja, como ela se percebe e o que valoriza, influencia sobre o modo como ela percebe o controle de sua pressão arterial. Aquelas com vida de sofrimento percebem a pressão arterial como sempre descontrolada mesmo que os registros mostrem o contrário. O apoio que recebem não é reconhecido como tal ou este realmente é influenciado pelas limitações nas relações pessoais ou ainda, não é reconhecido pelo fato de que o apoio oferecido não atende às demandas tão específicas que são valorizadas e requeridas por essas pessoas.

O **terceiro grupo de pessoas** e suas percepções quanto ao apoio oferecido e a consequência deste para o controle da pressão arterial constitui-se daquelas que, mesmo considerando, reconhecendo e destacando o apoio recebido de todos os integrantes da rede, apresentam pressão arterial totalmente descontrolada, não sendo, portanto, este um fator que influencia no controle da doença, como observamos nas

medidas registradas nos prontuários. Aqui, mesmo com uma rede cuja dimensão de tamanho e densidade seja atendida, o controle da pressão arterial não acontece, entretanto a percepção a respeito de como se sentem é bastante positiva. Não se consideram doentes, mantêm uma autoestima elevada, não lamentam o fato de a pressão arterial se manter instável e convivem muito bem com esse risco. A capacidade de ajudar os outros, mesmo quando a saúde é instável, parece ser o foco da maioria dos momentos vividos:

Hummm, aqui são os cuidados que a gente deve ter. O que são demandas? (...). Ah! então isso é o que eu faço: eu faço dieta, controlo a pressão... ela é alta, mas eu vejo sempre, só que nas consultas já tem 2 ou 3 meses que eu não vou lá com a minha médica. Hum... medo das repercussões? Não, eu não tenho medo dessa doença e nem de doença nenhuma. Eu nem ligo pra elas. Eu não me sinto doente, sabia? To aqui com a perna toda inchada, quase não posso andar, mas sabe o que eu vou fazer mais tarde? Vou para minha igreja. Eu não vou ficar em casa por causa disso (risos). (...) Eu uso o apoio espiritual para continuar a viver. Sabe por quê, mana? Eu encontrei Jesus, aquilo que antes eu não encontrava. Eu achava que o mundo estava se acabando para mim, estava indo. (...) Visita? Ah! Essa é que eu não deixei de fazer mesmo. Vou de muleta ou vou bem devagar, mas vou. Às vezes chego aqui rebocada (risos). Gosto de visitar os doentes. Eles estão mais doentes do que eu. Eles precisam de apoio, entende? (...) Ah! têm dois meses que eu não tomo remédio pra nada, nem pra pressão, nem pra artrite, artrose, nada. (...). Quando você tem a mente despreocupada de problemas..., ah! Porque as pessoas não podem criar os problemas, porque problemas todos nós temos, temos que ter os altos e os baixos e nós temos que saber superá-los. (...) Mas sabe o que acontece? Você vai criar um drama tão sério que aquilo vai transformar essa ferida em maior, maior, até se acabar. Aí a pessoa fica cheia de... como é aquilo? (...) é, isso, neurose. Fica cheio de neurose, criando coisas que não tem. Não é assim. O que tem, você tem que fazer de conta que não tem. Fazer uma autossugestão (...). É por isso

que eu digo que eu faço na minha mente uma auto-análise, porque como eu posso querer me curar, se eu colocar problemas maiores na minha mente? Porque a mente é o centro principal de tudo. Você não ama sem a mente, você... primeiro de tudo, eu me amo muito, eu gosto de mim, eu gosto como Deus me fez. Então, minha filha, eu já to na vida muito melhor, então por que eu tenho que me queixar? (...) Isso, isso é trabalhar a mente. É você estar bem consigo mesma, é não buscar problemas, nem nada. Quando você estiver com problemas, faça como eu, feche os olhos. Eu entrego nas mãos do Senhor e digo o problema é seu. Resolve. Pronto, aí eu passo a viver. Eu começo a cantar meus louvores e eu sou feliz. Eu digo na igreja, eu dei testemunho há poucos dias. Eu disse: eu sou um milagre vivo do Senhor. Quantos médicos tinham dito que eu ficaria na cadeira de rodas? Que eu não ia mais andar, aqui e ia parar a minha mente totalmente, sem ter mais condições nem de olhar para dentro de mim mesma? Nem reconhecer quem eu era? De repente as coisas mudaram! Primeiro você tem que ter fé, acreditar que Jesus existe e deixar que ele trabalhe na sua vida. O resto é você também se ajudar. (P3G1).

Aqui podemos considerar que a forma de ‘encarar’ a vida e aquilo que tem como objetivo – ajudar aos outros – é o fator que mais contribui para a sensação de não estar doente, mesmo que algumas dessas pessoas já tenham apresentado algumas complicações da doença, como episódios de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Para estes, mesmo que o apoio oferecido pela rede não afete diretamente o controle da pressão arterial, ele contribui para um viver melhor. Assim sendo, essas pessoas se sentem mais satisfeitas com a vida que levam por fazerem tudo o que sentem vontade no seu dia a dia, sem se importar com a doença.

Ao lado do apoio social, a autoestima parece ser outro aspecto que tem sido considerado como determinante na recuperação da saúde daqueles com doenças cardiovasculares, tendo essa sido relacionada a baixos níveis de depressão bem como elevada qualidade de vida (SILVÉRIO et al., 2009). Em função dessas afirmações dos autores,

cabe aqui esclarecermos que, nos relatos que apresentamos, mesmo ficando evidenciado que o controle da pressão arterial não acontece em conformidade com o que é preconizado cientificamente (VI DIRETRIZES,... 2010), não implica dizer que a pessoa com hipertensão arterial não tenha qualidade de vida, uma vez que a autoestima originada pelos demais aspectos vivenciados no cotidiano é bastante elevada, ficando o descontrole da doença em plano secundário. Neste sentido, o argumento em favor da ideia de que as relações sociais podem de diversas formas, promoverem melhores condições de saúde, tem sido predominante. Tanto a ajuda recebida quanto a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico (RAMOS, 2002).

Diferentemente desses, o que se vê no segundo grupo são pessoas que necessitam de maior atenção da rede no sentido de serem orientados, conduzidos e estimulados a absorverem o apoio ou terem maior percepção do apoio oferecido ou ainda melhorarem as relações vividas, a fim de que possam alcançar melhoria na autoestima, para que, dessa forma, possam olhar a vida de maneira mais positiva, e não tão negativa como mostram seus relatos.

Aqueles que veem como consequência do apoio oferecido o cuidado e controle da hipertensão arterial, consideram o atendimento as principais demandas e outras originadas pela doença, mostrando que os diversos tipos de apoio oferecidos e recebidos ajudam a viver com mais harmonia, o que pode resultar em autonomia para a pessoa com hipertensão arterial.

Torna-se necessário enfatizar que as mudanças evidenciadas não podem ser relacionadas especificamente a um ou outro integrante da rede ou somente à própria pessoa com hipertensão arterial, mas, sim, como sendo resultado de uma interação existente na rede de apoio.

Aos que não reconhecem e, por conseguinte, não consideram os resultados do apoio oferecido pela rede, é provável que este suporte pode não ser suficiente e adequado às necessidades da pessoa, cabendo a todos os integrantes descobrir os prováveis obstáculos presentes nessa interação. A baixa percepção ao apoio oferecido também pode impedir o reconhecimento deste.

5 MODELO TEÓRICO “VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”



Diagrama 11: Modelo Teórico: “Vivenciando a Rede de Apoio Social de Pessoas com Hipertensão Arterial”

5.1 APRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO “VIVENCIANDO A REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”

A categoria central “**Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial**” foi formada por categorias que expressaram como a rede de apoio surgiu em meio às demandas vivenciadas pelas pessoas portadoras da doença, passando a viver na condição da cronicidade advinda da hipertensão arterial.

A Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) nos possibilitou evidenciar a interação e a articulação entre a categoria

central e as demais categorias, revelando dessa forma, o fenômeno que foi a formação da rede de apoio social das pessoas com hipertensão arterial, mostrando o modelo paradigmático e seus elementos que se expressam como Condições Causais, Contextuais e Interventoras; Estratégias de Ação-Interação e Consequências.

As demandas representadas pela categoria “**Reconhecendo as demandas da pessoa com hipertensão arterial**” foi considerada a Condição Causal da Teoria Substantiva, por terem se originado em decorrência da doença, passando então a serem necessidades que a pessoa precisa lidar para fazer frente à condição de cronicidade imposta pela hipertensão arterial. As demandas evidenciadas pelas pessoas foram apresentadas e discutidas nas subcategorias ‘Necessitando realizar a dieta’; ‘Aferindo a pressão arterial’; ‘Necessitando realizar atividade física’; ‘Buscando tratamento medicamentoso’; e ‘Prevenindo e controlando as complicações oriundas da hipertensão arterial’. As subcategorias indicam as demandas que precisam ser atendidas e vivenciadas pela pessoa com hipertensão arterial na intenção de controlar a doença. A forma como isto acontece está relacionada diretamente à rede de apoio social e às percepções da pessoa envolvida, que é aquela quem determina esta relação.

As demandas acontecem em cenários que foram evidenciados na Categoria “**Conhecendo os cenários do viver daqueles com hipertensão arterial**”, sendo esta a Condição Contextual da Teoria Substantiva, expressa nas subcategorias ‘Conhecendo a estrutura familiar e de outras pessoas próximas no contexto da comunidade’; e ‘Conhecendo a estrutura do serviço de saúde da comunidade’. Nesta categoria, foram destacados cenários físicos e estrutura do ambiente familiar, da comunidade e do serviço de saúde. Estes são influenciados pelas diferentes formas de ver e vivenciar tais cenários. Composto esses espaços estão as pessoas com hipertensão arterial, seus familiares, seus vizinhos e demais pessoas próximas; profissionais de saúde; instituições como a igreja, a Unidade de Saúde, a Pastoral da Saúde e a Federação Espírita Paraense.

Como destaque na discussão desta categoria, consideramos a ambiência nos serviços de saúde por ser um aspecto que implica diretamente na condução e comportamento da pessoa com hipertensão arterial no que diz respeito à sua relação com a doença. A estrutura familiar foi considerada a partir de seus elementos internos e externos, que envolvem a composição da família e as questões de gênero, sendo este também um fator de destaque, uma vez que esta relação implica no lidar com a doença.

Este lidar com a doença envolve o apoio da rede, assim sendo, a Categoria “**Identificando os tipos de apoio social oferecidos às pessoas no seu viver com hipertensão arterial**” mostra os tipos de apoio que emergiram da percepção tanto das pessoas com hipertensão arterial quanto dos demais integrantes da rede, sendo estes apoio emocional, apoio informacional e apoio instrumental. Esta categoria, considerada Condição Interventora da Teoria Substantiva, por ser aquela que “suaviza o impacto da condição causal no fenômeno” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 131), foi composta pelas subcategorias ‘Identificando o apoio emocional oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial’; ‘Identificando o apoio informacional oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial’; e ‘Identificando o apoio instrumental oferecido pela rede às pessoas com hipertensão arterial’. Evidenciamos que os tipos de apoio oferecidos às pessoas com hipertensão arterial, vindo de diversos integrantes da rede de apoio, é uma forma de ajudá-las a viverem melhor com suas condições de cronicidade, tendo sido os tipos de apoio emocional e instrumental aqueles mais evidenciados, não obstante ao não reconhecimento de alguns ao apoio oferecido. A estes cabe aos integrantes da rede um olhar mais atento e ainda uma interação mais próxima na intenção de que ambos tentem evidenciar prováveis demandas que não sejam alcançadas pela rede ou aspectos que estejam contribuindo para o não reconhecimento do apoio oferecido.

Pela necessidade de terem suas demandas atendidas, as pessoas, conscientemente ou não, utilizam inúmeras formas de interação como estratégia, onde mobilizam familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho; comunidades, instituições de saúde e seus profissionais; igrejas e seus dirigentes; organizações não governamentais; enfim, inúmeras pessoas e inúmeros segmentos da sociedade.

O apoio oferecido pela rede acontece a partir de interações que se estabelecem entre a pessoa e todos os demais integrantes da rede de apoio social. Tais interações foram consideradas como importante estratégia utilizada pelos integrantes da rede com o objetivo de conduzir o fenômeno, podendo influenciar na formação e ação da rede de apoio social, e consequentemente, no viver daqueles com hipertensão arterial. Assim sendo, a Categoria “**Utilizando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial**” considerada como Estratégias de Ação/Interação da Teoria Substantiva, foi composta pelas subcategorias ‘As interações como estratégias no contexto familiar e de outras pessoas próximas’; ‘As interações como estratégias nas relações com a comunidade’; e ‘As

interações como estratégias nas relações com o serviço de saúde'. A interação foi considerada uma estratégia complexa por ser este um elemento por si só cercado de diversidades que influenciam na forma como o apoio será oferecido/recebido. Esta estratégia é considerada um ato proposital ou deliberado praticado pelos integrantes da rede de apoio na tentativa de resolver os problemas que surgem na condução do viver na cronicidade da doença. O termo ação/interação é um conceito importante, dizem Strauss; Corbin (2008), uma vez que denota o que acontece entre pessoas e grupos e ainda engloba as revisões que ocorrem dentro das próprias pessoas, ou seja, se referem às reflexões que as pessoas podem fazer na intenção de compreenderem, aqui, neste estudo, suas atitudes frente à doença e tudo aquilo que esta lhes impõe. Foi interessante notar que as interações são utilizadas por todos os componentes da rede de apoio social, não sendo esta restrita à pessoa com hipertensão arterial. Dessa forma, fica evidenciada a dinâmica da rede e como isso se estabelece para um viver melhor com hipertensão arterial.

A rede de apoio social, enquanto fenômeno percebido em todas as categorias, concede ou pelo menos tem a intenção de conceder, como afirmamos anteriormente, um viver melhor mesmo na presença da doença. Assim sendo, a Categoria **“A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial”** foi considerada a Consequência da Teoria Substantiva, uma vez que evidenciou os resultados alcançados ou pretendidos pela rede de apoio social, que, na dinâmica proveniente dos esforços realizados no processo de interação vivenciado, estabeleceu seus resultados. Os resultados foram apresentados nas subcategorias ‘Valorando a rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial’; ‘Indicando suas lacunas da rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial’; e ‘Os resultados do apoio da rede como possibilidades de um viver melhor na presença da hipertensão arterial.

Strauss; Corbin (2008) ressaltam que, sempre que houver ação/interação ou a ausência deste elemento componente em resposta a um problema ou questão, há limites de consequências. Assim sendo, este último elemento delineou não somente os resultados que surgiram através da interação da rede e o valor dessas, na intenção de explicar como elas alteram a situação do viver com hipertensão arterial, mas também as lacunas e o quanto ainda é preciso avançar no sentido de atender às demandas originadas pela hipertensão arterial.

A categoria central “Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial” mostra muito mais que atuações da rede de apoio. Sua principal mensagem analítica diz respeito à vivência

não de apenas uma pessoa ou um grupo, como por vezes nos reportamos ao longo das análises. Após lançar mão de vários termos conceituais, ao final não temos mais dados específicos dessas pessoas e/ou grupos, ou de uma instituição ou ainda de um segmento da comunidade, mas, sim, teremos conceitos gerais e relevantes que mostram como viver na presença de uma doença crônica, o que aumenta a possibilidade de a teoria ser aplicada em outros estudos ou grupos. Isto nos é permitido pelo grau de abstração que a categoria central alcança por meio de suas propriedades e dimensões, ou seja, por meio de suas características e abrangência, respectivamente, mostrando um conjunto de conceitos interrelacionados que se ocupa em mostrar como se pode viver com hipertensão arterial através do apoio de outras pessoas que formam a rede de apoio.

Vivenciar a rede de apoio pode ser considerado como uma experiência relacional vivida ao longo do dia a dia das pessoas com hipertensão arterial, que, no lidar com a doença, passam a criar estratégias para esta relação.

A essência do vivenciar a rede de apoio, que foi mostrada através de conceitos e associações entre eles, nas relações implícitas e explícitas, é mostrada sob a perspectiva da pessoa com a doença crônica, uma vez que, como afirma Canesqui (2007), ao longo do tempo, essa condição sempre foi mostrada através de uma tradição de seguir um formato que torna essas pessoas bastante semelhantes quanto aos aspectos clínicos, como podemos observar em pesquisas epidemiológicas, obviamente não desmerecendo sua importância. Mas o que queremos afirmar é que vivenciar a rede de apoio de pessoas com hipertensão arterial é mostrar a vivência com a doença de forma não erudita de viver a enfermidade, afastando-se dos aspectos clínicos de lidar com a mesma e mergulhando num processo de viver considerando as decisões, as opiniões, as crenças e os valores dos envolvidos, que, cultivando uma vivência através de simbologias, religiões, formas de pensar e de ‘encarar’ a vida, contribui para moldar a forma de viver com a doença.

A categoria central mostra que o viver com hipertensão é construído nos próprios contextos socioculturais com as intersubjetividades vividas pela pessoa e baseadas nas suas perspectivas e, em alguns momentos, dos demais integrantes da rede de apoio social, sendo esta intersubjetividade a interação entre diferentes pessoas que constitui o sentido cultural da experiência humana e está relacionada à possibilidade de comunicação, expressando que o sentido da experiência seja compartilhado por outras pessoas (JAPIASSÚ; MARCONDES,

2008). Entretanto, quando esta categoria central expressa o que significa esta vivência, ela sai dessas perspectivas pessoais e, ultrapassando o mundo individual, mostra as possibilidades vivenciadas por inúmeras pessoas ou grupos que, ao se descobrirem num viver pautado por uma doença crônica, necessitam compreender seu significado e descobrir inúmeras possibilidades de como enfrentar tais condições. Vivenciar é ser capaz de evocar a memória, reconstituir e avaliar significados ou mesmo fornecer sentido aos eventos e às experiências, compartilhar valores e representações que não são apenas individuais, mas são também coletivos.

Essa transição do individual para o coletivo, mas baseada nos aspectos do ser individual, que a princípio até pareceria uma contradição, foi possibilitada pelo uso da *Grounded Theory*, que permitiu fazermos essa transição não como um processo estanque, mas como um processo dinâmico de mergulhar nos dados brutos extraídos das pessoas e emergir com uma categoria central que expressa uma Teoria Substantiva. É um processo que teve começo, mas não tem fim, uma vez que não se esgotam aqui as possibilidades de descobrir como viver na cronicidade da hipertensão arterial ou de outra condição crônica.

5.2 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO

Para sustentar a criação desta *Teoria*, na intenção de que ela seja mais do que um conjunto de dados e resultados e de fato ofereça uma explicação sobre o fenômeno “o emergir da rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial”, torna-se necessária a validação da mesma. A validação da estrutura teórica de referência é um critério imprescindível para imprimir rigor científico à pesquisa (GOMES, 2005; BACKES, 2008). Assim sendo, para sustentar o modelo teórico “Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial” aqui apresentado, tornou-se necessário realizar o processo de validação.

A validação é uma questão central na pesquisa qualitativa que tem levantado muitos debates, com divergentes posicionamentos quanto a este processo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Tal qual a diversidade de posicionamentos quanto à validação, também diversas são as maneiras de estabelecer essa validade.

Uma vez terminada a investigação, pergunta-se: “Como será

julgado o mérito deste trabalho”? Strauss; Corbin (2008) consideram que quaisquer preceitos utilizados para julgar esse tipo de pesquisa qualitativa precisam ser ajustados às realidades dessas e às complexidades dos fenômenos sociais que tentamos entender. Esses preceitos científicos incluem critérios como importância, compatibilidade de observação da teoria, generalização, consistência, capacidade de reprodução, precisão e verificação. Porém, para as pesquisas sociais, devemos ter cuidado com o uso de alguns desses critérios. Para exemplificar, tomemos como padrão a capacidade de reproduzir resultados. Os autores consideram que essa capacidade dá credibilidade aos resultados de qualquer pesquisa, porém conseguir reproduzir fenômenos sociais pode ser difícil, uma vez que é quase impossível, senão impossível, reproduzir as condições originais mediante as quais aconteceu a coleta de dados ou ainda conseguir controlar todas as variáveis que possam afetar os resultados (ibidem). Essa é a diferença apontada pelos autores entre fazer pesquisa no laboratório e fazer pesquisa baseada no dia a dia das pessoas onde os fatos e os acontecimentos seguem o curso natural. Realmente, acreditamos ser impossível reproduzir as condições originais em que os dados foram coletados. Entretanto, qualquer que seja o critério utilizado, esse precisa ser deixado bem claro na validação da pesquisa.

Semelhantemente aos estudos de Souza (2010), para efetuar a validação da teoria, utilizamos como referência o Modelo Teórico “Vivenciando a Rede de Apoio de Pessoas com Hipertensão Arterial”. As estratégias de validação atenderam ao critério de avaliação da qualidade – validação comunicativa – proposto por Bauer; Gaskell (2002), bem como aos critérios centrais propostos por Strauss; Corbin (2008), específicos da Teoria Fundamentada nos Dados: Ajuste, Compreensão, Generalização teórica. O critério ‘controle’ não pode aqui ser atribuído por requerer a aplicação do modelo, o que ainda não aconteceu, fato que pretendemos realizar.

A validação comunicativa proposta por Bauer; Gaskell (2002) busca averiguação entre o que os integrantes da rede de apoio vivenciam e o que o Modelo Teórico consegue representar, nesta fase, não mais na expressão verbal como inicialmente, mas, sim, e obrigatoriamente, na abstração dos dados. Assim sendo, utilizamos a validação comunicativa para averiguar se o modelo construído conseguia representar as percepções dos integrantes da rede e, conseqüentemente, se os mesmos vivenciavam essa construção. A teoria surgiu a partir dos dados brutos (os dados coletados através das entrevistas), representando uma interpretação abstrata desses dados, logo, é importante determinar a

relação entre esses dois aspectos: a abstração e os dados brutos. Determinar esta relação pode ser realizado de diferentes formas, sendo que uma delas é comparar o esquema criado com os dados brutos, fazendo uma análise comparativa de alto nível. Outra forma é contar a história real aos que participaram do processo ou ainda pedir que os mesmos leiam e em seguida comentem como essa história se ajusta a seus casos. Eles deverão ser capazes de se reconhecerem neste processo ou em parte dele, uma vez que é natural não se ajustarem em todo o processo, pois a teoria é uma redução dos dados, entretanto, os conceitos mais amplos devem se aplicar aos participantes. (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim sendo, o método de validação consistiu na utilização desses aspectos considerados pelos autores como o *ajuste*, a *compreensão* e a *generalização teórica*.

A validação consistiu em apresentar a figura do modelo teórico para aqueles escolhidos e que compuseram o grupo que chamamos de “Grupo de Validadores do Modelo Teórico”. Junto com a apresentação da figura onde constam a categoria central e as categorias que compõem os elementos do Modelo Teórico, apresentamos também as subcategorias que as compõem. Foi intencional a não apresentação do referencial metodológico como fizeram outros pesquisadores (GOMES, 2005; SOUSA, 2008; SOUZA; SILVA, 2010), uma vez que os escolhidos para o processo de validação desconheciam o método utilizado – *Grounded Theory*. Apresentamos apenas o objetivo da pesquisa e como surgiram categorias e subcategorias, bem como a relação entre elas. Informamos claramente que o Modelo Teórico foi proveniente das entrevistas realizadas com todos aqueles que participaram da pesquisa tais como as pessoas com hipertensão arterial, os familiares, os profissionais de saúde da UMS Satélite e representantes de outros segmentos da comunidade.

Participaram da validação do Modelo Teórico oito pessoas, sendo três portadoras de hipertensão arterial entrevistadas e uma não entrevistada anteriormente, um familiar e três profissionais de saúde, entrevistados ao longo do processo de coleta e análise dos dados. A intenção era identificar se o grupo de validadores se ajustava ao que estava sendo apresentado, se compreendia o Modelo Teórico e ainda fosse possível generalizar outras situações ou vivências.

Baseado na análise dos depoimentos dos participantes, evidenciamos essas etapas do processo de validação, como seguem alguns exemplos. As pessoas com hipertensão arterial, ao comentarem sobre o modelo, em particular, perceberam-se nele, fazendo comparações com sua experiência, detendo-se, principalmente, em

categorias que envolveram suas redes de apoio social, os tipos de apoio oferecidos/recebidos, bem como a conexão entre as categorias do Modelo Teórico.

Quanto ao aspecto de **ajuste**, esta etapa do processo de validação teve como objetivo verificar se a teoria é fiel à realidade do dia a dia das pessoas com hipertensão arterial, acontecendo uma aproximação com o que é vivenciado por elas na dinâmica da formação da rede de apoio social:

Aqui vocês estão querendo criar alguma coisa para cuidar das pessoas que têm hipertensão arterial? É isso? Seria ótimo mesmo, eu acho, porque esse negócio da pessoa só tomar remédio não funciona, por exemplo, a mamãe. O tratamento dela é só esse remédio mesmo. Ela toma esse remédio para controlar a pressão e mais nada. Então, eu acho mesmo que seria melhor se tivesse um recurso além desse remédio. Toda noite tem que tomar aquele comprimidinho e mais nada. Eu acho que, de primeira assim, que eu tenho para falar é que seria muito bom se tivesse mesmo um recurso melhor para que a mamãe pudesse ir, ou outra pessoa que sofra desse problema para que fosse tratado melhor. Espero que isso seja verdadeiro e que implantem isso. (VIFmG6).

Minha mãe já teve AVC e meu pai também, só eu que ainda não tive. É, eu acho que eu me encaixo nisso que eu estou lendo. Parece que encaixo aqui nesse primeiro (refere-se à primeira categoria). A minha mãe teve AVC em dezembro e já teve um princípio de enfarto antes. Ele tem 79 anos. Já fez até um cateterismo. (...) A única coisa que perturba a mamãe é a pressão, mas a pressão dá normal às vezes dá 11. Olha, eu me encaixo também aqui nesses outros porque todo dia eu verifico a pressão dela. Em casa me preocupo com a dieta da minha mãe porque o meu pai e o meu irmão não fazem dieta. Eles comem tudo, tudo mesmo. Eu que trago a mamãe para consultar. Deus o livre! minha mãe é minha mãe. Eu fiquei acabada quando ela adoeceu, fiquei mais assim por causa da doença dela. Então, eu acho que eu dou esse apoio para minha mãe. (...)

porque meu irmão gosta todo dia de comer feijão e não faz dieta. Ele já teve um AVC hemorrágico, mas ele é muito teimoso (...) Ele não tem quase a pressão alta, porque eu sempre tiro a dele também. A do papai é mais alta. O meu irmão toma o captopril® de 12,5 mg. (...) É, no meu caso, eu cuido de mim da minha família. Cuido muito da minha mãe, porque Deus o livre, minha mãe! Aquela ali... o meu pai já é mais teimoso, como eu lhe disse. E o meu irmão, com esse não tem nem conversa. (V8PG6).

A instituição de saúde que eu tenho é aqui o posto médico. Olha, esse é meu neto (está presente no momento) agora ele mora aqui perto e ele vem sempre aqui comigo. Tem o irmão dele que mora em Barcarena (município do interior). São eles que me ajudam. Eu que criei eles dois. Eu tenho muitos netos, mas quem me dá apoio são esses dois, apoio material e emocional também. Quando preciso, eu estou sempre incomodando eles (risos). Dos filhos, tem um que me dá apoio sentimental e material, me dá mais. Tem outro que tá meio sumido, mas vem saber quando é pra me levar para o hospital. Ele trocou a torneira que estava vazando e disse que vem amanhã olhar. Pois é, esse é um apoio que eu tenho, meus filhos, meus netos... São esses moleques que eu criei que agora estão aqui. (...) Bem, eu tenho o apoio dos netos, dos filhos como já disse. Pegando remédio quando tem na UMS..., agora já nem tem mais. Os meus remédios eu compro. A consulta antes era mensal agora é de dois em dois meses. Também na hidroginástica e na nataçãõ os profissionais são muito bons, são atenciosos, dão apoio. Não são médicas nem enfermeiras mais tem orientação e nos dão todas as orientações necessárias, o que temos que fazer, como temos que fazer, sabe? (...) É o que eu faço mesmo. O que eu não fazia muito, mas agora eu tenho feito que é comer sem sal. Tenho feito comida insossa, porque eu não gosto de comer sem sal, mas eu estou comendo. A Amélia sempre brigou comigo por isso, mas agora eu estou comendo assim, sem sal. É isso? (...) É, está sim viável (refere-se ao

Modelo Teórico) (...) Verdade! Eu consegui me encaixar mesmo. (V2PG6).

Semelhantemente ao estudo de Souza; Silva (2010, p. 163), “os validadores, ao descreverem o modelo, mostraram a interligação entre os componentes, num movimento multidirecional” que, no caso do nosso estudo, contemplava a experiência com a cronicidade vivida por conta da hipertensão arterial, evidenciando o dinamismo preconizado na *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados. As categorias apresentadas foram consideradas representativas dessa dinâmica. Tanto as pessoas com hipertensão arterial quanto familiares e profissionais expressaram, através de exemplos e de comparações com sua própria experiência, sua concordância com o que estava descrito no modelo, no sentido de que as categorias integrantes refletem os momentos vivenciados, cada um na sua dinâmica e nas suas experiências com a doença.

Os validadores compreenderam o Modelo Teórico apresentado, mesmo aquele que não havia sido entrevistado anteriormente (V8PG6), parecendo ficar claro neste modelo o fenômeno, que foi a formação da Rede de Apoio Social de pessoas com hipertensão arterial.

Quanto ao aspecto da **compreensão**, verificamos se os validadores compreendiam o modelo através da visualização da figura apresentada e de nossa explicação sobre como este surgiu através das conexões entre categoria central e demais categorias a ela relacionadas, sem intencionalmente expressar o significado desta figura. Mesmo assim, esses dois aspectos (a figura e seu significado) foram destacados por alguns avaliadores. Outro validador, sendo este um profissional, fez um relato de sua realidade vivenciada na Unidade de Saúde, relacionando-a com a trajetória da pessoa com hipertensão arterial e identificando em cada uma das categorias do Modelo Teórico apresentado aspectos desse seu cotidiano da vida profissional:

Gostei muito dessa mão que está aqui, parece que está distribuindo ajuda. Gostei. Para mim tem um sentido, para mim: essa mão vem aqui argumentando com cada um desses textos principais (refere-se às categorias). Esses outros textos aqui (subcategorias) parece-me que seriam as soluções. Pode ser assim? Esse é o meu pensamento. Porque aqui (refere-se ao modelo) é a conclusão de tudo o que você fez: as visitas, as entrevistas, as conversas. E, mesmo a gente lendo,

dá para compreender. Mas as soluções estão aqui (refere-se às subcategorias), então a gente pode expandir e pode fazer o relato de cada um desses textos (categorias). (V3PG6).

Acredito que esta aqui (categoria) seria relacionado à unidade de saúde, aos gestores, pois eles podem identificar e resolver essas demandas dos pacientes. Penso assim. Ah! Mas eu estou aqui também porque na verdade está tudo interligado, entendeu? (...) Acredito que eu estou em todos os passos aqui e que tudo está interligado desde o diagnóstico, tratamento e também prevenção. (...) Gostei das mãos entrelaçadas, dá idéia de... apoio ou ajuda. É isso? (V7PfG6).

Bem, a partir do momento em que o paciente é identificado, dá-se então início e segmento ao tratamento, procurando atender às suas necessidades. (...) Isso é colocar o paciente no contexto, certo? Por exemplo, vamos dizer já identificou, já fez a matrícula, faz o acompanhamento. (...) Acho que aqui entra a equipe interdisciplinar, tudo aqui. (...) Aqui é uma necessidade que a gente sente: a falta da nutricionista, a falta do psicólogo, né? Deu para perceber. Aqui tem médico, tem enfermeira, tem assistente social, mas tem coisas que a gente não consegue resolver. (...) Então eu penso que aqui as condições interventoras elas ficam prejudicadas por causa disso, porque não tem toda a equipe aqui na unidade de saúde. Outro caso aqui é quando a pessoa chega para ser atendida e não tem médico, porque os médicos têm horário, mas existem momentos em que não tem médico na unidade. Então, como atender uma pessoa que está precisando de ajuda? Penso que isso aqui também entra em condições interventoras. (...) Penso que essa interação, eu acho assim só de estar disposta a atender... às vezes não vai nem resolver o problema, mas está aqui e dispostos a atender. Penso que pode encaixar aqui nesta categoria. (...) Sabes que a gente não tem condição de sair da Unidade, mas

já aconteceu de a gente dar atendimento a pessoas que não puderam vir aqui. Penso que é uma interação da instituição com o paciente. Aqui dentro da unidade somos restritos, não tem como sair daqui para fazer atendimento na residência. (...) Seria tão bom trocar experiências, falar da sua vida. Sempre um fala uma coisa que pode servir para o outro. (...) Bem, como estratégia a gente até poderia... assim, se pudéssemos trabalhar só com um grupo de hipertensos, são coisas que a gente poderia promover. (...) Na verdade, tem muita coisa que precisa ser explorado como estratégia de ação e interação, mas e a gente não explora, por exemplo, como a interação mesmo com a família, com todos os profissionais, enfim... (...) Eu acho até assim, que às vezes essas consequência, as mais desastrosas, é quando a gente não tem boas estratégias, até de acolhimento. Como acolher? O acolhimento é uma estratégia. Como se vai montar o fluxo dele na unidade? Tu podes identificar o hipertenso, ele vem fazer matrícula e depois ele não volta. Ele não gostou do atendimento. Isso é uma consequência desastrosa. Agora a gente pode acolher bem, fazer todo esse fluxo, mesmo com as nossas dificuldades e ele vai voltar e ficar vindo sempre, né? (...) Tudo isso depende de como a gente vai tratar o paciente. (...) Penso que essa é uma das principais consequências: aderir ou não aderir ao tratamento, se ele confiar na gente. É isso aí. E aí, será que era isso mais ou menos? Dá para contextualizar aqui o paciente, né? Acho que é por aí. (V6PfG6).

Consideramos que, nesta etapa do processo, alcançamos o objetivo que foi a compreensão, por parte do grupo de validadores, quanto à origem e significado do Modelo Teórico. O que chamou a atenção aqui neste aspecto de compreensão é que alguns validadores foram além daquilo que o modelo apresentado apresentava. O mesmo não contemplava as lacunas, que foram bastante evidenciadas principalmente pelos profissionais de saúde, mesmo essas não estando claras no modelo inicialmente apresentado ao grupo de validadores, fato esse que nos conduziu a conceituar mais especificamente essas lacunas,

umentando assim a capacidade de abrangência da última categoria. Fizemos agrupamentos do que já existia com algumas modificações e incluímos outras subcategorias onde fosse possível evidenciar e discutir as lacunas apresentadas na formação da rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial. Após as modificações realizadas, foi possível considerar que a teoria denota, no nosso olhar, “um conjunto de categorias bem construídas baseadas em temas e conceitos relacionados de maneira sistemática para formar um marco teórico explicativo de algum fenômeno social” (SOUZA; SILVA, 2010, p. 166-67) e não somente da formação da rede de apoio social, como mostraremos no critério seguinte. Consideramos que os achados da investigação ultrapassaram a condição de mero ordenamento conceitual, estabelecendo suas relações, como foi expresso pelos validadores.

Assim, no critério **compreensão**, o modelo foi considerado validado, uma vez que as pessoas compreenderam o modelo apresentado e conseguiram identificar seus componentes, embora tenham sido necessárias as modificações a que nos referimos. Este fato está imerso naquilo que a *Grounded Theory* nos possibilita, que são as modificações, inclusões ou exclusões de categorias e subcategorias, a partir do momento em que seus conceitos se tornem restritos demais e que não consigam expressar o que desejamos. A intenção é que a conceituação de categorias e subcategorias seja abrangente o suficiente no que dizem respeito às suas propriedades e dimensões, na medida em que expressem o fenômeno, diferentemente de outros recursos metodológicos.

Quanto ao critério da **generalização teórica**, foi avaliado o nível de abstração do modelo e sua capacidade de ser aplicado a diferentes contextos, vivências e cenários, o que evidencia sua perspectiva conceitual mais ampla. Este critério de generalização teórica foi avaliado por profissionais de saúde:

Ah! como sempre estão associados o hipertenso e o diabético, tu sabes, né? Eu digo que o paciente com diabetes pode muito bem ser encaixado aqui (refere-se ao modelo), porque você sabe que tem muitos pacientes que, além da hipertensão, têm também diabetes, então eu associaria tudo isto aqui ao paciente diabético. Eu vejo que, se a gente for olhar cada título (categoria) e as subcategorias... (...) Eu penso que é assim. É isso? A gente pode muito bem considerar aqui o paciente diabético. E então, é isso? (V5PFG6).

Deixe-me pensar. Olha, eu acho que o paciente diabético poderia ser visto aqui. Vamos ver: as duas doenças têm muita associação. Todas são doenças de interesse de saúde pública, viu? Porque elas levam a sequelas, a complicações. Existe essa relação também na mudança do hábito de vida alimentar. Em termos de complicações, as duas causam complicações muito sérias. A hipertensão causa alterações no nível da microcirculação e são quase idênticas às da diabetes. São alterações também que vão acarretar vários órgãos, tudo relacionado com a circulação, como eu já havia falado anteriormente pra você. O tratamento também é muito semelhante. Então, baseado nisso, penso que o paciente com diabetes mellitus pode perfeitamente se encaixar aqui nesse modelo porque ele vai precisar da família, vai precisar da unidade de saúde para fazer seu tratamento e vai precisar do apoio de várias pessoas também. É, acho que tem tudo haver. Será que eu contribuí? (risos). (V7PfG6).

Consideramos que o modelo apresenta capacidade de abstração e generalização teórica, e isto significa que ele pode ser utilizado para a compreensão da situação vivenciada por pessoas com outras doenças crônicas como o diabetes mellitus, por exemplo, tal como referenciado pelo validador. Essa avaliação enfatiza sua abrangência e poder de generalização.

A partir da validação preliminar do Grupo de Validadores do Modelo Teórico, algumas alterações foram realizadas no modelo, de forma a dar maior clareza, surgindo então um Modelo Teórico mais estruturado. Ocorreram reajustes nas categorias que compõem os elementos Estratégias de Ação-Interação e Consequências. Na Categoria **“Utilizando as interações como estratégia para receber o apoio da rede para um viver melhor com hipertensão arterial”**, o foco voltou-se para as interações como estratégias. O que diferia anteriormente, além da grafia da categoria, era o fato de que o foco era voltado para a criação de recursos para utilização do apoio oferecido, sem identificar mecanismos através dos quais o apoio era oferecido e/ou recebido. Quanto à Categoria **“A rede como apoio para um viver melhor com hipertensão arterial”**, a mudança ocorreu no sentido de aumentar a

abrangência desta categoria enquanto possibilidade para evidenciar e valorar as ações da rede, identificar as consequências do apoio oferecido, bem como evidenciar também as lacunas que ainda precisam ser atendidas.

As mudanças que ocorreram no Modelo Teórico foram resultados da análise processual, da validação do Grupo de Validadores e de uma reflexão final de todos os dados. Mesmo tendo sido este modelo construído já há algum tempo (ao finalizar a análise dos dados e antes de iniciar a escrita da tese), o ir e vir que a *Grounded Theory* nos permite as mudanças pertinentes no sentido de que, através do modelo apresentado, seja possível compreender como surge uma Rede de Apoio Social de pessoas com hipertensão arterial, resultado “que se produz incessantemente em uma dinâmica que se realiza em meio a saberes, valores, práticas e experiências” (SOUSA, 2008, p. 282), como pode ser observado na análise dos depoimentos dos validadores.

As teorias são conjuntos sistemáticos de ideias que explicam o que está acontecendo. Respondem ao *como*, ajudam a interpretar e compreender os fenômenos e ainda preveem ou apontam para o que pode acontecer no futuro (ibidem). Assim sendo, pretendemos, com o Modelo Teórico “**Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial**”, colaborar para um viver melhor de pessoas que transitam na cronicidade imposta pela doença ou ainda, na certeza de que a Teoria atenda a outros conceitos como abrangência, dimensão e variação, e possa, dessa forma, ser aplicada a outras situações tanto de condições crônicas de doenças, quanto a outros aspectos / fenômenos que respondam de forma semelhante através do apoio social.

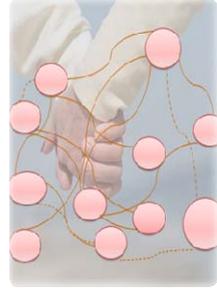
Baseado no exposto até aqui e após o processo de análise realizado, a validação pelo Grupo de Validadores e a consonância com a *Grounded Theory*, apresentamos a Tese de Doutorado: *A Rede de Apoio Social da pessoa com hipertensão arterial contribui sobremaneira para um viver melhor na cronicidade da doença, atendendo às demandas surgidas em meio aos diversos contextos vivenciados*. Esta contribuição ocorre através de diferentes formas de apoio, originado das interações entre os integrantes da Rede, permeado por facilidades e dificuldades que são enfrentadas no intuito de construir um viver mais saudável. A densidade da rede é mais importante do que sua extensão. Espera-se que o Modelo Teórico “Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial” surgido em meio à dinâmica deste processo torne-se um importante instrumento na ação de enfermeiros dispostos a mudar a prática de seu viver profissional e contribuir na atenção voltada àqueles com hipertensão arterial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa trajetória, sintetizamos alguns achados desta Tese, enquanto pesquisa que se disponibilizou a estudar o fenômeno originado no viver daqueles com hipertensão arterial, que foi a formação da rede de apoio social.

A hipertensão arterial, doença crônica não transmissível, considerada sério problema de saúde pública, ocupa lugar de destaque nos eventos coronarianos que levam a óbito todos os anos inúmeras pessoas em muitas sociedades, sejam elas desenvolvidas ou em desenvolvimento. Neste sentido, esta Tese oportunizou a criação de uma teoria que pode contribuir na compreensão de como vivem as pessoas com hipertensão e ajudá-las a viverem melhor o seu dia a dia. Assim sendo, destacaremos alguns eventos descobertos e analisados ao longo deste trabalho. Tais descobertas e discussões foram possíveis graças às interações utilizadas como estratégia de aproximação para manter contato com as pessoas portadoras da doença e seus familiares principalmente, bem como com os profissionais de saúde e demais pessoas da comunidade em estudo.

A utilização da *Grounded Theory* como referencial metodológico possibilitou uma nova perspectiva e compreensão da dinâmica do viver das pessoas com hipertensão arterial. Permitiu também identificar maneiras de como essas pessoas e seus familiares e ainda os profissionais de saúde se relacionam com a doença. Neste processo também dinâmico de análise, permitido tão somente pela *Grounded Theory*, identificamos a categoria central deste fenômeno, que explica de forma abstrata o tema principal da pesquisa e ainda resume todas as descobertas e análises até aqui feitas, condensando em poucas palavras dado ao seu elevado poder analítico. Assim, a categoria central **“Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial”**, em sua articulação com as demais categorias da Teoria, mostra como surgiu o fenômeno da formação da rede e traduz as experiências dos integrantes da rede de apoio social e os desafios impostos pela doença na busca pelo apoio, nas estratégias para consegui-lo e os resultados percebidos em toda essa dinâmica, cuja intenção nada mais é do que viver bem o dia a dia, mesmo que para isso a doença e a condução desta deixem de ser o foco deste bem viver para



algumas pessoas.

A categoria central, enquanto aquela que tem o poder de concentrar em torno de si as demais categorias descobertas, expressa o Modelo Teórico, que, como apresentado anteriormente, foi composto por seis categorias que congregam a própria categoria central e os outros cinco elementos do modelo paradigmático, que são as condições causais, contextuais e interventoras; as estratégias de ação-interação e as consequências, cada elemento expresso por uma categoria e as subcategorias que os compõem. Criada a Teoria expressada no Modelo Teórico “Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com hipertensão arterial”, nos perguntamos: Que aplicações podem se apresentar para este modelo? Como ele seria aplicado na prática? Respondendo aos nossos próprios questionamentos, podemos afirmar que este Modelo tem a capacidade de direcionar e mobilizar a prática assistencial do enfermeiro no atendimento às pessoas portadoras de hipertensão arterial no sentido de contribuir para um viver melhor a partir da mobilização da rede de apoio social. O profissional poderá reconhecer novas maneiras de lidar com essas pessoas, compreendendo-as e compreendendo-se como parte da rede de interações a partir daquilo que o Modelo Teórico expressa.

Ao olharmos para esse Modelo Teórico como um modelo de cuidado, é possível dizer que o enfermeiro pode ter em suas mãos um instrumento que possibilite o atendimento de pessoas com hipertensão arterial. Esta possibilidade será testada noutro momento quando da aplicação do mesmo no atendimento às pessoas com hipertensão arterial na UMS Satélite.

Ao aplicar o Modelo Teórico, o enfermeiro deverá inicialmente identificar as demandas da pessoa que podem estar relacionadas à doença ou outras condições de acordo com suas práticas, vivências, cenários e percepções. Cabe aqui chamar a atenção para o fato de que nem sempre as pessoas têm em mente as demandas e tampouco a intenção explícita de verem suas demandas atendidas. É importante considerar que o viver bem, discutido nesta pesquisa, tanto pode ser evidenciado pelo controle da doença e suas consequências através da adesão ao tratamento, como também pode ser, para algumas pessoas, o inverso deste comportamento. Assim sendo, viver bem pode se manifestar pela sensação de bem-estar mesmo na inconstância do comportamento da doença pela não adesão ao tratamento e na despreocupação com a cronicidade da mesma, desde que seja possível escolher seu estilo de vida e sentir prazer ao praticar comportamentos como fumar, usar bebidas alcoólicas e ingerir alimentos que lhe

satisfaçam. No entanto, essas decisões devem se dar a partir de um conhecimento das consequências que elas podem ter, ou seja, que sejam decisões informadas, garantindo às pessoas sua autonomia e poder de decidir acerca do seu viver. Para algumas pessoas, abandonar ou modificar esse estilo de vida pode gerar sensação de perda. Cabe ao enfermeiro estar atento a essa diversidade de demandas das pessoas com hipertensão arterial.

Acreditamos que atender ou contribuir para o atendimento das demandas não está sustentado em determinações de fazê-las modificar seus hábitos, ensinando a elas o que devem fazer, mas, sim, em ajudá-las a tomar uma decisão melhor, de ajudá-las a compreender e considerar o que é importante, mesmo que isto caminhe no sentido contrário de tudo aquilo que acreditamos ser “melhor” para elas. As demandas, por vezes bastante evidentes, nem sempre são atendidas e elas nem sempre reconhecem como uma demanda ou como uma situação que deveria ser atendida. Por vezes, até reclamam, mas não sabem como fazer, como mobilizar a rede, como agir. Ainda não descobriram esse caminho. No nosso atendimento, cabe também aos profissionais a instrumentalização para essa descoberta.

O segundo elemento que compõe o Modelo Teórico são as condições contextuais que precisam ser conhecidas e reconhecidas como parte do cuidado. É importante considerar que o reconhecimento do contexto pode ajudar o enfermeiro a cuidar melhor dessas pessoas, uma vez que esse aspecto pode proporcionar oportunidades de evidenciar algumas situações vivenciadas e que necessitam de atenção e colaboração do profissional na prestação do apoio necessário, porque os espaços por onde transitam podem também influenciar as pessoas e sua relação com a doença, principalmente questões familiares, de gênero ou questões envolvendo classes sociais, religião e ambiente vivenciado, mesmo que nesses ambientes, esse apoio venha com mais intensidade de parentes próximos ou integrantes da vizinhança.

Na aplicação do Modelo Teórico, esses espaços não podem ser desconsiderados, em função dessa premissa, uma vez que consideramos ser uma ação importante conhecer o ambiente onde vivem e interagem as pessoas com hipertensão arterial.

O terceiro elemento são as condições interventoras. Tão importante quanto os demais elementos, consideramos serem elas vitais para o atendimento às demandas. Reconhecer os tipos de apoio faz parte da aplicação do Modelo Teórico, sendo que os mais evidenciados por aqueles com hipertensão arterial foram o tipos de apoio emocional, instrumental e informacional, de acordo com a classificação utilizada.

Os tipos de apoio evidenciam o viver e as diferentes percepções daqueles que os oferecem, uma vez que oferecem aquilo de que dispõem. Nesse sentido, as variadas formas de apoio emocional oferecidas pelos integrantes da rede de apoio social são percebidas pelas pessoas como uma forma de ajudá-las no dia a dia, apoiando e conduzindo no tratamento da doença. Neste sentido, cabe ao enfermeiro, na aplicação do Modelo Teórico, atentar a um caráter próprio que a pessoa tem ao cuidar de si. É vital para este profissional considerar que o não atendimento às orientações recebidas não caracteriza um ato de descuido, mas, sim, uma forma diferente para a pessoa de elaborar o seu cuidar.

Os tipos de apoio originados das redes podem significar uma alternativa possível no tratamento dessas pessoas, caracterizando o que pode ser um cuidado não profissional, centrado na própria pessoa portadora da doença e sua rede de relações, quando este é originado na comunidade, ocorrência que requer a atenção cuidadosa dos profissionais de saúde e não somente do enfermeiro.

O quarto elemento que compõe o Modelo Teórico são as Estratégias de Ação-interação. Essas inúmeras interações influenciam na formação e ação da rede de apoio social, e, conseqüentemente, no viver daqueles com hipertensão arterial; são determinadas por uma diversidade de fatores como modo de ser, pensar e agir das pessoas; princípios e valores; metas a serem alcançadas; importância dada às relações interpessoais; e política das instituições, dentre outros. Todos esses elementos compõem as estratégias de interação vivenciadas pelos integrantes da rede de apoio social.

A participação do enfermeiro e demais profissionais nessas interações emocionais e diversidade de sentimentos se expressa na capacidade de vivenciar e contribuir nessas interações, uma vez que elas fazem parte da relação das pessoas com a doença. Essas interações que se estabelecem com os profissionais e serviços de saúde são fundamentais para ambos, uma vez que deve envolver confiança e trabalho em conjunto. Esta proximidade pode fazer ambas as partes compreenderem que as questões subjetivas são muito mais comuns do que imaginamos e que elas não podem ser desconsideradas nessas interações, face às possibilidades de proporcionarem resultados como elevação da autoestima. Esta interação deve ser pautada pela humanização onde o foco do apoio não é somente voltado para a doença, mas, sim, para um conjunto de fatores que envolvem a pessoa, tais como os aspectos psicológicos, orgânicos, sociais, emocionais, dentre outros.

O quinto elemento do Modelo Teórico são as consequências originadas pela dinâmica da formação da rede de apoio e sua relação com as pessoas com hipertensão arterial. A rede de apoio social, enquanto fenômeno percebido em todas as categorias, tem a intenção de conceder às pessoas um viver melhor no dia a dia da doença. No atendimento às principais demandas geradas pelo surgimento da doença, a rede de apoio social mostra suas ações, é valorizada e reconhecida; as lacunas são percebidas e mostram o quanto ainda precisa de resolutividade nas questões do viver com hipertensão arterial.

Consideramos que este Modelo Teórico criado, esta Teoria Substantiva que se expressa na imersão da Rede de Apoio Social da Pessoa com Hipertensão Arterial caracteriza-se por ter uma rede capaz de mostrar uma densidade expressa na interação entre os seus integrantes, mesmo que seja mais forte nos grupos familiares. Quanto ao tamanho, comprovamos que as redes menores são menos efetivas no sentido de atender às necessidades com mais objetividade. As de tamanho médio se mostraram mais efetivas neste sentido. As redes mais dispersas dificultaram a facilidade de acesso, principalmente quando a necessidade era o apoio emocional, relacionado principalmente aos familiares. Quanto à força das ligações, tanto as menores quanto as maiores redes atenderam a esse tipo de relação que se caracteriza pelo grau de intimidade, reciprocidade e intensidade emocional, entre outros atributos. Quanto à composição ou distribuição, ficou evidenciado que as redes mais significativas se centram na família, o que não é considerado um aspecto negativo pelo fato de ser esta às vezes menos inerte e com maior capacidade de reação, tal o grau de intimidade que por vezes as caracterizam.

Este conhecimento pode ser utilizado na prática pelos enfermeiros. Para que isto possa ocorrer, é necessário compreender que o cuidado às pessoas com hipertensão arterial é complexo. Requer dos profissionais de saúde não somente orientações baseadas em seus próprios conhecimentos, mas também atuação imersa no conhecimento das pessoas, introduzindo elementos de informação que possam complementar seus modos de pensar a partir de seus valores sociais. É importante motivá-las e iniciar com elas um processo de repensar seus diferentes modos de viver, principalmente aqueles que, ao nosso olhar, possam parecer contrários a um viver saudável com hipertensão arterial. Ressaltamos mais uma vez que, sem compreender como as pessoas vivenciam o processo da doença, sem compreender o que pensam, sem compreender suas emoções e seus significados, é impossível travar um diálogo terapêutico que resulte em melhorias na qualidade de vida das

pessoas.

Outra consideração importante é que o foco do atendimento não deve ser direcionado somente às pessoas com hipertensão arterial, mas também apontar para um conjunto de ações e intervenções direcionadas aos seus familiares e ao meio que compõe o cenário dessas interações. Neste sentido, não somente o enfermeiro, mas todos os profissionais da saúde serão capazes de aprender, trocar e transformar conhecimentos, ampliando as relações e contribuindo para as práticas de saúde e de cuidado.

Essa construção analítica, somente em parte terminada, este mundo real que descrevemos pode se transformar em ações voltadas para a prática de saúde, tendo a contribuição não somente dos profissionais de saúde mas também das pessoas com hipertensão arterial, as quais, no seu viver e na sua relação com a doença, adquirem conhecimentos mesmo que empíricos e são capazes de também transformar suas realidades, basta que para isso a oportunidade lhes seja facultada.

Consideramos os achados dos estudos convergentes com outros estudos realizados, o que nos dá segurança para aplicação desta teoria, consolidando desta forma o conhecimento nessa área, além da validação feita pelo Grupo de Validadores do Modelo Teórico.

Consideramos que os achados da investigação ultrapassaram a condição de mero ordenamento conceitual, estabelecendo suas relações em todo esse processo, o que evidencia a interrelação do Modelo Teórico, condição essencial estabelecida pela *Grounded Theory*.

O Modelo Teórico construído acerca dos apoios para o viver com hipertensão arterial pode trazer um novo olhar no atendimento à pessoa com hipertensão arterial, ampliando a compreensão da complexidade dessa condição crônica e do que está envolvido em suas relações e interações. Assim sendo, o próximo passo, que será considerado um avanço, será aplicar este Modelo Teórico na prática com o objetivo de se afastar do mundo hipotético e evidenciar respostas concretas nas possibilidades que o mesmo possa trazer para o atendimento das pessoas com hipertensão arterial, verificando, dessa forma, sua efetividade, o que será considerada uma nova etapa da validação.

O que pretendemos com a aplicação do Modelo Teórico é expressar o que ainda não se conseguiu teorizar com relação às doenças crônicas: o que exatamente as pessoas nessa condição precisam. O desafio que se coloca é transformar esse Modelo Teórico em um modelo de cuidado, incluindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Existe a necessidade de termos este modelo expresso num 'Roteiro' para

ajudar os profissionais a desenvolverem um atendimento que consiga alcançar as demandas das pessoas e conhecer todos os aspectos que envolvem o viver com a doença, ou pelo menos a maioria deles. Acreditamos que este 'Roteiro' pode conter pontos significativos que o profissional, a princípio o enfermeiro, precisa saber ao questionar aquele com hipertensão arterial, uma vez que, teoricamente, ele saberá quais as demandas, qual o olhar daqueles com hipertensão, quais as dificuldades e facilidades. Obviamente que toda escolha implica exclusão e inclusão de temas considerados mais importantes. Isso é inerente ao trabalho de pesquisa, uma vez que as escolhas delimitadas e bastante recortadas têm também o objetivo de tornar o trabalho executável.

Quanto às limitações do estudo, cabe informar que outras hipóteses foram levantadas nos processos finais de elaboração do trabalho, não sendo possível esclarecê-las dada principalmente à distância do cenário da pesquisa por conta da característica deste Curso de Doutorado - DINTER (Doutorado Interinstitucional) e da permanência na instituição sede do curso (UFSC) na fase final de elaboração desta Tese. O fato de ser um estudo acadêmico estabelece um prazo para sua finalização, mesmo que esta seja apenas temporária, com um novo início a partir de agora, como já ressaltado anteriormente.

Na intenção de deixar algumas contribuições pontuais, seguem algumas sugestões evidenciadas ao longo dessa pesquisa na interação mantida com as pessoas com hipertensão arterial e com os profissionais de saúde da instituição pesquisada. Assim, consideramos que a) além do vínculo pouco evidenciado pelas pessoas, o que elas de fato esperam do SUS é que o sistema viabilize a agilidade no atendimento pelos profissionais e serviços especializados. Parece-nos que a demanda por esses serviços é que faz aumentar o tempo de espera pelo atendimento. Assim sendo, o poder público pode atuar no sentido de fazer com que tais pessoas sejam atendidas a contento; b) instrumentalizar as equipes de profissionais das Unidades de Saúde no sentido de que possibilitem aos mesmos um atendimento mais amplo, distanciando-se somente de orientações verbais e aproximando-se de ações práticas que englobem pessoas com hipertensão arterial, profissionais de saúde e comunidade, no sentido de aumentarem as chances de aderência ao tratamento e a permanência daqueles que assim já o fazem, demonstrando sua autonomia na condução da doença; c) a integralidade da atenção às pessoas em condição crônica se coloca como uma necessidade. Pensar no cuidado à saúde como integrado aos demais aspectos do viver das pessoas é elementar para aqueles que vão conviver toda sua vida com uma doença. A eficácia da intervenção da rede no atendimento a essas

peças, no contexto vivenciado, deve ser uma meta a ser alcançada que deverá gerar condições satisfatórias para todos os envolvidos tanto em curto, quanto em médio e longo prazos, principalmente, uma vez que a cronicidade da doença é um dos aspectos que desestimula as pessoas no que se refere à importância dada para a melhoria da qualidade de vida. É importante que se considere também a pessoa como participante neste processo em busca da eficácia das intervenções, transformando-as em coautores e aumentando sua responsabilidade, mas com clareza de seu papel nesta participação.

Ao término de nossas considerações, destacaremos a abstração que é exigida nesse método - *Grounded Theory*, e que se tornou um ponto que merece destaque, principalmente pela dificuldade que tivemos em alçar voos tão subjetivos, distanciando-nos da prática vivida na carreira de enfermeira intensivista. Naquela prática, o dia a dia profissional em meios às urgências e emergências de uma Unidade de Terapia Intensiva era pautado por estressantes ações imediatas e quase mecânicas de atendimento para afastar a possibilidade de morte e dar chances à vida daquelas pessoas que estavam sob nossa responsabilidade, não importando se eram nos momentos agitados do dia, ou se nas horas por vezes sombrias da madrugada. Essa prática vivida desde o início da vida profissional foi uma barreira a ser superada na elaboração deste Modelo Teórico, uma vez que, na *Grounded Theory*, a conceituação das situações, o entrelaçamento dos fatos e das descobertas, o que está explícito e, muitas vezes, e mais importante, o que está implícito nos relatos dos sujeitos desta pesquisa vão além e muito além das meras transcrições, narrativas e ‘determinações da enfermeira intensivista’ em que, por muitas vezes, se resumiam nossas análises. Abstrair foi um dos maiores, senão, o maior dos exercícios desenvolvidos na elaboração desta Tese, sabendo que ainda necessitamos avançar muito nesse aspecto, uma vez que a abstração é que promove encontrar as diferentes possibilidades interpretativas. O processo de comparação dos dados remete à investigação de outras possíveis implicações que as informações coletadas podem ter e que nem sempre foi possível alcançar. Enfatizamos outra vez o que Strauss; Corbin (2008) dizem a esse respeito porque tomamos como uma forma de aliviar a dificuldade que sentíamos na necessidade de abstrair para alcançar as conceituações exigidas pelo método escolhido: “São nossos olhos analíticos que nos fazem ver, não importa o quão imperfeita é essa visão”.

O exercício intelectual sistematizado e processual exigido pelo método possibilita a saturação teórica exigida nas pesquisas qualitativas.

Entretanto gostaríamos de dizer que não temos a pretensão de afirmar que alcançamos esta saturação teórica dos dados em todas as categorias, mas acreditamos que o que nossos olhos analíticos nos fizeram evidenciar é uma possibilidade de utilizar o Modelo Teórico com aqueles que buscam atendimento nas unidades de saúde não somente do Satélite, mas de qualquer outra onde tenha um enfermeiro que se disponibilize a modificar por algum momento sua prática e tentar na aplicação deste modelo/teoria descobrir novas possibilidades de atendimento às pessoas com hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.
- ALVES, H. J; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.
- ALVES, R. R. N.; ALVES, H. N.; BARBOZA, R. R. D. et al. The influence of religiosity on health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, 2010.
- ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.131-47, 2006.
- AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, v. 29, p. 239-243, abr./set. 1996.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, v.12, n.1, p. 33-41, 1999.
- AZEVEDO, R. C. S. **Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2008. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- BASTOS, D. S.; BORESTEIN, M. S. Identificando os déficits de auto cuidado em clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 92-9, 2004.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2141-2150, 2008.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BEEVERS, D. G.; MACGREGOR, G. A. **Hipertensão na prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 9-14, 2010.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 262-9, 2004.

BORGES, M. S.; SHIMIZU, H. E.; PINHO, D. L. M et al. O modo de cuidar na benzeção: saber popular e racionalidade divina. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 241 - 248, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 7. Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM. PROTOCOLO**. Brasília: MS, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em 16 setembro 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agita Brasil. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 63. Brasília: MS, 2002a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0108_M.pdf. Acesso em 10 janeiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002b**. Disponível em: www.datasus.gov.br/hiperdia/manuais/portariaministerial371.doc. Acesso em 10 janeiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. PROTOCOLO**. Brasília: MS, 2002c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em

23 outubro 2007.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: MS, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>. Acesso em 07 setembro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: MS, 2004b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>. Acesso em 31 janeiro 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em 31 janeiro 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Textos Básicos de Saúde. 3a. ed. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso: 26 outubro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores Municipais de Saúde**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 16 setembro 2007.

_____. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2009. Brasília: MS, 2010a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web_20_8_10.pdf. Acesso em 12 fevereiro 2011.

_____. Ministério da Saúde. **SISHIPERDIA**. Sistema de Gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Brasília: MS, 2010b. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 agosto 2010.

- BROWN, E. J.; JEMMOTT, L. S.; OUTLAW, F. H. et al. African american grandmothers' perceptions of caregiver concerns associated with rearing adolescent grandchildren. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 14, n. 2, p. 73-80, 2000.
- BUDÓ, M. L. D. et al. Educação em saúde e o portador de doença crônica: implicações com as redes sociais. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 8, suplem., p. 142-147, 2009.
- BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P.J. (Org.). **Promoting Health in Families: applying family research and theory to nursing practice**. 3. ed. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 142-161.
- BUSNELLO, L. G. et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, n. 76, p. 349-51, 2001.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, mai-jun. 2003.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev., 2004.
- CANESQUI, A. M. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: _____ (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2007. 149 p.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 145-53, jun. 2000.
- CESARINO, C. B.; CARDOSO, S. S.; MACHADO, M. R. et al. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 234-7, 2004.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada nos dados: guia prático para análise qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 271 p.
- CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **The JNC 7 Report. JAMA**, v. 289, n. 19, p. 2560-

2562, 2003.

COELHO, E. B.; NETO, M. M.; PALHARES, R. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.85, n.3, p.157-161, 2005.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B.; ARAÚJO, M.E.A. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Ver Baiana, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>> Acesso em: 13 fevereiro 2011.

CORRÊA, D. A. M. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos Grupos de Oração da RCC em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, Supl., p. 134-141. 2006.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, 2008.

DAMATA, R. **A casa & a rua**. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 163 p..

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009.

DRAUCKER, C. B. et al. Theoretical Sampling and Category Development in Grounded Theory. **Qualitative Health Research**, v. 17, n. 8, p. 1137- 48, 2007.

DRESSLER, W.W.; SANTOS, J.E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 303-315, abr./jun., 2000.

DRESSLER, W.W. Culture and the risk of disease. **British Medical Bulletin**, Alabama (USA), v. 1, n. 69, p. 21-31, 2004.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, v. 48, p. 661-673, 1999.

DUNCAN, B. B. et al. Social Inequality in Mortality in São Paulo State,

Brazil. **International journal of epidemiology**, v. 24, n. 2, p. 359-365, 1995.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; PROSPERO, E. N. S. et al. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Ciencia Cuidado Saúde**, v. 8, supl., p.11-22, 2009.

ESTEBAN, M. P. S. **Introducción al Programa de Análisis de Datos Cualitativos Atlas-ti 5.0**. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2006.

FAÉ, A. B.; OLIVEIRA, E. R. A.; SILVA, L. T. et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Enferm UERJ**, v. 14, n. 1, p. 32-36, 2006.

FINFGELD-CONEET, D. Clarification of social support. **J Nurs Scholarsh**, v. 37, . 1, p. 4-9, 2005.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para América Latina**, n.15, p. 1-8, dez. 2008.

FORTES, A. N; LOPES, M. V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2004.

GANDARILLAS, M. A. Estressores Sociais da Hipertensão em Comunidades Carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, V. 18, n. 1, p. 62-71, 2005.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, v.16, n. 4, p. 483-492, 2003.

_____. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n. 3, p. 455-467 jul-set, 1997.

_____. Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Revista Cadernos de Debate**, UNICAMP, v. II, p 12-40, 1994.

GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine, 1967.

GOMES, G. C. **Compartilhando o cuidado à criança:** refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar. Florianópolis: PEN/UFSC, 2005. 334 p. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GOMES, G. J.; SEYFFARTH, A. S.; NASCIMENTO, M. A. B. Adequação da dieta de hipertensos em relação à Abordagem Dietética para Hipertensão Arterial. **Com. Ciências Saúde**, v. 9, n. 2, p. 137-144, 2008.

GOMES, K. V.; ZAZÁ, D. C.. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p.132-138, 2009.

GORAYEB, R. Psicologia e hipertensão. **Rev Bras Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 185-187, 2000.

GONÇALVES, M. P.; ALCHIERI, J. C. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 125-134, 2010.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGENS, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo Pró-Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 127 p.

GRIEP, R. H. et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 379-85, 2003.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION JR., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertensão**, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAGLUND, K. Parenting a Second Time Around: An Ethnography of African American Grandmothers Parenting Grandchildren Due to

Parental Cocaine Abuse. **Nursing**, College of Nursing Faculty Research and Publications. Marquette University Year 2000. p. 1-14.

HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, n. 241, p. 540-545, 1988.

ISHITANI, L. H., et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 40, n. 4, p. 684-91, 2006.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 191-8, 2007.

KRAUSE, N.; BORAWISK-Clarck, E. Social class differences in social support among older adults. **The Gerontologist**, v. 35, n. 4, p.498-508, 1995.

KRINSKI, K. et al. Efeito do exercício aeróbico e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringa, v. 28, n. 1, p. 71-75, 2006.

KRINSKI, K.; ELSANGEDY, H. M.; SOARES, I. A. et al. Efeitos cardiovasculares agudos do exercício resistido em idosos Hipertensas. **Acta Sci. Health Sci. Maringa**, v. 30, n. 2, p. 107-112, 2008.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.832-839, 1999.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertensão**, v.13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LIPP, M. E. N.; PEREIRA, M. M. B.; JUSTO, A. P. et al. Cardiovascular Reactivity in Hypertensives: Differential Effect of Expressing and Inhibiting Emotions during Moments of Interpersonal Stress. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 9, n. 2, p. 154-161, 2006.

LIPP, M. E. N.; FRARE, A.; SANTOS, F. U. Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 161-167I, 2007.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

LOPES, M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>> Acesso em: 09 abril 2010.

LOURES, Débora Lopes et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 525-30, 2002.

LUCHESE, P.; AGUIAR, D. S.; WARGAS, T. et al. **Informação para tomadores de decisão em saúde públicas**. Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90p. Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091000/Políticas_versao2.pdf>. Acesso em: 13 fevereiro 2011.

MAC FADDEN, M.A.J.; RIBEIRO, A.V. Aspectos Psicológicos e Hipertensão Arterial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 4-10, Rio de Janeiro, 1998.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 207-14, 2003.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2006.

MARTELETO, M. R. Análise de Redes Sociais – Aplicação nos estudos de transferência de informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MARTINS, S. T. F. **Cotidiano e emoções no processo saúde-doença: análise psicossocial da hipertensão essencial**. São Paulo: PUC, 1994. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

MAZO, G. Z.; CARDOSO, F. L.; AGUIAR, D. L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, v. 8, n. 2, p. 67-72, 2006.

MEIRELLES, B.H.S. **Redes Sociais em Saúde: Desafios para uma nova prática em enfermagem.** Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso:** revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. Florianópolis: PEN/UFSC, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MENESES, R. F.; RIBEIRO, J. P. Como ser saudável com uma doença crônica: Algumas palavras orientadoras da ação. **Análise Psicológica,** V. 4, n. XVIII, p. 523-528, 2000.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MONTEIRO, P. C.; SANTOS, F. S.; FORNAZARI, P. A. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Ciênc Saúde,** v. 12, n. 2, p. 73-79, 2005.

MORAES, R. S. et al. Diretriz de reabilitação cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 431-440, 2005.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

NATIVIDADE, M. S. L. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana**. 2004. 147 p. Florianópolis: UFSC, 2004. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

NEGRÃO, C.E.; RONDON, M.U.P.B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 89-95, 2001.

NEVES, M. F.; OIGMAN, W. Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n. 2, p. 112-115, 2009.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n.5, p. 1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO, T.L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 6, n. 3, p. 276-81, 2002.

OPAS. **Carta de São Paulo**. (Versão preliminar). Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para a Saúde na América Latina: Situação Atual e III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. São Paulo, 2002. Disponível em:

<http://www.hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/main_carta.htm>. Acesso em: 26 julho 2007.

PEDERZANI, L. Oportunidades perdidas para la prevención de Enfermedad Cardiovascular em consultório externo de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, v. 5, n. 2, p. 23-31, 2007.

PEIXOTO, M. R. G.; BENÍCIO, M. H. D'A.; JARDIM, P. C. B. V. The relationship between body mass index and lifestyle in a Brazilian adult population: a cross-sectional survey. Relação entre índice de massa corporal e estilo de vida em uma população adulta do Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2694-2704, 2007.

PERES, D.S.; MAGNAA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de

hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-42, 2003.

PIMENTA, A. M.; ALVES, M.; SENA, R. R. Desenvolvimento do método indireto de aferição da pressão arterial e dos critérios de diagnósticos da hipertensão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 564-571, out/dez. 2008.

PINTO, J. P.; FERNANDES, M. G. O.; HORTA, A. L. M. Representação da família na arte: análise da estória em quadrinhos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 21-26, 2004.

PUGLIESE, R. et al. Eficácia de uma Intervenção Psicológica no Estilo de Vida para Redução do Risco Coronariano. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. 225-230, 2007.

RAMOS, M.. Apoio social e saúde entre Idosos. **Sociologias**, ano 4, n. 7, p. 156-175, 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev. 2003.

REZA, C. G.; NOGUEIRA, M. S. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 265-70, 2008.

REZENDE, F. M. **O ir e vir dos usuários nas unidades de saúde da família**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

ROSSI, V. E. C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus 2**. 2005. 146 p. Ribeirão Preto: USP, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, 2007 v. 12, n. 2, p. 157-63, 2007.

SANTO, C. C. E.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. et al. Memórias e representações acerca do SUS para técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 630-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a06.htm>> Acesso em: 28 janeiro 2011.

SANTOS, C. R. M. **Quem somos nós?** Perfil dos usuários do Sistema HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde em Belém do Pará. Belém: UFPA, 2007. Originalmente apresentada com Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

SANTOS, N. B.; ALONSO, D. O. O significado da atividade física para o idoso: implicações na aderência. **RSCESP**, v. 18, n. 4, supl A, p. 26-30, 2008.

SANTOS, S. M. R.; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008.

SANTOS, W. T. M. Modelos de masculinidade na percepção de jovens homens de baixa renda. **Barbarói**, n. 27, p. 130-157, jul./dez. 2007.

SCHER, L. M.L.; NOBRE, F.; LIMA, N. K.C. O papel do exercício físico na pressão arterial em idosos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 15, n. 4, p. 228-231, 2008.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, sup. O, p. 243-253, 2005.

SILVA, E. L. **Perfil dos trabalhadores de uma instituição bancária e os fatores de risco cardiovasculares**. Pará: UFPA, 2005.

Originalmente apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.

SILVA, A. C. **O que são redes?** Disponível em:

http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm. Acesso em: 11 junho

2006.

SILVA, C. A.; WANDERLEY, C.; ROCHA, E. et al. Hipertensão numa Unidade de Saúde do SUS: orientação para o auto cuidado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 179-188, 2006.

SILVA, D. M. G. V. **Suporte Social: Apoio a pessoas com doenças crônicas**. Disponível em: www.cori.unicamp.br/jornadas/completos/UFSC/CA2007.doc. Acesso em: 08 junho 2007.

SILVA, A. G. S.; MACHADO, L. F. M.; RODRIGUES, V. D. R. Exercício físico como meio de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 13, n. 126, nov. 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd126/exercicio-fisico-como-meio-de-prevencao-e-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>. Acesso em: 03 julho 2010.

SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 530-4, jul-ago. 2009.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. O.; SILVA, S. E. D. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de si. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v. 43, n. 3, p. 669-703, 2009.

SILVA, T. C. M.; AMAZONAS, M. C. L. A.; VIEIRA, L. L. F. Família, trabalho, identidades de gênero. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 151-159, 2010.

SILVÉRIO, C. D.; DANTAS, R. A. S.; CARVALHO, A. R. S.. Avaliação do apoio social e da autoestima por indivíduos coronariopatas segundo o sexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 407-14, 2009.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Alternativas terapêuticas. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2008. 333 p. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,

2008.

SOUZA, S. S. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2010. 258 p. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. In: SOUZA, S. S. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2010.

SOUZA, E. R. et al. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 673-683, 2002.

STOMILLI, G. V. Sal e hipertención arterial. **Rev. Chil. Cardiol.**, v. 28, p. 107-114, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TAVARES, R. S. **Prevalência da hipertensão arterial em uma comunidade no bairro da Terra Firme e os fatores de risco associados**: uma contribuição da enfermagem em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

TAVEIRA L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 929-935, 2007.

THOITS, P. A. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, extra issue, p. 53-79, 1995.

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

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista**

Brasileira de Hipertensão Arterial, v. 17, n. 1, p. 1-64, 2010.

VIEIRA, V. A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p 481- 88, 2003.

VITOR, R. S.; SAKAI, F. K.; CONSONI, P. R. C. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 2, p. 117-121, 2009.

WILLIAMS, P.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. **Qual Health Res**, v. 14, n. 7, p. 942-60, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. Um guia para avaliação e intervenção na família. 4.ed. São Paulo: Roca, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE DINTER UFSC/UFPA/CAPES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹²

O Projeto de Pesquisa intitulado “Redes Sociais de Apoio às Pessoas com Hipertensão Arterial”, será realizado pela Pesquisadora Roseneide dos Santos Tavares, sob orientação da Prof^a Dr^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O Projeto de Pesquisa tem como objetivo principal “construir um modelo teórico das redes sociais de apoio às pessoas com hipertensão arterial, moradores de uma comunidade na periferia da cidade de Belém do Pará”.

Este estudo é necessário para elaboração de minha tese de Doutorado em Enfermagem e será realizado por meio de entrevistas realizadas com os participantes.

Os dados coletados farão parte dos relatórios e posteriormente farão parte dos arquivos da pesquisadora, sendo suas informações e identidade guardadas no mais absoluto sigilo.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa.

A participação nesta pesquisa não envolve risco, entretanto, o (a) Sr.(a) poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta que, por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal.

A pesquisadora que lhe entrevistará assumirá o compromisso de não revelar, em hipótese nenhuma, o seu nome ou os problemas relatados por você durante a entrevista, de forma que o (a) senhor (a) seja identificado (a).

Caso o (a) Sr.(a) aceite participar deste estudo, solicito que assine este termo de consentimento.

¹² O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

O (a) Sr.(a) tem o direito de verificar tudo o que está sendo feito, bem como fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa.

LOCAL E DATA DA ENTREVISTA:

Assinaturas

Pesquisador Principal¹³:

Pesquisador Responsável:

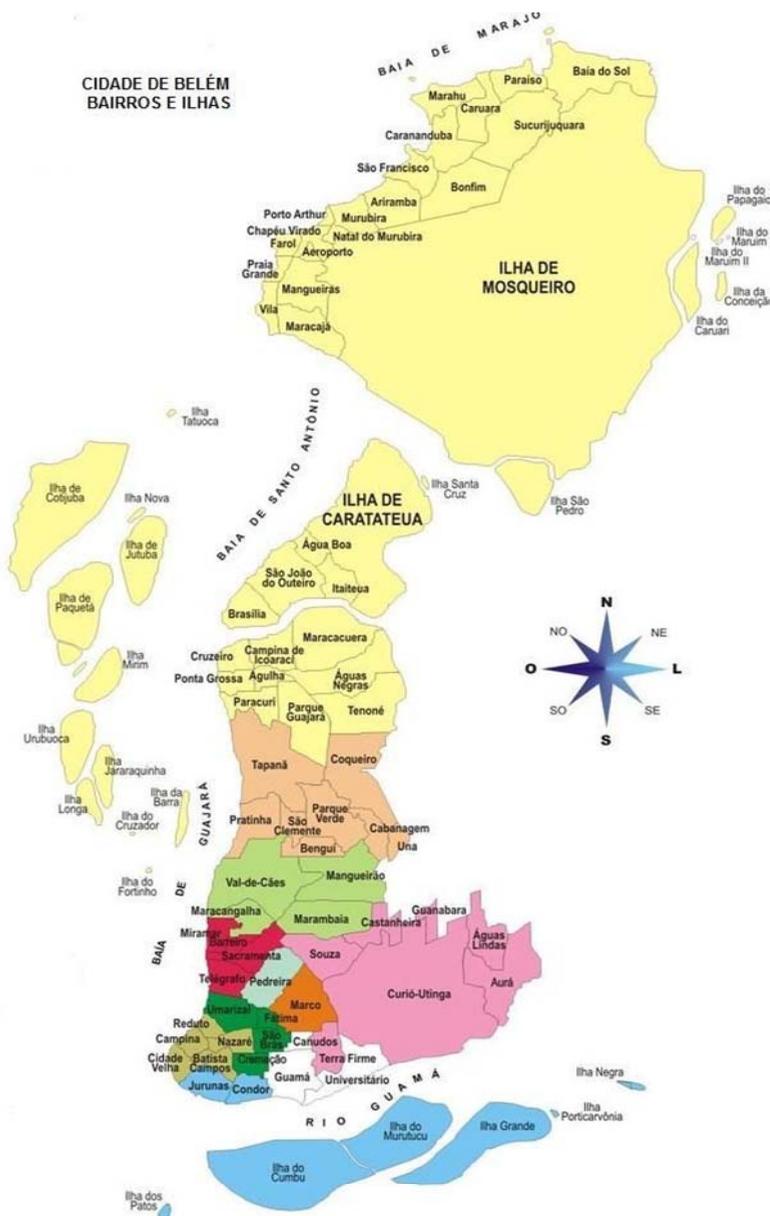
Eu,

, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Redes Sociais de Apoio às Pessoas com Hipertensão Arterial” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

¹³ Telefone para contato: 3201.9311 (UFPA – Curso de Enfermagem / Instituto de Ciências da Saúde). Celular: 9116.2513 e 81560118. E-mail: rstavares@ufpa.br, rstavarespa@superig.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Mapa da Cidade de Belém - PA



ANEXO B - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente – SESMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE
SESMA
UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE SATÉLITE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Rede de Apoio Social a pessoas com Hipertensão Arterial**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Belém (PA), 21 de agosto de 2008.

Maria da Graça N. Gouveia
 Maria da Graça N. Gouveia
 GERENTE
 000.447.892/0001
Dr^a MARIA DA GRAÇA NICÁCIO GOUVÊA

Enfermeira

**Gerente da Unidade Municipal de Saúde do Satélite
Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente / SESMA**

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos



CERTIFICADO

Nº 213

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 238/08 FR- 215343

TÍTULO: Redes sociais de apoio às pessoas com hipertensão arterial.

AUTORES: Rosemeide dos Santos Tavares e Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de setembro de 2008.

 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO D - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

