

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

KARINE FONTANA MACIEL

**REDE DE APOIO SOCIAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
PARA O CUIDADO**

**CURITIBA
2010**

KARINE FONTANA MACIEL

**REDE DE APOIO SOCIAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
PARA O CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani,
Co-orientadora: Prof. Dra. Verônica de Azevedo Mazza.

**CURITIBA
2010**

Maciel, Karine Fontana

Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado / Karine Fontana Maciel. Curitiba, 2010.

98 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Co-orientadora: Verônica de Azevedo Mazza

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Apoio social. 2. Doença crônica. 3. Enfermagem. 4. Saúde do adulto. 4. Prática Profissional. I. Título. II. Mantovani, Maria de Fátima. III. Mazza, Verônica de Azevedo.

NLM WY 100


TERMO DE APROVAÇÃO

KARINE FONTANA MACIEL

**REDE DE APOIO SOCIAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
PARA O CUIDADO**

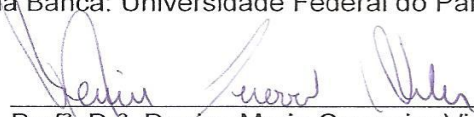
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



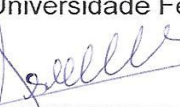
Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof^a. Dr^a. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina UFSC



Prof^a. Dr^a. Leila Maria Mansano Sarquis

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 17 de Dezembro de 2010.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

Aos meus pais por ter se constituído apoio fundamental e incentivo incansável nessa trajetória, mesmo distantes se fizeram presentes em telefonemas, com palavras carinhosas de incentivo.

À Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani e Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza, ilustre orientadora e co-orientadora as quais ofereço especiais agradecimentos por serem amigas e profissionais competente, muito obrigada pela força e estímulo em todas as fases deste estudo, por me orientarem através dos seus conhecimentos, sensibilidade, sabedoria, paciência e confiança. E por acreditarem no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Ao programa de pós-graduação em enfermagem e a todos os docentes pelos ensinamentos proporcionados em nossos encontros. Em especial a Prof.^a Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda e à Alcioni Freitas, pelo profissionalismo e dedicação.

Ao CNPQ pelo apoio em conceder a bolsa de estudo.

Aos membros do Grupo de Estudo Multiprofissional de Saúde do Adulto (GEMSA) pela troca de experiências durante a minha trajetória no Mestrado e pelas valiosas contribuições desde a construção do projeto e durante o desenvolvimento da pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Leila Mansano Sarquis e Prof.^a Dr.^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva por terem gentilmente aceito participar da banca examinadora da Dissertação.

Aos colegas e amigos do mestrado por partilharem alegrias e oferecerem apoio nas horas boas e nos momentos de dificuldades.

A toda a equipe do local de estudo que tão bem me acolheu e contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos portadores de hipertensão arterial que disponibilizaram uma parcela do precioso tempo para participar do estudo.

A todas as pessoas que de alguma forma tornaram possível a realização desta pesquisa os meus sinceros agradecimentos.

“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
A certeza de que é preciso continuar
A certeza de que seremos
interrompidos antes de terminar...
Portanto devemos
fazer da interrupção um caminho novo,
Da queda um passo de dança,
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte...
Da procura um encontro”.
(Fernando Sabino)

MACIEL, K. F. **REDE DE APOIO SOCIAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA O CUIDADO**. 2010. 98f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Mantovani, Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Verônica de Azevedo Mazza.

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa que teve como objetivo conhecer a rede de apoio social do portador de hipertensão arterial. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2009 a abril de 2010 em uma unidade de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Curitiba- PR. Os participantes foram 31 portadores de hipertensão arterial, cadastrados e ativos no programa de hipertensos e diabéticos - HIPERDIA há mais de um ano, com idade entre 18 a 60 anos e que aceitaram participar do estudo. Os dados foram obtidos mediante entrevista semi-estruturada e analisados pelo método de Análise de Conteúdo, que permitiu identificar quatro categorias temáticas: Família como suporte ao portador de Hipertensão arterial, As Relações Comunitárias, O Apoio Social dos Amigos e O Cuidado sem Apoio. A Família foi a principal fornecedora de apoio referida pelos hipertensos sendo caracterizada pela ajuda material e de serviços, guia cognitivo e conselhos, apoio emocional e companhia social, porém, destaca-se o apoio material na assistência ao uso da medicação e cuidados gerais com a alimentação. As relações Comunitárias são representadas pelo serviço de saúde e grupos religiosos, dentre as diferentes formas de apoio advindos dos serviços de saúde, destaca-se guia cognitivo e conselho pelo provimento de informações, aconselhamentos, orientações para lidar com os problemas de saúde e auxílio material concebido pelas consultas médicas e verificação da pressão arterial. O apoio dos amigos também é considerado importante suporte emocional, pois estes se caracterizam como as pessoas de maior confiança para desabafar e oferecer conselhos. Todavia, a companhia social é considerada a maior atribuição dos amigos principalmente no que se refere ao lazer. Apesar dos benefícios do apoio social na vida das pessoas, alguns dos hipertensos não referem apoio no cuidado com a hipertensão, pois demonstram dificuldades de obter colaboração para o acompanhamento do seu tratamento e são resistentes em pedir ajuda. Ressalta-se a importância dos resultados encontrados como subsídios para os profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro da atenção básica, os quais devem valorizar a rede social representada pelos familiares, amigos e relações comunitárias como uma estratégia para o fornecimento de assistência mais efetiva e com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

Palavras-chave: Apoio Social; Doença Crônica; Enfermagem; Saúde do Adulto; Prática Profissional.

MACIEL, K. F. **SOCIAL SUPPORT NETWORK OF CARRIERS OF ARTERIAL HYPERTENSION FOR NURSING CARE.** 98f. Dissertation (Master's in Nursing) – Post-graduation Program of Nursing, Federal University of Parana, Curitiba, 2010. Research mentor: Dr^a. Maria de Fátima Mantovani, Co-mentor: Prof^a. Dr^a. Verônica de Azevedo Mazza.

ABSTRACT

A descriptive study with a qualitative approach that had the aim of characterizing the social support network of carriers of arterial hypertension. The data collection happened from October, 2009 to April, 2010 at a unit of Family Care of a town from the metropolitan area of Curitiba – PR. 32 carriers of arterial hypertension participated in the study - they were registered and have been active in the program of hypertensive and diabetic patients – *HIPERDIA* for more than one year, aging between 18 to 60 years old and have accepted to participate in the study. The data was obtained through a semi-structured interview and was analyzed by the Content Analysis, which allowed the identification of four thematic categories: Family as support of the carrier of arterial Hypertension, The Community Relations, The Social Support from friends and the Care without Support. The family was the principal support provider regarded by the hypertensive patients, being characterized by material aid and services, cognitive guide and counseling, emotional support and social companionship; however, material support in the assistance of the use of medicine and general care with nourishment is highlighted. The Community Relations are represented by the health service and religious groups; among the different ways of supporting that come from the health services, what is highlighted is the cognitive guide and advice granted by information, counseling, guidance to deal with health problems and material aid provided by medical appointments and examination of arterial pressure. Support from friends is also considered important, since they are the ones who the patients can count on, telling them what they feel and getting advice too. Nonetheless, social companion from friends is better accepted especially when it comes to leisure. Although the benefits of social support in peoples' lives, some of the hypertensive patients do not relate hypertension care, since they show difficulties in obtaining help with the accompaniment of their treatment and are reluctant to ask for it. It is emphasized the importance of the results that are found as subsidies to the health professionals, especially the nurse of basic attention that must value the social net work represented by the relatives, friends and community relations as a strategy of providing a well-effective assistance with the aim of improving the quality of life of these people.

Key-words: Social Support; Chronic Disease; Nursing; Adult Health; Professional Practice.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
DCV – Doenças Cardiovasculares
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HA – Hipertensão Arterial
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA – Programa de hipertensão e diabetes
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS – Ministério da Saúde
NOAS/SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PET–Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US – Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 REDE E APOIO SOCIAL.....	16
2.2 DOENÇA CRÔNICA.....	25
3 METODOLOGIA	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO	31
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
3.4 COLETA DE DADOS	34
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	38
4.1.1 A Família como suporte ao portador de Hipertensão Arterial.....	41
4.1.2 As Relações Comunitárias do Hipertenso	50
4.1.3 Apoio Social de Amigos.....	62
4.1.4 O Cuidado sem Apoio	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	92
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial caracteriza-se por ser um agravo que acomete grande parte da população brasileira e mundial. Seu tratamento é subsidiado por ações e políticas governamentais, um dos aspectos que devem ser considerados para o acompanhamento desse contingente populacional acometido pela enfermidade é a articulação com redes sociais para auxiliar no tratamento e na prevenção de complicações.

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Entretanto, ressalta-se que 80% das doenças crônicas ocorrem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento causando impactos econômicos e sociais, visto que são responsáveis por maiores custos financeiros para as famílias, para o sistema de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2008).

As enfermidades crônicas levam décadas para se instalar completamente na vida das pessoas, sua manifestação é influenciada pelas condições de vida e não apenas como resultado de escolhas individuais. Tais doenças caracterizam-se por ter uma etiologia variada, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a incapacidades funcionais (BRASIL, 2008).

Atualmente, as condições crônicas representam 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo e, segundo estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde, cerca de 388 milhões de pessoas morrerão de uma doença crônica nos próximos 10 anos. Estima-se também que, em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento originar-se-ão de problemas crônicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem especial interesse, pois apresenta elevada prevalência, visto que atinge cerca de 22,3% a 43,9% da população e estima-se que 15 milhões de brasileiros são portadores desta enfermidade, destes mais de 12 milhões utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA-SBC,2010).

A hipertensão arterial apresenta custos socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SBC, 2010). Para tanto, a identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculo entre os portadores de Hipertensão Arterial (HA) e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do tratamento que podem evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade devido a esse agravo (BRASIL, 2001).

Para uma atenção integral ao portador de HA, o Ministério da Saúde (MS) criou o plano nacional de combate à hipertensão. Esta é uma estratégia que visa aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial, através da reorganização da rede básica dos serviços de saúde/SUS dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento (BRASIL, 2001). Esse plano está inserido na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS). Entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, destaca-se o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa, tratamento e ações educativas que vem acontecendo a partir de 2003 (BRASIL, 2003).

Uma das barreiras enfrentadas no atendimento de portadores de hipertensão é a falta de adesão ao tratamento. Pois 50% dos hipertensos diagnosticados não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a Pressão Arterial (PA) controlada. Entre 30% e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos (LESSA, 2004).

Inúmeras são as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas que têm impacto positivo na redução da PA. Há evidências, principalmente de estudos observacionais, de que a adoção de um estilo de vida saudável que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico, controle do peso, alimentação saudável, pode contribuir na prevenção e no tratamento da HA (SBC, 2010).

Para melhor atender a essas necessidades, os sujeitos hipertensos e seus familiares precisam de auxílio e atenção, que podem ser proporcionados pelas redes de apoio social. Estas adquirem um papel relevante na vida das pessoas portadoras de doenças crônicas, no sentido de amenizar as limitações que enfrentam durante o

tratamento, mantendo os laços sociais, com repercussões positivas sobre a saúde (BRASIL, 2006a).

As redes de apoio social referem-se às relações próximas e significativas que os indivíduos estabelecem no decorrer da vida, as quais representam o apoio recebido e atribuído por estes (ANTUNES; FONTAINE, 2005). Também são consideradas como uma forma de suporte, pois podem proporcionar troca de experiências, autoconfiança, satisfação com a vida e habilidade de enfrentar os problemas, principalmente quando se trata de situações difíceis, impostas pelas doenças, em especial as doenças crônicas que demandam dos portadores modificação no estilo de vida (VALLA, 2000; RIBEIRO, 2005).

Entre as diversas redes de apoio encontradas, destacam-se a família, os vizinhos, as lideranças comunitárias e religiosas, no que se refere ao apoio para a realização de suas atividades diárias e à ajuda em situações especiais (LANDIM *et al.*, 2006). Os vínculos de amizade e laços familiares estão associados a comportamentos positivos, que podem vir a contribuir na recuperação da saúde e na prevenção de doenças (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A rede social de uma pessoa, segundo Sluzki (1997) é constituída pelos sujeitos com quem interage regularmente, realizando trocas que acabam por definir sua própria identidade e finalidade.

Entre os elementos formadores da rede de apoio social dos sujeitos, os serviços de saúde constituem-se uma das alternativas para o tratamento e cuidado à saúde. Todavia, nem sempre os profissionais de saúde valorizam os demais membros da rede, no atendimento prestado aos clientes. Ao desconhecer a existência de outras formas de apoio no cuidado, eles perdem a oportunidade de identificar possíveis parcerias, que podem fortalecer a relação com o usuário de modo a propiciar maior interação e criação de vínculo, considerado essencial no atendimento da atenção primária em saúde (SLUZKI, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que integra a Atenção Básica por meio de suas equipes, considera o indivíduo inserido em um contexto familiar e comunitário. Leva em conta também que o ambiente social, o entorno territorial e os círculos sociais estabelecidos a partir do indivíduo, são determinantes no estado de saúde (BRASIL, 2000). Nessa perspectiva, esta proposta tem como norteadores para a prática do profissional de saúde o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e a corresponsabilidade com a população atendida.

O modelo de atenção proposto na ESF implica em estruturar uma prática de atendimento diferente da clínica tradicional, pensar a saúde e a doença não exclusivamente no indivíduo, mas a partir deste enquanto ser inserido em um contexto social (MARTINS; FONTES, 2008). Essa abordagem encadeia a ligação entre os diversos atores que compõem as redes de apoio social, uma vez que estabelece contatos com as famílias, vizinhos e lideranças comunitárias.

Desta forma, podem incentivar a interação entre as várias iniciativas de apoio e incorporar as práticas de apoio social às ações de saúde (OLIVEIRA; BASTOS, 2000). Para tanto, faz-se necessária uma interconexão entre os diversos integrantes da equipe de saúde com os participantes da rede social do usuário. Envolver as redes sociais nas ações de saúde, e no caso das pessoas portadoras de hipertensão arterial no processo de enfrentamento da doença, adesão ao tratamento e prevenção das complicações, possibilita o atendimento de forma integral a essa população (RIBEIRO, 2005).

Dentro dessa abordagem, assim como a população se organiza criando estratégias de apoio social que beneficiam a saúde física e mental, os profissionais de saúde também podem fomentar o apoio social ao incentivar a consolidação de redes sociais já existentes ou favorecer o desenvolvimento de novas redes (SLUZKI, 1997).

O interesse pela temática surgiu a partir de minha prática como enfermeira de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família de um município rural da região Sul do Brasil, na qual atuei por cinco anos. Durante esta experiência, vivenciei dificuldades no atendimento ao portador de hipertensão arterial, pois a maioria residia em regiões distantes do serviço de saúde, fato que comprometia o comparecimento ao serviço e desta forma o acompanhamento pelos profissionais de saúde.

Tais dificuldades afastavam os hipertensos do programa HIPERDIA no que se refere às consultas de rotina, reuniões do grupo e monitoramento da pressão arterial. Diante desta situação, tentava-se minimizar as dificuldades com a realização de visitas mensais nas comunidades com entrega de medicação anti-hipertensiva, verificação da pressão e orientações. Todavia, era necessário que estes doentes crônicos buscassem suporte das pessoas de convívio próximo para auxiliar no tratamento e nos cuidados gerais com a enfermidade, pois sabe-se que a

hipertensão arterial suscita cuidados diários que são considerados fundamentais para a adesão à terapêutica e prevenção das complicações.

Para tanto, na perspectiva de buscar formas de apoio para melhor enfrentar essa condição crônica de saúde, julga-se ser de relevância conhecer “Qual a rede de apoio social do portador de Hipertensão Arterial?” Pois acredita-se que o conhecimento desta pode contribuir com subsídios para se repensar e redirecionar as práticas sanitárias no âmbito da promoção da saúde ao portador de hipertensão arterial.

1.1 OBJETIVO

- Conhecer a rede de apoio social do portador de Hipertensão Arterial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item, serão abordadas questões referentes a Redes de Apoio Social e Doença Crônica com especial enfoque na HA.

2.1 REDE E APOIO SOCIAL

O estudo das redes de relacionamentos sociais em grupos humanos teve seu desenvolvimento iniciado por antropólogos e sociólogos a partir de 1930 (SILVA, 2003). Um dos pioneiros a¹ utilizar a temática de rede em estudos científicos foi o antropólogo Barnes na década de 50, que analisou as relações de parentesco e amizade em uma comunidade de pescadores na Noruega, e evidenciou a importância de vínculos extra-familiares na vida cotidiana (SLUZKI, 1997).

Contudo, os estudos sobre redes associadas ao termo “apoio social” emergiram nos anos de 1960 e 1970 tendo como precursor o sociólogo Emile Durkheim, que no final do século XIX destacava a importância das relações interpessoais na saúde. Fato que foi verificado em seus estudos, ao evidenciar uma maior probabilidade de suicídio em indivíduos isolados socialmente quando comparados com os que tinham uma rede social ampla e integrada (DURKHEIM¹, 1951 *apud* SLUZKI, 1997).

Existem relatos de que os trabalhos iniciais sobre rede de apoio social e saúde foram desenvolvidos pelo epidemiologista John Cassel (1974, 1976), ao compilar evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento em geral. Esta ruptura dos vínculos pode ser desencadeada por diversos fatores, principalmente os psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida, tais como separações, adoecimentos, morte de entes queridos, desemprego, migração, entre outros, influenciando as condições gerais de saúde e a qualidade de vida (CHOR *et al.*, 2001).

¹ DURKHEIM, E. **Suicide**. Nova York: Free Press, 1951.

Estudos realizados com portadores de enfermidades diversas como hipertensão arterial, depressão, tuberculose e com vítimas de acidentes, evidenciaram que a maioria dos acometidos não estavam (ou não sentiam-se) inseridos em uma rede de apoio mútuo, e além disso haviam vivenciado perdas importantes de laços sociais (como: viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de moradia) (PILISUK² ; MINKLER, 1985 *apud* CHOR *et al.*, 2001). Investigações posteriores confirmaram a correlação entre a presença de uma rede social e o risco de morrer por doença coronariana, acidente vascular cerebral e por neoplasias malignas (DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997; DALGARD³, HAHEIM, 1998, *apud* ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

No Brasil, o incremento dos estudos sobre redes sociais surgiu a partir da reforma psiquiátrica, pois esta possibilitou a participação de outros atores no processo terapêutico do portador de transtorno mental, estes incluíam os ciclos sociais mais próximos como (a família, os vizinhos, amigos), aliados ao campo profissional. A partir de então, as redes sociais são consideradas como importante auxiliar no tratamento, e estendem-se para outros níveis de atenção à saúde (FONTES, 2007).

Ao enfatizar a importância dos relacionamentos sociais no processo de saúde-doença, o conceito de rede social assume relevância, e pode ser compreendido como um sistema de elos, uma estrutura sem fronteiras, uma comunidade, um sistema de apoio. Neste sentido, a rede social representa um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses comuns (MARTELETTO, 2001).

Para Pinto e Junqueira (2009), as redes sociais referem-se a um grupo de indivíduos e organizações, conectados, que vão construindo e reconstruindo a estrutura social. Essa conexão se dá por meio das relações sociais que se manifestam de maneiras diversas e expressam a complexidade do mundo social. Barbosa, Byington e Struchiner (2000) complementam que as relações podem ser

² PILISUK, M.; MINKLER, M. Supportive ties: A political economy perspective. **Health Education Quarterly**, v.12, n.1, p.93-106, 1985.

³ DALGARD, O. S.; HAHEIM, L. L. Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 52, p. 476-481, 1998.

constituídas por pessoas, grupos ou outras unidades, com ligações simétricas ou assimétricas.

Deste modo, as redes também são consideradas como sistemas organizacionais que reúnem indivíduos e instituições de forma democrática e participativa em torno de objetivos comuns, visto que a convivência entre os integrantes de uma rede, os laços de afinidade, podem proporcionar o apoio social entre os membros (SIQUEIRA; BETTS; DELLAGLIO, 2006).

No entanto, nesta pesquisa adotaremos o referencial de redes proposto por Sluzki (1997), visto que este pesquisador é considerado referência de destaque nos estudos sobre rede social na área da saúde:

Rede social é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem (SLUZKI, 1997, p. 41).

Em relação à classificação, as redes sociais estão dispostas de acordo com as características estruturais (composição e tipos); funções estabelecidas (apoio social fornecido) e os atributos do vínculo entre os membros (SLUZKI, 1997).

Seguindo a referida classificação, as principais dimensões que compõe a rede social estão organizadas (SLUZKI, 1997): quanto ao tamanho (número de pessoas com as quais tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de reciprocidade, intimidade, disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre os indivíduos: idade, condição de saúde), simetria (grau de reciprocidade nos relacionamentos), enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio).

A literatura aponta dois tipos de redes sociais: as informais constituídas pelos familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais (clubes e igrejas, entre outros), que estão diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades diárias, e a rede formal de atendimento que abrange as organizações sociais, como hospitais, serviços de saúde, programas governamentais, como também profissionais qualificados, organizados para prestar serviços às pessoas que necessitam (MARQUES; LANDIM, 2007).

Para Sluzki (1997), a rede social do indivíduo inclui todo o conjunto de vínculo interpessoal e está representado pela família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias que incluem serviços de saúde, agências sociais e religiosas. Deste modo, para caracterizar a rede de um indivíduo é importante considerar o contexto em que este está inserido seja histórico, político, econômico, religioso, de meio ambiente, de serviços públicos como parte do universo relacional (SLUZKI, 1997).

A primeira rede social do indivíduo é formada pelo sistema familiar, no qual são estabelecidos os primeiros vínculos desde a infância, onde se adquire a capacidade de relacionar-se com o mundo e a de desenvolver laços afetivos (SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006). Antunes e Fontaine (2005) apontam a família como o contexto primordial para desenvolver a sensação de bem-estar, contribuir nas habilidades adaptativas e na proteção de eventos adversos. Assim, a rede familiar é uma forma de apoio na redução de impacto resultante de exposição a eventos estressores, como espaço de socialização e na promoção da saúde.

A família, além de um espaço em que se proporciona proteção e no qual seus membros se sentem pertencentes a um grupo unidos por laços de amor e afeto, também tem sido definida como um sistema de saúde para os seus integrantes. Quando se sente fragilizada por uma situação de doença, ela utiliza conhecimentos culturais, valores, crenças e práticas para guiar suas ações, tendo em vista a manutenção do bem-estar de seus componentes (WAIDMAN; ELSÉN, 2004).

Quando os relacionamentos em casa não são satisfatórios, existe a tendência a buscar outros espaços para que essas necessidades sejam supridas. A rede de amizade tem sido considerada como uma relação de suporte e de intimidade mútua, visto que os amigos são escolhidos por questões de afinidade social ou para suprir alguma falta encontrada na família (ANTUNES; FONTAINE, 2005).

Outras redes que podem ser utilizadas principalmente por pessoas com doenças crônicas são os grupos comunitários, que podem atuar como fatores de proteção, de forma preventiva ou interventiva. O envolvimento comunitário muitas vezes é visto como fator que promove o aumento da confiança pessoal, satisfação de vida, capacidade de enfrentar os problemas e desenvolvimento de autoestima (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). A atuação dos grupos de forma preventiva

proporciona o diálogo e cria novos tipos de vínculos com a comunidade (BELGRAVE, 2002).

No estudo realizado por Cunha *et al.* (2006) que visou conhecer a rede social utilizada pelos portadores de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial foi possível verificar a forte relação com as instituições de saúde pelo fornecimento da medicação, aferição da pressão e glicemia. Também foram citadas as relações próximas com vizinhos, amigos, familiares e os grupos de convivência, religiosos e de educação em saúde, como sendo as principais formas de apoio para conviver com uma condição crônica. O estudo revela que as pessoas que possuem uma rede social consistente demonstram maior motivação para cuidar e conviver de modo mais saudável com a doença crônica.

Os sujeitos por meio de constante interação com familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, membros da igreja ou das associações comunitárias, entre outros, vão constituindo a sua identidade e, desta forma, construindo e reconstruindo a sua rede de relações sociais ao longo da vida (SLUZKI, 1997). Esta rede é dinâmica e oferece subsídios para enfrentar as adversidades, promovendo processos de resiliência e desenvolvimento adaptativo (SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006).

A importância das redes sociais como estratégia utilizada no enfrentamento dos problemas de saúde-doença e dos impasses do cotidiano, vem sendo apontada por diversos autores, uma vez que os sujeitos estão expostos a diferentes situações estressantes e empecilhos na sua vida diária. Neste sentido, a forma como a rede social está estruturada influencia diretamente nos recursos de apoio que estas proporcionam na resolução de problemas e oportunidades da vida social (LACERDA *et al.*, 2006).

Deste modo, o apoio social é resultante das relações interpessoais estabelecidas pelos membros que constituem a rede e podem ter um efeito benéfico para a vida das pessoas, visto que o tipo de relações sociais estabelecido entre os integrantes da rede determina a forma de apoio fornecida (MOREIRA, SARRIERRA, 2008; SLUZKI, 1997). Diante disso, é relevante destacar o conceito de apoio social, que na concepção de Valla (1999) é considerado como:

Qualquer informação, falada ou não, e/ ou auxílio material, oferecido por grupos e/ ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que

recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras. (Valla, 1999, p.10).

Para tanto, o apoio social refere-se ao nível em que as relações interpessoais atendem a determinadas necessidades ou funções (LEVER; MARTINEZ, 2007; SLUZKI, 1997). E pode estar relacionado aos aspectos positivos que permeiam as relações sociais, através do compartilhamento informações, do auxílio em momentos de crise e da assistência às pessoas na adaptação de determinadas situações como estresse, ajustamento social, enfermidades (ANDRADE *et al.*, 2005; SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006; ANTUNES; FONTAINE, 2005).

A literatura distingue diferentes funções e formas de apoio social, existindo uma grande variabilidade nas propostas dos investigadores. Diante disso, adotou-se a classificação sugerida por Sluzki (1997) e complementou-se com as considerações de outros autores, assim, o apoio social classifica-se como apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e conselho, apoio instrumental e acesso a novos contatos.

O apoio emocional é concebido pela confiança em compartilhar sentimentos e problemas, que faz com que o sujeito sintam-se protegido; é característico das amizades íntimas, com baixos níveis de ambivalência. Refere-se a um processo de ajuda que gera atitude emocional positiva e reforça a estima e a confiança dos sujeitos, por se sentirem acolhidos, cuidados, valorizados e respeitados pelos outros (SLUZKI, 1997; ANDRADE, 2005). Pesce *et al.* (2004) acrescenta que o apoio emocional é fornecido através da demonstração de afeto e amor, como dar um abraço; esta forma de apoio é fundamental para transmitir qualidade às relações sociais e contribuir para a manutenção dos vínculos.

O apoio social pode servir como função de companhia social também referido como apoio de interação positiva que é comum na realização de atividades em conjunto, como se divertir, fazer atividades agradáveis e distrair-se com alguém. Esse tipo de apoio é muito encontrado nas amizades íntimas, relações familiares próximas, grupos religiosos, de autoajuda, e nas relações entre profissionais de saúde e pacientes (SLUZKI, 1997; PESCE *et al.* 2004).

Outra forma de apoio é o guia cognitivo e conselho, cuja função é compartilhar informações pessoais e sociais, esclarecer dúvidas, bem como fornecer conselhos e orientações que podem ajudar os sujeitos a solucionarem os problemas

e adquirirem maior conhecimento sobre os cuidados em saúde (SLUZKI, 1997). Também é importante em situações de estresse para resolver conflitos e tomar decisões (LACERDA, 2002).

A função de regulação ou controle social propõe modos de condutas adequadas, estabelece acordos e normas de convivência e reafirma as responsabilidades de papéis dos membros da rede (SLUZKI, 1997).

O apoio instrumental, definido como ajuda material ou de serviços, compreende diversas atividades, como a ajuda física, o auxílio nos trabalhos domésticos e a realização de algumas tarefas para os indivíduos que estão fisicamente incapacitados, até auxílio financeiro ou material propriamente dito (LACERDA, 2002; SLUZKI, 1997).

O acesso a novos contatos permite conexões com pessoas e redes que até então não faziam parte do convívio social do indivíduo, família, grupo e comunidade. As relações que se estabelecem com membros de outras redes sociais é uma possibilidade de formar novas conexões e ampliar a rede de relacionamentos (SLUZKI, 1997).

As diversas formas de apoio social compreendem um processo mútuo, que geram efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece, de modo a permitir que exista um processo de troca e interação entre os membros (VALLA, 1999). Todas as relações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas, advindas dos diversos microssistemas nos quais está inserido, como família, amigos, escola, abrigo, entre outros, podem assumir o papel de fornecer apoio (SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006).

Assim, a prática do apoio social deve ser permeada por momentos de afeto, união, afinidade, empatia, diálogo, escuta, contato físico, calor humano, informação e respeito às diferenças. Todas essas relações são responsáveis pela formação do vínculo entre os integrantes da rede, que pode contribuir para manutenção do bem-estar individual e coletivo, minimizar situações estressantes e, por conseguinte, melhorar a saúde e a qualidade de vida (PEREIRA, 2007).

Desta forma, cada vínculo é classificado em termos de seus atributos, ou seja, suas características; estas são definidas por Sluzki (1997) como: função predominante, principal papel desempenhado pela rede; multidimensionalidade, refere-se às diferentes funções de apoio que são desempenhadas pela rede; reciprocidade, trata-se das trocas de apoio da rede; intensidade, o grau de

envolvimento entre as pessoas; frequência dos contatos, quanto maior a distância, maior a necessidade de manutenção; história da relação, há quanto tempo se conhecem. Essas variáveis são interdependentes entre si e a estabilidade e confiabilidade do vínculo resultam da combinação desses atributos.

Para tanto, o poder da rede está na riqueza de suas conexões e dos vínculos estabelecidos quando existe a colaboração entre seus membros, reconhecendo o outro como um sujeito de opiniões, portador de um conhecimento, com capacidade de interação (FEUERWERKER; SOUSA, 2000).

No caso dos portadores de doenças crônicas, o vínculo estabelecido com o serviço de saúde e a participação em trabalhos de grupos favorecem a interação com outras pessoas, visto que as atividades em grupo possibilitam conhecer as experiências pessoais dos seus membros, e a ação de identificarem-se com os problemas dos demais, pode auxiliar na recuperação da saúde (SLUZKI, 1997).

Existem evidências que uma rede social estável, ativa e confiável protege as pessoas contra doenças, afeta a eficiência no atendimento dos serviços de saúde, acelera os processos de cura, aumenta a sobrevivência, enfim, é geradora de saúde. Em contrapartida, a presença de uma doença – especialmente as enfermidades crônicas – debilita e reduz a capacidade de interação social dos indivíduos, por sentirem-se incapazes de ajudar os outros, o que os levam a se isolar dos seus contatos, causando, assim, impacto negativo na rede social (SLUZKI, 1997).

Contudo, a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, como fumo, pressão arterial elevada, obesidade e a ausência de atividade física, as quais acarretam implicações clínicas para saúde individual e coletiva (ANDRADE; VAISTMAN, 2002).

Vários estudos realizados evidenciam os benefícios da rede de apoio social para a saúde das pessoas. A fim de enriquecer este trabalho serão listadas na sequência algumas destas pesquisas.

O estudo realizado por Nunes (2009) documenta os benefícios físicos e psicológicos do apoio social aos portadores de doença crônica (diabetes) e mostra como os sujeitos que disponibilizam deste, se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de estresse; recuperam-se mais rapidamente de enfermidades com diagnósticos recentes e reduzem o risco de mortalidade por doenças específicas como o caso da diabetes. Relata ainda que os diabéticos que se beneficiam de maior apoio social, usufruem de melhor qualidade de vida.

O estudo de Lever e Martinez (2007) refere que pessoas com alto nível de apoio social apresentam adequada autoestima, autoconfiança, e também desenvolvem estratégias mais adaptativas para lidar com situações adversas.

Em um estudo realizado com portadores de diabetes melitus, Silva *et al.* (2003) relatam que a rede de apoio social tem por finalidade aliviar o estresse em situação de crise, e assim inibir o desenvolvimento de doenças e, no caso da enfermidade já instalada, tem um papel de suporte positivo para a recuperação. Os resultados reforçam a ideia da existência de efeitos positivos diretos entre o apoio social e a saúde, caracterizados pela diminuição dos níveis glicêmicos, e efeitos positivos indiretos associados ao estresse psicológico induzido pela doença, com redução do risco de depressão.

Também foi encontrado no estudo de Cassel⁴(1976, *apud* Lacerda, 2002) a constatação de que as relações sociais ajudam os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e enfrentarem melhor as adversidades da vida. A presença de alguma forma de apoio social anularia os efeitos deletérios do estresse no organismo, além de aumentar a imunidade corporal e a resistência orgânica, reduzindo o adoecimento físico e psicológico.

No estudo de Andrade *et al.* (2005) realizado com mulheres em relação à realização do autoexame de mamas os autores investigaram a associação entre a frequência da realização com o apoio social recebido. Concluíram que em todas as dimensões de apoio social (material, emocional, afetivo, de informação e interação social positiva), a chance de praticar o autoexame foi aproximadamente duas vezes maior entre aquelas que recebiam alguma forma de apoio, sugerindo que este pode contribuir positivamente para as práticas de autocuidado à saúde.

Martire e Schulz (2007) em um estudo com portadores de doenças crônicas demonstraram que intervenções médicas realizadas com a participação dos familiares próximos possuem consequências favoráveis ao bem-estar físico e emocional. Os autores concluíram que o suporte social fornecido pelos familiares possibilita que os doentes crônicos vivam de forma mais independente e autônoma possível. Portanto, a inclusão de um membro da família na atenção ao portador de doença crônica tem potencial para aumentar os efeitos das orientações realizadas e também beneficiar a família.

⁴ CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Medicine**, v.104, p.107-123, 1976.

No atendimento à saúde, torna-se importante o mapeamento da rede social dos sujeitos atendidos, visto que amplia a visibilidade dos profissionais de saúde e dos próprios usuários, desta forma possibilita identificar os problemas, conflitos e ampliar a compreensão do processo de saúde-doença. Além disso, auxilia na definição de estratégias e intervenções, na qual os sujeitos tornam-se agentes ativos em sua própria mudança (SLUZKI, 1997).

Nessas circunstâncias, a participação dos profissionais de saúde ganha centralidade na Rede Social dos sujeitos, cabendo-lhes incentivar as habilidades sociais, que podem ser adquiridas num contexto de apoio e estímulo. Entre os profissionais de saúde enfatiza-se o papel do enfermeiro como o principal elo entre a equipe de saúde e as redes de apoio social, pois por encontrar-se numa posição privilegiada e estabelecer uma relação de proximidade com as pessoas e seus familiares favorece a mobilização de recursos de apoio disponíveis por meio de intervenções tanto da própria rede social como da equipe de saúde (HUTCHISON, 1999).

As redes de apoio social além de suprir as carências das políticas públicas e ser considerado espaço de cidadania e interdependência entre os membros da sociedade, enquanto movimento social, podem representar uma oportunidade de luta e elaboração de propostas visando à implementação de políticas sociais mais justas (LIMA; NORMAN;LIMA, 2005).

2.2 DOENÇA CRÔNICA

A transição demográfica e epidemiológica nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem proporcionado alterações nos quadros de morbi-mortalidade da população, resultando em um aumento significativo na incidência e prevalência de doenças crônicas em faixas etárias cada vez mais precoces (MALTA, *et al.*, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) define as doenças crônicas como enfermidades de evolução prolongada, que permanecem ao longo da vida e comprometem a saúde e a funcionalidade da pessoa acometida. Sua incidência é

crescente e tende a aumentar com o avançar da idade, e afetar de forma significativa a preservação da saúde e a qualidade de vida das pessoas.

As enfermidades crônicas caracterizam as principais causas de morte e incapacidade no mundo. São responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais, dentre essas, destacam-se as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que incluem as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e enfermidades do sistema respiratório (OMS, 2005).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte, sendo responsáveis por 29,4% dos óbitos em 2008. Em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33. A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (BRASIL, 2009a).

Além disso, a hipertensão arterial é um dos problemas de saúde mais prevalentes, calcula-se a existência de 600 milhões de hipertensos em todo o mundo, enquanto que no Brasil a prevalência varia de 40% a 50% da população acima de 40 anos (BRASIL, 2006a). Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS de acima de 30% considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SBC, 2010)

Para fins de classificação, a HA é considerada como doença crônica não transmissível, altamente prevalente, de elevado custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo. Caracteriza-se por ser assintomática e multifatorial com elevação sustentada da PA sistólica de 139mmhg ou mais e/ou PA diastólica de 89mmhg ou mais (SBC, 2010).

Em relação à causa base da hipertensão arterial pode ser classificada em primária ou secundária. Sendo que a primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, pode estar associada a fatores genéticos e ambientais. No entanto, a HA secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da

doença primária, sua origem provém de alterações orgânicas como, por exemplo, alterações renais ou endócrinas (CORRÊA, 2006).

Por ser uma doença de evolução insidiosa que progride de forma assintomática na maioria dos casos, favorece o surgimento de complicações, tais como: o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, angina do peito, infarto do miocárdio e doença vascular periférica (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Esses agravos representam 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Esses dados revelam que a HA é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo e um agravamento de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida. Para tanto, mudanças no estilo de vida são recomendadas para a redução da pressão arterial, bem como a prevenção de complicações. Para isso, hábitos saudáveis devem ser adotados, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (SBC, 2010).

Assim, para o tratamento da HAS, além do uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos, é fundamental as modificações no estilo de vida, essas incluem: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e tabagismo (SBC, 2010). Deste modo, as mudanças ocorridas na vida dos portadores de hipertensão demandam rever comportamentos, com modificações em seus hábitos diários, enfim, provocam uma reestruturação em suas vidas (BASTOS; BORESTEIN, 2004).

Em seu estudo com sujeitos hipertensos, Peres, Magna e Viana (2003) destacam que mudar um estilo de vida, como, por exemplo, os hábitos alimentares a partir da redução do sal e da gordura, podem levar ao isolamento social em função dos sujeitos deixarem de ir a festas e reuniões para evitar ingerir alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer (beber, fumar e comer), perdas financeiras e na capacidade física.

Essas perdas podem ocasionar desânimo, tristeza e depressão, sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida. Desta forma, quanto mais precoce a HAS for detectada, maiores são as chances e oportunidades

de educar o indivíduo, estabelecendo assim um estilo de vida pertinente às suas condições (REZENDE *et al.*, 2003).

Sobre as dificuldades de adesão ao tratamento, a literatura comenta a respeito da problemática de o indivíduo muitas vezes assintomático reconhecer-se como doente, justificando esta resistência pela dificuldade em aceitar a mudança de hábitos considerados por ele como prazerosos, ou principalmente pela necessidade de fazer uso diário de medicação anti-hipertensiva, mesmo sem apresentar sintomatologia (GARCIA *et al.*, 2007).

Para tanto, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um processo complexo, que pode estar relacionado com fatores internos como comportamentais e de enfrentamento das adversidades, e fatores externos, como o contexto onde o sujeito está inserido e sua rede de apoio (LOPES *et al.*, 2008).

Neste sentido, o controle da hipertensão tem se constituído em um desafio para profissionais de saúde, pois de um lado o tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais a sua própria saúde, e de outro, inclui as relações familiares e comunitárias, para que todos se envolvam na mudança de atitude (CADE, 2001).

Deste modo, percebe-se que a família do hipertenso é um importante componente desta rede atuando principalmente no suporte para o cuidado diário, além de fornecer auxílio no tratamento da doença (LOPES, *et al.*, 2008; FAÉ, *et al.*, 2006)

Além do apoio familiar e comunitário, os portadores de hipertensão arterial são acompanhados pelo serviço de saúde que se constitui como uma referência no cuidado com a hipertensão arterial, sendo importante destacar que os profissionais que atuam na unidade básica de saúde (UBS) têm um papel importante no sentido de promover a educação em saúde de grupos de risco e fornecer apoio a estes indivíduos durante o diagnóstico e a conduta terapêutica. Além disso, a atuação de uma equipe multidisciplinar serve como medida para unir esforços na promoção da educação e no fornecimento de informações a estes indivíduos, evitando o abandono do tratamento, na adesão adequada à terapêutica e na prevenção das complicações (BRASIL, 2006b).

A implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS. A

prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBC, 2010).

A prevenção primária da hipertensão tem como objetivo a redução ou modificação dos fatores de risco para doença hipertensiva através da implementação de políticas apropriadas e programas educativos que busquem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença. Desta forma, visa garantir um atendimento de forma integral ao hipertenso de modo a atender as suas necessidades de saúde, visando o controle da PA (BORGES; SANTOS, 2004).

Para fazer frente a esse agravo e implementar a atenção de forma integral a partir da atenção básica, o Ministério da Saúde implantou em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006a). O objetivo deste foi o estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização dos profissionais da rede básica, garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e ampliação de um atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessa patologia na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

A priorização do cuidado a esse segmento populacional é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas em áreas prioritárias de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

No Brasil, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, como parte do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes melitus (BRASIL, 2001). O HIPERDIA é um sistema de informação em saúde que tem como objetivos principais permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e, desta forma, gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos (JARDIM; LEAL, 2009).

O acompanhamento e monitoramento dos portadores de hipertensão arterial contam com a participação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja proposta visa a promoção da saúde e integralidade da assistência ao usuário. Atua com uma equipe multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de

enfermagem e agente comunitário de saúde, cujo processo de trabalho pressupõe ações intersetoriais que envolvem família e comunidade, e considera a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Dentre as prioridades de atendimento das equipes da ESF, destacam-se os portadores de hipertensão arterial (BRASIL, 2006a; BESEN *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde preconiza uma equipe mínima para a atuação na Estratégia Saúde da Família, todavia a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, cirurgiões dentistas, professores de educação física é vista de forma positiva, não só para o atendimento dos hipertensos, mas também para aqueles com outras patologias crônicas como o diabetes (BRASIL, 2006a). A abordagem da hipertensão por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhe motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

Dentre as ações mínimas de responsabilidade da equipe de ESF no atendimento aos portadores de hipertensão arterial destaca-se, realizar diagnóstico precoce de casos, cadastramento e acompanhamento de portadores, realização de visitas domiciliares, busca ativa de faltosos ao programa e efetivação de atividades educativas de promoção da saúde, individual e/ou em grupos. Diante desta proposta, a atenção ao portador de hipertensão arterial é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco (BRASIL, 2001).

A ESF procura realizar a detecção precoce de portadores de hipertensão arterial e os acompanhamentos periódicos para evitar o surgimento de complicações, assim como desenvolve ações para outras doenças crônicas. Com o acesso dos profissionais de saúde às famílias dos hipertensos, bem como ao contexto onde este está inserido, amplia-se a possibilidade de realizar ações de prevenção que abarquem além dos doentes crônicos, também a sua rede de relação social, fato que pode contribuir para que os integrantes da rede se envolvam no tratamento e auxiliem na adoção de hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento (SBC, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho constitui-se como uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa permite ao pesquisador compreender a dinâmica interna de grupos, instituições e atores (MINAYO, 2004). Portanto, para estudar redes de apoio social de portadores de hipertensão arterial é preciso analisar a forma na qual o sujeito está inserido em determinado contexto, como se constroem seus vínculos frente à necessidade de superação dos problemas cotidianos, e a influência destas dinâmicas relacionais no cuidado à saúde em relação à doença crônica.

A opção pela abordagem qualitativa ocorreu devido à sua característica em trabalhar com as relações sociais, valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões, por ser um tipo de investigação que busca a compreensão do tema pesquisado, por meio de análise, síntese de ideias e conceitos, com envolvimento de aspectos emocionais e contextuais. O entendimento dos fatos ocorre a partir da interpretação do sujeito em relação a sua vivência cotidiana e, é por isso, além da visão do pesquisador em relação ao fenômeno deve ser também considerado o que o sujeito pensa a respeito do que está sendo pesquisado (MINAYO, 2004).

Os estudos descritivos almejam conhecer a comunidade, suas características, seus problemas, descrever os fatos e fenômenos da realidade, entre outros. Desta forma, este método se propõe a encontrar e observar fenômenos, com o intuito de descrevê-los, classificá-los e interpretá-los em um determinado contexto (MINAYO, 2004)

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Saúde da Família de um município da região metropolitana de Curitiba (PR). A escolha do local deu-se em

função do vínculo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com a Secretaria municipal de Saúde do município através de projetos de extensão e pesquisa, dentre eles, Projetos de Extensão, Residência em Saúde da Família e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Em relação às características gerais do município de estudo, este possui população aproximada de 247.267 habitantes, densidade demográfica de 1.250,06 hab./km², sendo que 35.048 pessoas vivem em situação de pobreza, o equivalente a 8.921 famílias. A atividade econômica prevalente baseia-se na indústria extrativa mineral e na agricultura. O município está localizado a 17,30 km² da capital Curitiba-PR (IPARDES, 2009). No que se refere ao serviço de saúde, dispõe de 21 Unidades de Saúde (US), divididas em três distritos sanitários, destas US, apenas 9 possuem cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que equivale a 28 equipes.

Para seleção do local de estudo, utilizou-se a base de dados do Programa HIPERDIA a fim de identificar a distribuição dos hipertensos no município. Conforme dados do HIPERDIA de outubro de 2009, o município possui um total de 15.585 portadores de hipertensão arterial, sendo 11.182 hipertensos e 4.403 hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2009b)

Para tanto, considerou-se a Unidade de Saúde (US) que apresentou o maior número de hipertensos cadastrados. Assim, selecionou-se a U.S que possuía um total de 1088 hipertensos cadastrados, com cobertura de três equipes de ESF divididas em três áreas de atuação, estas eram responsáveis pelo atendimento de uma população total de 14.572 pessoas.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos desse estudo foram 31 portadores de hipertensão arterial de ambos os sexos, cadastrados e acompanhados pelo programa HIPERDIA pertencentes às três áreas de abrangência de uma Unidade de Saúde da família.

Para a seleção dos participantes do estudo utilizou-se como critérios de inclusão: ser adulto de 18 a 60 anos, estar cadastrado no programa HIPERDIA há

mais de um ano, aceitar participar do estudo e morar na área de abrangência da unidade de saúde selecionada.

Justifica-se o critério de escolha dos sujeitos serem cadastrados há mais de um ano no programa, pois acredita-se que estes já incorporaram as mudanças ocorridas no modo de vida pela condição de ser portador de uma doença crônica e estas mudanças podem relacionar-se com o estabelecimento de novos vínculos na rede de apoio em decorrência da condição de saúde.

Com relação ao critério idade, optou-se pela faixa etária de 18-60 anos e justifica-se pelo fato de que nessa etapa de vida os adultos estão em período produtivo. Assim, nesta fase, novas habilidades são requeridas como: realização de tarefas em grupo, exercício da liderança em algumas atividades, a constituição de uma nova família, o desempenho de um papel familiar, oportunidade de contato com diferentes grupos culturais, tanto no exercício profissional quanto no lazer (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Para seleção da população de estudo foram avaliadas todas as fichas de cadastro do programa HIPERDIA das três áreas de abrangência da unidade. Do total de 1088 hipertensos, foram excluídos os portadores de diabetes, Hipertensão e diabetes, os que não correspondiam à faixa etária selecionada, e aqueles que estavam cadastrados no programa há menos de um ano, totalizando 416 sujeitos,

Para identificar os usuários ativos, realizou-se um levantamento na ata das reuniões do grupo de HIPERDIA a fim de identificar os faltosos no programa, sendo que foram considerados aqueles que não participaram de três reuniões consecutivas, totalizando para a nossa amostra 324 sujeitos.

A partir da listagem dos usuários ativos frequentadores das reuniões no programa, foram selecionados representantes de todas as áreas. Utilizou-se como critério para a seleção a amostragem sistemática, visto que quando o número de sujeitos a serem estudados é muito extenso, e o pesquisador não conhece ou conhece superficialmente os sujeitos a serem pesquisados, é possível selecionar uma amostra representativa dessa população (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003). Neste caso, representada por 10% dos usuários, esse percentual foi proposto, pois a população era heterogênea e existiam vários bairros e portadores de hipertensão arterial de vários níveis de gravidade. Por tratar-se trata de pesquisa qualitativa este número pode proporcionar a saturação das informações obtidas.

A amostragem sistemática permite definir o intervalo em que os sujeitos serão sorteados, para isso divide-se o tamanho da população pelo número de indivíduos que se deseja estudar, neste caso pretendia-se estudar 10% dos sujeitos que equivale a uma população de 32 representantes, para tanto o intervalo definido foi de 11. A partir de uma ordenação natural de sujeitos numerados de 1 a 324, selecionou-se aleatoriamente um hipertenso entre os 11 primeiros, (essa etapa é conhecida como início casual) em seguida, ordenou-se os sujeitos seguindo o intervalo de 11 em 11, a partir do primeiro sujeito selecionado (BERQUÓ, SOUZA, GOTLIEB, 1981).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu entre outubro de 2009 a abril de 2010. Inicialmente, realizou-se contato com a autoridade sanitária local da US selecionada, com a intenção de apresentar o projeto, e solicitar a autorização para o seu desenvolvimento.

Na etapa seguinte, efetuou-se uma reunião com os profissionais das equipes de ESF, a fim de conhecer a população de hipertensos e entender a dinâmica de funcionamento dos grupos de HIPERDIA.

O próximo passo foi a participação nos encontros de grupo, que aconteciam mensalmente nas três áreas. Este acompanhamento serviu para conhecer os sujeitos do estudo, estabelecer vínculos e apresentar o projeto a ser desenvolvido.

Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada, através de um roteiro previamente testado (APÊNDICE A) com seis entrevistas-piloto, procedendo-se os ajustes necessários até que este contemplasse os objetivos do estudo. Visto que segundo Marconi e Lakatos (2001), a entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador que faça modificações necessárias no roteiro, realize perguntas adicionais para complementar questões que não ficaram claras, desde que não fuja dos objetivos da pesquisa.

A entrevista é o tipo mais comum de técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa. Esta tem por finalidade obter informações verbais de uma parcela representativa de determinada população. Seus objetivos compreendem

atender os propósitos da pesquisa; auxiliar como roteiro na coleta de dados e ajudar a motivar o entrevistado. Esta técnica propicia captar aspectos específicos e detalhados dos entrevistados (DYNIEWICZ, 2007).

Para a efetivação das entrevistas, realizou-se uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS) das três áreas de abrangência, para identificar e localizar os sujeitos selecionados. Recorreu-se a ficha de cadastro da família (Ficha A), ou a ficha de cadastro do HIPERDIA para maior detalhamento sobre os dados de identificação dos participantes. Em seguida, foram realizadas visitas domiciliares em companhia do agente comunitário de saúde responsável pelo acompanhamento do hipertenso selecionado. Esta visita teve como propósito a efetivação da entrevista, no entanto, diante de algumas impossibilidades como: falta de tempo e local apropriado, esta era transferida para a unidade de saúde ou local de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes.

Independente do ambiente onde foi efetivada a entrevista buscou-se manter local fechado, com pouco barulho e sem a presença de outras pessoas. Para os sujeitos que trabalhavam, agendou-se um horário especial, quando não era possível ser realizado no ambiente de trabalho. As perguntas do roteiro serviram para orientar a entrevista sem excluir a possibilidade de o sujeito expor suas impressões e sentimentos em relação ao tema abordado.

Esta técnica atendeu à necessidade deste estudo porque na pesquisa qualitativa a preocupação está na qualidade das informações e/ou na riqueza do conteúdo do que se pretende investigar.

O registro das entrevistas foi realizado por meio de gravação digital, posteriormente realizou-se a transcrição dos depoimentos e durante a redação final da dissertação, pequenas correções gramaticais provenientes das falas dos entrevistados foram feitas, no entanto, sem prejudicar o sentido da informação dada pelos mesmos.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), que procura conhecer o que expressam as palavras sobre as quais o pesquisador considera relevante ao seu estudo.

A resposta obtida em relação ao tema é denominada unidade de contexto, que representa a parte mais ampla do conteúdo a ser analisado, ou seja, de posse da unidade de contexto, o pesquisador deverá selecionar as unidades de registros que são frases ou palavras significativas em relação ao tema estudado, também chamadas de unidades de significação. Enfim, o material principal da análise de conteúdo são os significados (BARDIN, 2009).

As fases de análises de conteúdo organizam-se em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados que compreende a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009).

A pré-análise corresponde a um período de intuições, que consiste na escolha do material a ser submetido para análise e tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, essa fase baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades. Descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 2009). Nesta fase, as entrevistas semiestruturadas já haviam sido transcritas na íntegra, para facilitar a realização da análise elaborou-se uma tabela composta de três colunas, na coluna da direita realizou-se a transcrição das entrevistas na íntegra, e após várias leituras foram destacadas as frases ou palavras chaves, na coluna do meio efetivou-se o recorte das frases e palavras destacadas e na coluna da esquerda destacou-se o tema central que posteriormente daria origem as categorias.

A segunda fase é a de exploração do material, considerada extensa, pois é essencial a operação de codificações, processo pelo qual dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem uma discussão exata das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2009). Nesta etapa efetuou-se o agrupamento das unidades de registros comuns, que anteriormente haviam sido sinalizadas no texto e em seguida realizou-se o recorte para posterior codificação.

A partir do momento em que se decide codificar o material, deve-se produzir um sistema de categorias. Estas são classes que reúnem unidades de registro sob um título genérico, que são agrupadas em razão dos caracteres comuns dessas unidades (BARDIN, 2009). As categorias temáticas foram formadas baseando-se na composição de rede social e classificação de apoio social proposta por Sluzki (1997).

A categorização tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos e deverá apresentar exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade para que seja considerada de boa qualidade (BARDIN, 2009).

A terceira fase da análise é o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação (BARDIN, 2009). Nessa fase, os dados brutos foram tratados mediante a literatura, de modo a serem significativos e responderem ao objetivo da pesquisa.

Do processo de análise com base nas temáticas que emergiram, delinearão-se quatro categorias temáticas: Família como suporte ao portador de Hipertensão arterial; As Relações Comunitárias (que compreende os profissionais de saúde, grupo de hipertensos e os grupos religiosos); O Apoio Social dos Amigos; O Cuidado sem Apoio.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 4858.0.000.091-09) (Anexo B), conforme as normas exigidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para obter a concordância dos sujeitos na participação da pesquisa, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para tanto, foi realizado o esclarecimento do objetivo da pesquisa e a forma de coleta de dados.

Foram também informados sobre a possibilidade de se retirar do trabalho, em qualquer momento, antes da realização ou durante o seu desenvolvimento. O TCLE foi assinado pelos sujeitos em duas vias, sendo uma via para os participantes e uma para a pesquisadora. Para preservar a identidade, os sujeitos foram denominados como usuários e identificados pelo uso da letra U seguido pelo número 1, 2 (U.1, U.2) e assim sucessivamente conforme a ordem das entrevistas.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresenta-se a seguir a caracterização dos sujeitos da pesquisa e na sequência serão abordadas separadamente as categorias temáticas encontradas no estudo.

Ressalta-se que as categorias do estudo abordam a composição da rede social dos portadores de hipertensão arterial, bem como, sua contribuição (formas de apoio) no cuidado e tratamento da enfermidade, explorando também sua atuação em outras necessidades de vida desses usuários.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos sujeitos da pesquisa, 20 eram do sexo feminino e 11 masculino. Isto pode estar relacionado ao fato de que as mulheres procuram mais o atendimento dos serviços de saúde, pois constituem também a maioria dos sujeitos ativos cadastrados no programa HIPERDIA do município estudado, estes dados vem ao encontro das estatísticas nacionais dos últimos dez anos, que apontam a prevalência do sexo feminino entre os portadores de hipertensão arterial cadastrados no HIPERDIA (BRASIL, 2010). Os dados corroboram com a literatura que aponta a predominância feminina em relação à ocorrência de hipertensão arterial (ARAÚJO; GUIMARAES, 2007; MANTOVANI, 2008; JESUS *et al.*, 2008).

Destaca-se ainda que 14 mulheres estavam no período em que acontece a menopausa (40 a 55 anos), esta fase pode predispor a ocorrência de doenças cardiovasculares, pela diminuição da proteção hormonal (SBC, 2008).

A idade dos usuários compreendia entre 35 e 59 anos, sendo a média de 50 anos. Esta é considerada elevada se compararmos com a faixa etária selecionada para o estudo que compreendeu de 18 a 60 anos. Todavia, estes dados podem estar relacionados com a epidemiologia da doença, visto que existe uma relação direta e linear entre os níveis pressóricos e a idade das pessoas, pois quanto mais elevada a faixa etária, maiores são os riscos de desenvolvimento da hipertensão (BRASIL, 2006b). De acordo com os dados epidemiológicos nacionais a prevalência

da hipertensão arterial ocorre em 20% da população brasileira adulta, com 20 anos ou mais, 40% a 50% em indivíduos com idade acima dos 40 anos e superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (SBC, 2010).

A faixa etária pode refletir sobre as redes de relações sociais dos hipertensos, pois para Sluzki (1997) na medida em que as pessoas vão envelhecendo a rede social enfraquece, por perdas de amigos (morte, migração) e as pessoas têm menos oportunidades de interação social para estabelecer novos contatos.

Por serem adultos, os usuários estão em fase produtiva sendo que apenas dois são aposentados, quatro comerciantes, quatro exerciam atividades domésticas, dois funcionários públicos, dois motoristas, os demais 17 atuam em setores diversos (como secretária, cozinheira, porteiro, mecânico, empregada doméstica). Os aposentados e aqueles que exercem atividades do lar podem ter menos oportunidades de constituírem relações sociais em decorrência de terem menos contato com outras pessoas, pois Coutrim (2006) afirma que o trabalho geralmente aumenta a possibilidade das pessoas constituírem novas relações sociais.

Em relação à escolaridade, 15 possuíam ensino fundamental incompleto, cinco ensino fundamental completo, 9 ensino médio, um pós-médio e um não era alfabetizado. Observa-se que a maioria dos usuários possui baixo nível de escolaridade, visto que dos 15 apenas 8 completaram as séries iniciais. Magnabosco (2007) afirma que indivíduos com menos de 8 anos de escolaridade tem maior propensão ao diagnóstico médico de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial.

Em outros estudos realizados com portadores de hipertensão arterial, o nível de educação formal é considerado um fator que favorece a adesão ao tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2002; PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004). Marques, Rodrigues e Kuzumota (2006) reafirmam que o baixo nível de escolaridade associado a fatores socioeconômicos e culturais podem dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, resultando em baixa adesão ao tratamento e à manutenção de estilo de vida pouco saudável.

A renda familiar variou de um até oito salários mínimos nacionais⁵, sendo a média mensal de três salários mínimos por família. Considerando que 44,9% da

⁵ O cálculo da renda mensal foi baseado no do Salário mínimo estipulado em janeiro de 2010 cujo valor era de 510,00.

população residente no município estudado vivem em situação de pobreza (IBGE, 2003), é importante destacar que o baixo nível socioeconômico aumenta a probabilidade do desenvolvimento de problemas de saúde, quando associados a situações de estresse, adversidades, limitações e falta de recursos (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

Em um estudo antropológico, realizado com mulheres idosas na cidade de Bambuí, verificou-se que a renda é um dos elementos essenciais para a preservação da autonomia e manutenção ou recuperação da saúde (MACIEL; GUERRA, 2007). Visto que as pessoas com menores condições de sobrevivência compartilham um número maior de mazelas advindas das péssimas condições de moradia, de saneamento e de saúde, influenciando no aumento exponencial de doenças (GARCIA *et al.*, 2007).

Quanto ao estado conjugal, 23 eram casados; dois viúvos; quatro separados; dois solteiros. O estado civil é reconhecido como auxílio na adesão ao tratamento, ou seja, o fato de indivíduos possuírem companheiro pode ser agente facilitador no processo de tratamento dos hipertensos (TAVIEIRA; PIERIN, 2007).

Em estudo realizado com adultos portadores de hipertensão arterial constatou que o fato do indivíduo não viver sozinho favorece a autoestima elevada, melhores condições de aceitação da doença, maiores chances de ter um tratamento realizado corretamente, entre outras vantagens (GARCIA *et al.*, 2007). Em contrapartida, as pessoas que não convivem com um companheiro, representadas por oito participantes neste estudo, podem apresentar piores níveis de apoio social no que diz respeito à frequência de contatos, à diversidade desses contatos e ao número de ajudas (REZENDE *et al.*, 2005).

A família dos usuários é diversificada variando de um a oito componentes com média de 3,4 membros por família; destaca-se que quatro destes, moram sozinhos. Neste caso, é importante enfatizar que o apoio familiar é indispensável para que os portadores de doenças crônicas enfrentem os desafios impostos pela enfermidade e seu tratamento (GOMES-VILAS BOAS *et al.*, 2009).

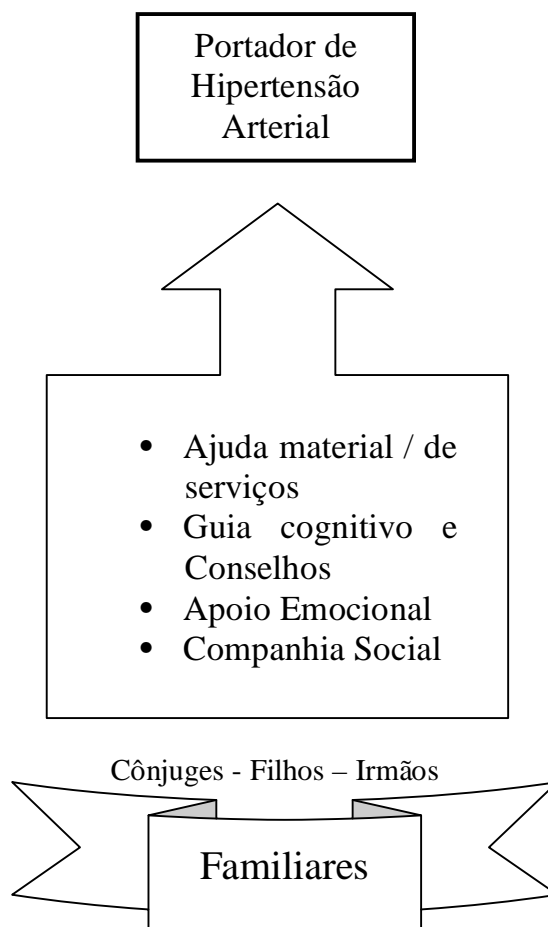
Em relação aos usuários que moram sozinhos ressalta-se que as pessoas com poucas relações sociais têm maior probabilidade de adoecer, visto que uma rede social estruturada, auxilia na utilização dos serviços de saúde, aumenta a sobrevivência e tem um potencial gerador de saúde (SLUZKI, 1997). Deste modo, os diversos membros que compõem a família do doente crônico podem auxiliar de

diferentes maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional e/ou espiritual (SOUZA *et al.*, 2009).

Sobre as crenças religiosas, todos os usuários relataram serem seguidores de uma religião sendo que 20 eram católicos e 11 evangélicos, a religiosidade é uma característica da comunidade estudada, pois a participação na igreja é referida como importante forma de apoio para esses usuários.

Há que se enfatizar que a religião é considerada uma forma de conforto e suporte, pois pode proporcionar momentos de tranquilidade e bem-estar. A religiosidade e a espiritualidade se configuram em estratégias de enfrentamento da enfermidade, modificando a maneira pela qual o doente e a comunidade percebem o problema, promovendo alívio da dor e da aflição (SANTOS, PELSER, RODRIGUES, 2007).

4.1.1 A Família como suporte ao portador de Hipertensão Arterial



Nesta categoria evidenciou-se que os familiares constituem-se a principal fonte de apoio dos usuários. Dos integrantes da família que compõem a rede social dos hipertensos, destacam-se os cônjuges, filhos e irmãos que são referidos como o promotores de apoio no âmbito emocional, material, guia cognitivo e companhia social.

A família constitui o primeiro grupo de relações em que o indivíduo está inserido, para tanto se torna referência no modo de agir e enfrentar as dificuldades. Esta é considerada a unidade primária de cuidado à saúde, pois, na maioria das vezes, os familiares são as pessoas mais próximas do convívio dos pacientes (MARCON *et al.*, 2005). A maioria dos usuários (28) afirmaram que recebem apoio dos familiares no tratamento da hipertensão, conforme ilustra o depoimento de E6:

[...] a minha família sempre ajuda, cuida muito, está sempre preocupada, tem meu filho, ele está sempre preocupado: mãe quer que eu vá na farmácia? Mãe quer que eu compre o remédio?(U6)

Os familiares representam a principal fonte apoio aos usuários, corroborando com outros estudos realizados com adultos portadores de doenças crônicas em que os membros da família são considerados fundamentais para a promoção da saúde, exercendo função protetora frente às adversidades cotidianas (MORAES; DANTAS, 2007; LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Para Sluzki (1997, p.31), “quando o circo pega fogo as relações consangüíneas são mais confiáveis que as outras”. Desse modo, em situações de doenças que gera a perda do equilíbrio, crises e momentos de desestruturação tanto para o paciente como aos seus familiares, a presença de membros da família no acompanhamento ao doente pode ter impacto positivo sobre o estresse causado pelas doenças (MESSA, 2010).

Sluzki (1997) cita um exemplo dessa correlação em um estudo comparativo sobre o processo de recuperação de pacientes com infarto do miocárdio internados em hospitais. Os resultados demonstraram que aqueles que possuíam um acompanhamento dos familiares tiveram uma recuperação melhor e mais rápida se comparados aos que estavam sozinhos. Urizzi e Correa (2007) reforçam que a presença da família junto ao doente é capaz de lhe transmitir tranquilidade, força e coragem, o que o faz sentir-se seguro e amparado no convívio com a enfermidade.

Em um estudo realizado com portadores de diabetes mellitus tipo 2, a maior fonte de apoio referida é a própria família, provendo suporte do tipo emocional como

o afeto, a aceitação e o compromisso familiar e material que inclui moradia, transporte e ajuda nas atividades do lar (ROSSI; PACE, HAYASHIDA, 2009). Em outro estudo sobre a configuração da rede social de adultos e idosos, os familiares foram referidos como os principais integrantes da rede e fornecedores de apoio emocional, material e informativo (REZENDE *et al.*, 2005)

Em relação aos tipos de apoio recebidos da família destaca-se o apoio material que foi mencionado por 23 dos 31 usuários. Esta forma de apoio está relacionada a assistência a diversas atividades (SLUZKI ,1997) como o auxílio na realização dos cuidados gerais com a hipertensão, como observa-se nos relatos a seguir:

[...] Quem me leva nas consultas é a minha filha e em casa quem sempre está dando uma olhada nos meus medicamentos é o meu filho, ele trabalha em farmácia, ele está sempre olhando o meu remédio. (U30)

[...] quando eu preciso daí são as minhas irmãs. Levam-me na consulta, me ajudam com o remédio, se eu precisar de um chá elas fazem. (U11)

[...] o meu marido também, como ele não trabalha todo dia, no dia que ele tá de folga, se eu preciso alguma coisa lá do posto, ele vai para mim. Marcar consulta, vai comprar o remédio, porque tem um que não tem no posto, daí ele compra na farmácia popular. (U12)

[...] contar mesmo, talvez a minha irmã. Vamos supor que precisasse comprar o remédio, pode medir a minha pressão, ela também trabalha em posto de saúde e também tem curso de técnico de enfermagem, e se precisar vir aqui em casa ela vem. (U9)

[...] a minha filha que trabalha comigo lá na oficina, a primeira coisa que eu faço quando eu chego à oficina é tomar meus remédios, a minha filha me traz, os remédios estão lá separados, mas todos os dias ela que me dá, não esquece. (U24)

[...] ajuda mesmo é só a minha esposa. Ela ajuda assim, o comprimido na hora certa e comida com bem pouquinho sal, salada ela sempre faz, põe pouquinho sal.(U14)

[...] Se eu sinto que não estou bem, já digo para a minha irmã: faça o almoço hoje, porque eu não estou bem. (U20)

[...] a minha mulher ajuda quando ela faz comida, ela tira todo o sal, a gordura, ela cuida o máximo possível. (U10)

Destaca-se que a assistência oferecida pelos familiares (filhos, irmãos e cônjuges) ao portador de hipertensão arterial se refere principalmente ao cuidado com a medicação, dieta e consultas. Este envolvimento da família no cuidado pode

facilitar a adesão ao tratamento, pois sabe-se que por se tratar de uma doença crônica a hipertensão suscita mudanças no estilo de vida. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo com portadores de hipertensão arterial na cidade de Maringá-PR, em que a rede familiar se destaca pelo acompanhamento em consultas médicas, colaboração na dieta e supervisão no uso de medicamentos (FACHINELLO; MARCON, 2009).

Em um estudo realizado com portadores de diabetes mellitus, a família foi considerada a mais importante como suporte instrumental (material) na adesão ao tratamento. O principal apoio oferecido foi no cuidado com a insulina, monitorização da glicemia e dieta. Os resultados demonstraram que ter uma família coesa e apoiadora está associado a um melhor controle metabólico e da doença, em geral (NUNES, 2009).

Os achados encontrados neste estudo corroboram com Sluzki (1997) que afirma que a rede social de doentes crônicos favorece a realização de atividades pessoais que se associam positivamente com a sobrevivência das pessoas tais como dieta, exercícios, adesão a regimes medicamentosos e cuidados com a saúde, em geral.

Também foram referidos pelos usuários que os familiares são promotores de ajuda material e de serviço em outras necessidades cotidianas do hipertenso, não apenas no cuidado com a enfermidade:

[...] tem uma irmã minha, que vai todos os sábados para dar uma ajeitada na minha casa, lava a minha roupa. (U23)

[...] ajuda na parte financeira [filha] se ela pode, ela me ajuda, sempre. (U16)

[...] agora eu tenho outro irmão, que quando a gente viaja, ele que me leva, porque eu não dirijo mais. (U24)

Observa-se que o apoio material fornecido pela filha e irmãos, como referido nos relatos acima, é considerado importante para contemplar as necessidades de vida do hipertenso. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Francioni e Silva (2010) com portadores de diabetes mellitus em que o apoio social que recebem de sua rede é compreendido de forma mais ampla, pois não se restringe aos aspectos específicos de cuidados da enfermidade, mas englobam os diferentes âmbitos do viver dessas pessoas.

O apoio emocional é considerado por Sluzki (1997) como disponibilidade de conversar e dividir problemas, estabelecendo uma relação de confiança. Esta forma de apoio foi mencionada pelos hipertensos quando recebem de seus parentes atenção e manifestações de afeto como um abraço e carinho. Este se configurou como um fator facilitador que auxiliou no enfrentamento da situação de adoecimento e das dificuldades enfrentadas na vida.

[...] e quando estou assim muito angustiada, muito triste, muito nervosa, quem me escuta é essa minha irmã, então eu procuro auxílio com ela e dessa forma eu procuro resolver os meus problemas. (U4)

[...] as minhas filhas. Conversar me dar apoio, me dá um abraço, um carinho. (U15)

[...] agora quando eu tenho problemas eu converso com uma irmã minha, que ela é evangélica, então ela é muito boa para conversar, eu só converso com ela. Nem sempre ela pode me ajudar, mas pelo fato de eu poder me abrir e ela me ouvir já ajuda. (U7)

A família representa, para a maioria das pessoas, uma importante fonte de apoio e segurança, permitindo troca de amor, afeto, respeito e valor (SILVA *et al.*, 2002) que corrobora com os relatos de U4, U7, U15.

Sabe-se que a família é formada por uma teia de relações, vínculos que se estabelecem entre os indivíduos. É por meio destes que ocorrem as manifestações de afeto e sentimento de amor entre os componentes da rede familiar, constituindo uma relação afetiva cultivada pela proximidade dos seus membros, esta contribui para uma sensação de bem-estar, e um sentimento de proteção e auxílio (ESPITIA; MARTINS, 2006). Destarte, a família é considerada como um dos espaços mais tradicionais de suporte social, tendo em vista a aproximação física e emocional entre seus membros (RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Segundo Martire e Schulz (2007), poucas circunstâncias na vida adulta são tão estressantes como o diagnóstico de uma doença crônica, e a família exerce um papel importante no ajustamento psicológico e na ajuda quanto ao manejo dos sintomas dessas doenças. Pois a presença de familiares junto ao doente é capaz de lhe transmitir tranquilidade, força e coragem, que o faz sentir-se seguro e amparado no convívio com a doença (URIZZI; CORREA, 2007).

O estudo de Costa e Nogueira (2008) evidência a influência de fatores emocionais na adesão ao tratamento e controle da hipertensão, estes autores

relatam que tanto os fatores emocionais quanto físicos, têm influência sobre os níveis pressóricos (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Observa-se nos relatos de U4 e U7, que o apoio emocional dos familiares não se restringe unicamente ao auxílio com a doença, mas no enfrentamento de situações adversas da vida, que de certa forma podem refletir sobre a qualidade de vida desses sujeitos e trazer benefícios para a sua saúde.

Nesse sentido, a rede de apoio familiar está associada à saúde e ao bem estar dos seus membros, sendo fundamental para o processo de adaptação a situações de estresse e de suscetibilidade a distúrbios físicos e emocionais, visto que quando as pessoas sentem-se apoiadas, apresentam maior estímulo para enfrentar as dificuldades em conviver com uma enfermidade crônica (RODRIGUES; SEIDL, 2008; SLUZKI, 1997).

Em decorrência da doença crônica, muitas pessoas podem ser envolvidas nas ações de cuidado, principalmente aquelas que mantêm convívio diário com o portador, como os familiares, pois estes necessitam de adaptações nos hábitos de vida para contribuir com o cuidado (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001). Os hipertensos reconhecem que os familiares contribuem na adesão ao tratamento pela incorporação de novos hábitos na rotina da família. Para Sluzki (1997), quando as pessoas realizam atividades conjuntas este tipo de apoio se caracteriza como companhia social:

[...] aqui em casa sal é bem controlado, todo mundo já se adaptou à dieta, óleo muito pouco, não tem gordura, sal também é muito pouco, mas tudo por minha causa, então nessa parte todos de casa colaboram. (U24)

[...] em casa tem o meu marido, ele me apoia, ele me ajuda, a comida que eu como, eu faço ele come junto comigo, então a gente fica um ajudando o outro. Ele não tem pressão alta, mas no que eu precisar ele me ajuda. E tem a minha irmã também, que mora aqui pertinho de casa que vai caminhar comigo, ela não é hipertensa, mas ela vai de minha companhia. Mas é bom, por que além de fazer bem para mim, faz bem para eles também, de certa forma estou cuidando deles também. (U5)

[...] em casa tem a mulher que diminuiu bastante o sal da comida e a gordura por minha causa. (U27)

A postura adotada pelos familiares além de contribuir para a adesão ao tratamento do hipertenso colabora no cuidado à saúde dos demais membros da família, como referido por U5.

Por ter curso prolongado, a enfermidade crônica leva as famílias a adaptarem-se à doença e ao tratamento. Nesse contexto, a necessidade de privação de alguns alimentos e adoção de novos hábitos, é vivenciada por toda a família, que acaba por incorporar como rotina no seu cotidiano (ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009; CONTIERO *et al.*, 2009). Esta situação foi evidenciada nos relatos de U24, U5, U27.

Sabe-se que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é facilitada quando se tem apoio familiar e social. Deste modo, a presença desta enfermidade pode levar a uma mudança de comportamento dos demais integrantes da família e provocar modificações em todo contexto familiar ou em alguns de seus membros, fato que pode contribuir para que estes mudem seus hábitos de vida e adotem posturas mais saudáveis (CONTIERO *et al.*, 2009; ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009). Tal postura foi adotada pelos familiares de U5, U24, U27. Neste contexto Rossi, Pace, Hayashida (2009) complementam que a medida que a família aceita a presença da doença crônica e adere aos cuidados com a modificação nos hábitos de vida, afeta o comportamento do outro favorecendo, conseqüentemente, a mudança de comportamento do doente crônico.

A doença crônica considerada uma situação permanente e limitadora, além de afetar o paciente envolve o seu ambiente social desta forma, o primeiro grupo a sentir as mudanças é a família (MESSA, 2010), fato que pode fazer com que seus integrantes sintam-se responsáveis no acompanhamento ao tratamento da hipertensão. Para os entrevistados, os familiares são considerados como guia cognitivo e fornecedores de conselhos, esta função segundo Sluzki (1997) estabelece modelos de comportamentos adequados e favorece para que sigam corretamente o tratamento:

Lá em casa todos estão atentos eles me lembram de tomar o remédio, sempre me fazem seguir certinho, que tenho que tomar o remédio certo, tenho que ir ao médico certinho, não posso comer isso, se eu tiver na mesa eles estão controlando se você está comendo o que não pode, porque tem horas que dá vontade de comer, mas eles sempre estão me vigiando. (U17)

[...] ajudam a dar conselhos, comer direitinho, não faltar com o remédio, tomar no horário certo, mas eles falam também para largar o cigarro, parar de fumar porque com o cigarro não vai funcionar. (U31)

Estes relatos de U17 e U31 corroboram com o estudo de Munoz *et al.* (2003) em que os familiares são percebidos como orientadores, para que o hipertenso siga corretamente o tratamento, contribuindo para a adesão a terapia medicamentosa e a dieta.

Contar com o apoio de familiares no momento de fragilidade da saúde, pode se constituir como um componente essencial para auxiliar no tratamento e ampliar as relações interpessoais (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Entretanto, 2 dos entrevistados relataram que não recebem cuidado da família, pois eles exercem o papel de cuidadores:

[...] eu que me preocupo com a minha irmã que é diabética, é eu que tenho que estar observando ela, comigo não tem ninguém, agora eu já faço com a minha irmã, que é mais velha. (U20)

[...] agora que estou afastada para cuidar da minha mãe eu não saio, a minha vida social parou. Como te disse, eu fiz a cirurgia eu fiquei muito limitada e com a doença da minha mãe mais ainda. Então tudo o que eu faço agora é cronometrado, não por mim porque pela minha cirurgia eu já estou bem, mas por causa da minha mãe que eu não tenho com quem deixar ela [...]. (U7)

Neste caso, o hipertenso considera-se como fonte de apoio para seus familiares que passam por dificuldades, pois assume o papel de cuidador no seio familiar, como no caso de U7 que era divorciada, portadora de insuficiência renal crônica e cuidadora de sua mãe com Alzheimer, este fato faz com que o sujeito se perceba como responsável pelo auxílio aos seus familiares que se encontram debilitados.

Em estudos realizados com familiares cuidadores de pessoas que sofreram acidente vascular cerebral, estes foram questionados a respeito de como é o apoio social durante o processo de reabilitação no domicílio. Os resultados demonstram que a família durante este período passa por um processo de reorganização e adoção de estratégias de enfrentamento favorecidas pela existência de uma rede de suporte. Entretanto, o apoio recebido pela rede é benéfico não somente para a pessoa doente, como também para seu cuidador, sendo fator importante na qualidade de vida de ambos (BOCCHI; ANGELO, 2008; BRITO; RABINOVICH, 2008).

Sluzki (1997) afirma que quando o indivíduo conta com uma rede mínima de cuidado faz com que o cuidador sinta-se sobrecarregado. Observa-se que U7 e U20

não dispõem de apoio da rede social para auxiliar no cuidado do familiar doente crônico e com isso acabam assumindo os cuidados sozinhos e comprometendo a sua qualidade de vida. Pois, no caso de U20 a doença da mãe restringiu a sua mobilidade e reduziu a oportunidade de estabelecer contatos sociais levando ao isolamento.

No processo de cuidar do idoso, é imprescindível que o cuidador não comprometa sua qualidade de vida, isolando-se da sociedade e de sua família, visto que a instauração de uma doença afeta a rede, na medida em que reduz a oportunidade de contatos sociais e de reciprocidade (SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007, SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006). Fato que é observado no relato de U7 que se isolou da sociedade para dedicar-se aos cuidados integrais de sua mãe. Isso porque as relações sociais têm por base a troca, em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

No entanto, a articulação do hipertenso com os membros de sua rede consanguínea é facilitada e preservada quando as pessoas residem próximas (SLUZKI, 1997). Neste caso, o contato com os filhos e irmãos pode ser estabelecido de maneira frequente e diária, pelo fato do hipertenso ter o familiar como vizinho ou por residirem no mesmo domicílio, conforme relatam U4, U15, U20:

[...] essa minha irmã ela me escuta, ela é uma pessoa que é bem gostoso conversar com ela, tem várias irmãs aqui próximas e tem a minha mãe que mora aqui perto, por isso eu tenho mais contato, mais intimidade com essa minha irmã. (U4)

[...] a gente está o tempo inteiro junto, embora eu moro sozinha, uma mora na frente, a outra mora na rua de baixo (filhas) e essa que mora na rua de baixo vem todos os dias, liga, vem me ver na minha casa. (U15)

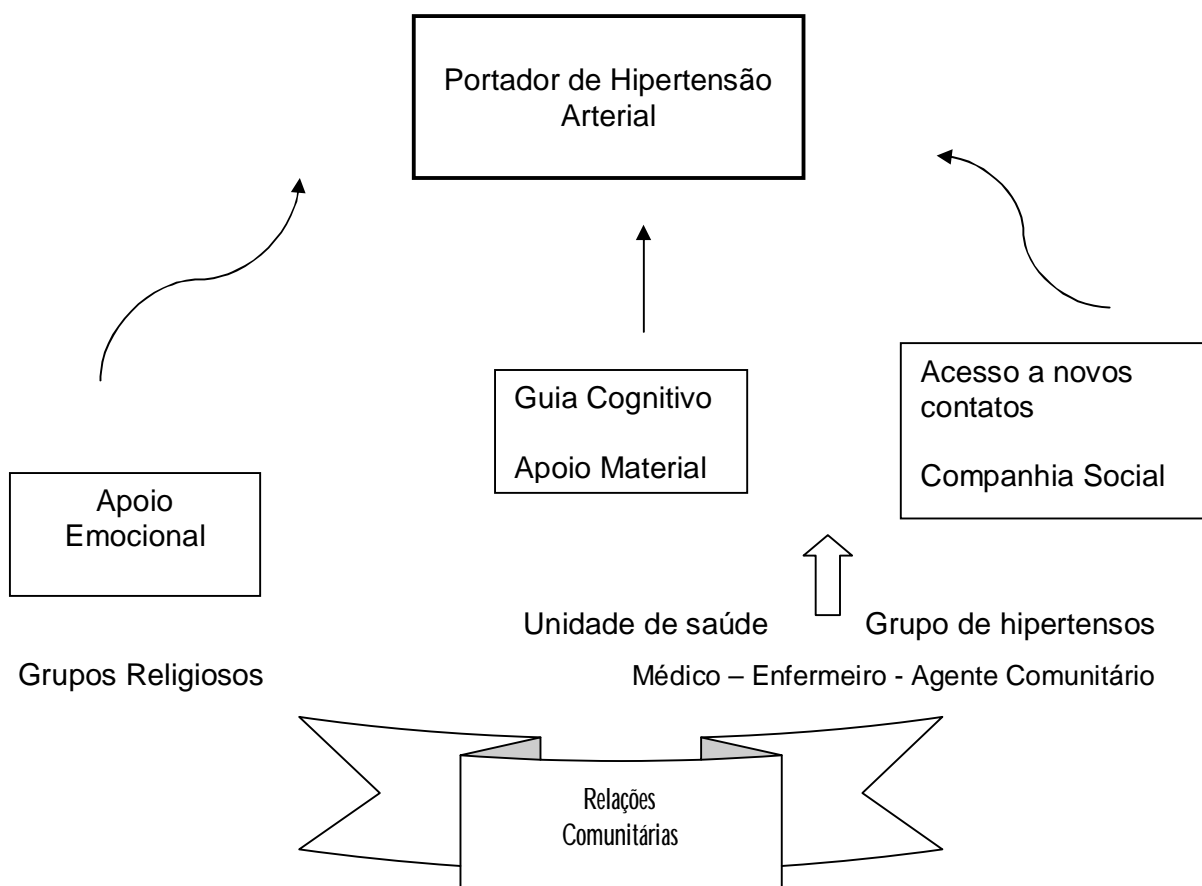
[...] a minha irmã, que somos nós duas, moramos juntas, ela é mais velha, então eu sempre recorro a ela. (U20)

A proximidade com os membros familiares favorece o fornecimento de apoio aos sujeitos desse estudo como se observa nos relatos. Diante dos achados, é importante ressaltar um estudo realizado com pessoas acometidas por enfermidades cardíacas, que demonstrou que o fato de ter os familiares próximos pode contribuir para a melhora das condições de saúde dos pacientes, uma vez que tende a

aumentar a adesão ao tratamento e melhorar os comportamentos promotores de saúde (RODRIGUES; SEIDL, 2008)

Ressalta-se como já referido anteriormente que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é facilitada com a disponibilidade de apoio familiar e social. Pois, sabe-se, que a presença de uma enfermidade crônica na família suscita modificações nos hábitos diários dos portadores e desta forma provoca mudanças em todo contexto familiar ou em alguns de seus membros, devendo estes estarem incluídos no tratamento e acompanhamento dos hipertensos (CONTIERO *et al.*, 2009).

4.1.2 As Relações Comunitárias do Hipertenso



O portador de hipertensão arterial necessita adotar atitudes para modificar os hábitos de vida, como a realização de atividade física, o controle de peso, a restrição sódica, a suspensão do tabagismo, a redução da ingestão de álcool, além

de seguir o tratamento farmacológico adequado (SBC, 2010). Todavia, nem sempre a família consegue fornecer um apoio efetivo e adequado às necessidades destes indivíduos, pois existem situações em que as exigências apresentadas compreendem outras esferas que fogem ao domínio familiar. São nestes momentos que o apoio que advém dos serviços de saúde e comunitários, demonstra ser relevante para uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

Sluzki (1997) assegura que a rede de relações comunitárias de um indivíduo inclui as relações com serviço de saúde, grupos religiosos, agências sociais e outros serviços disponíveis na comunidade. No entanto, neste estudo os sujeitos apontaram como importantes os serviços de saúde que compreende a unidade saúde da família (USF), o grupo de hipertensos e as relações religiosas que foram abordados separadamente conforme o tipo apoio oferecido.

Deste modo, a assistência prestada pelo serviço de saúde aos portadores de hipertensão arterial relaciona-se às seguintes formas de apoio segundo Sluzki (1997): ajuda material, guia cognitivo/conselho, acesso a novos contatos e companhia social. E as relações religiosas se caracterizaram pelo provimento de apoio emocional.

Os serviços de saúde, prestados pela atenção básica através da unidade de saúde da família (USF) e equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), integram parte da rede que pode dar suporte e auxiliar os indivíduos em situações relacionadas à saúde-doença. Os portadores de hipertensão arterial relatam como principal referência no cuidado com a sua saúde a unidade de saúde do bairro e em casos de urgência o serviço 24 horas de pronto-atendimento que localiza-se no centro da cidade. Apesar de existirem outros serviços de saúde no bairro, tais como farmácias, as pessoas não citam a procura deste recurso:

“O serviço do posto é a referência em hipertensão [...]”. (U20)

“E ali é tudo, tudo do postinho [...]” (U6)

Para Sluzki (1997), a presença de uma doença crônica além de provocar uma erosão na rede social habitual, também pode gerar novas redes, tais como as que correspondem aos serviços sociais e de saúde. Deste modo, a busca pela unidade local de saúde é uma prática rotineira no acompanhamento da hipertensão, visto que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde favorece o acolhimento, o vínculo e a confiança no serviço:

As meninas [agentes de saúde] são muito boas, atendem muito bem, Elas vão à casa da gente fazer acompanhamento dos hipertensos, muito bom tudo o que eu preciso para minha saúde eles me ajudam. (U18)

[...] então a gente vem aqui [USF] conversa, agenda se não tem para o mesmo dia pelo menos para o outro dia a gente consegue, o atendimento é muito bom. (U28)

[...] outra também que sempre é muito gentil, muito legal com a gente, é a moça da recepção [USF]. (U6)

[...] esse programa para hipertensos e diabéticos foi uma coisa assim extraordinária porque você não precisa vir de madrugada, o problema era você ter que vir aqui no posto cinco e meia, seis horas da manhã para pegar uma ficha para consulta. (U20)

O fato dos indivíduos constatarem facilidade no acesso ao serviço de saúde pode favorecer o vínculo com a USF e com os profissionais. É importante ressaltar que U20 faz menção ao programa HIPERDIA como facilitador para o acompanhamento da hipertensão, fato que vem ao encontro do que preconiza o Ministério da Saúde (2003) que destaca entre as ações do programa o acompanhamento e monitoramento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde e consequente melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2003).

Em um estudo realizado no município de Barreiras-BA com 29 portadores de hipertensão arterial cujo objetivo era avaliar a qualidade de vida dos pacientes após o acompanhamento no programa HIPERDIA, constatou-se que 23 dos indivíduos pesquisados afirmaram ter melhorado a sua qualidade de vida após se tornarem usuários do programa, pela disponibilidade de acesso a consultas, aos exames e ao acompanhamento constante da equipe multiprofissional (ROCHA, 2010).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde e à ESF, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, em especial priorizando atenção diferenciada para grupos específicos, entre eles os portadores de hipertensão arterial (BRASIL, 2006). Essa abordagem facilita o acesso ao atendimento e favorece a atenção a essa clientela como se observa no relato de U18, U20 (ARAÚJO; GUIMARAES, 2007).

O tratamento da doença crônica envolve ações de uma equipe multiprofissional para orientar as pessoas com relação aos fatores de risco,

prevenção da progressão da doença, tratamento farmacológico para controle dos sintomas, aconselhamento nutricional, prática de exercícios físicos e acompanhamento contínuo de enfermagem (KERKOSKI *et al.*, 2007).

Alguns integrantes da pesquisa mencionaram que os profissionais de saúde são importante apoio no convívio da doença, principalmente aqueles que disponibilizam atenção e que estão diretamente envolvidos no atendimento ao hipertenso:

O agente de saúde está sempre aqui, não se esquece da gente [...] (U22)

A enfermeira é legal demais, é que eu já sou meio esquecida e às vezes eu esqueço de algum medicamento, daí eu vou lá pergunto para ela, na hora ela já vem explicar. (U6)

Os médicos e as enfermeiras daqui [USF] me atendem quando eu precisar, até se eu ligar dizer que não estou passando bem, eles marcam a consulta na hora. (U15)

E aqui no posto todos me ajudam: a recepcionista, o ACS, todos eles, sempre pode contar com eles, se não tem no dia a consulta dá um jeito de encaixar outro dia. (U10)

[...] quando eu estou com qualquer problema de saúde eu procuro o médico, porque as pessoas não têm como me ajudar. (U26)

Os integrantes da ESF acima referidos, médico, enfermeira e agente comunitário de saúde (ACS) integram parte da rede social dos hipertensos. Esse fato pode estar relacionado ao acompanhamento contínuo dispensado pela equipe de ESF, em consultas, visitas domiciliares e reuniões de grupo.

Entre os integrantes que compõem a equipe de ESF destaca-se o ACS que foi a figura mais referida como provedor de apoio aos hipertensos. Fato que pode estar relacionado à acessibilidade deste na comunidade, e a forma de organização do serviço, visto que na USF estudada é estabelecido que os ACS's realizem no mínimo uma visita domiciliar mensal aos portadores de hipertensão.

Ressalta-se que os participantes mencionaram que na impossibilidade de marcar uma consulta ou pegar o resultado de um exame, essa tarefa é exercida pelo ACS, que é considerado como referência no serviço de saúde. Os resultados encontrados corroboram com um estudo realizado por Silva *et al.* (2003) com portadores de diabetes mellitus, que evidenciou que os profissionais que procuram conhecer mais sobre a vida dos portadores de diabetes e que envolvem-se no seu

tratamento, passam a ser sua referência. Assim como nos relatos de U22, U6, U15, U10. Deste modo, os profissionais que têm uma relação mais próxima e afetiva e disponibilizam maior atenção aos pacientes, estabelecem vínculos e, desta forma, são vistos de modo diferenciado pela comunidade.

Em outro estudo realizado por Araújo e Guimarães (2007) na cidade de Salvador para avaliar o impacto do atendimento da Estratégia Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial, foi demonstrado que a implantação do programa trouxe melhora nos níveis pressóricos dos hipertensos, aumento da participação nas consultas médicas e conseqüente redução do uso de medicamentos, fato associado ao acompanhamento contínuo da equipe de ESF.

O acompanhamento rotineiro aos portadores de doença crônica faz parte da política de atenção da ESF e este é considerado um fator favorável para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre profissional e portador de doença crônica como foi referido pelos entrevistados U6, U22, U15. Para Rodrigues e Seidl (2008), esta conduta pode contribuir de maneira efetiva para conviver melhor com a enfermidade e adesão ao tratamento.

As Equipes da Estratégia de Saúde da Família desempenham papéis importantes no fornecimento de Suporte Social, uma vez que valorizam a integralidade da atenção e desenvolvem ações interdisciplinares. Deste modo, a assistência prestada à clientela visa o estabelecimento de vínculo entre população e profissional da saúde que favorece o acolhimento, a articulação e a integração entre os serviços e, assim, constituem-se em uma forma de apoio aos usuários (BRÊDA *et al.*, 2005).

Ressalta-se que a hipertensão arterial é caracterizada como enfermidade crônica que pode ser assintomática e causar complicações quando o indivíduo portador não adere adequadamente ao tratamento (BRASIL, 2008). Entretanto, os usuários deste estudo procuram a USF com a finalidade de realizar o acompanhamento da enfermidade, através do fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos, da realização de exames, consultas médicas e também na busca de uma assistência para outras necessidades de saúde, esta forma de auxílio segundo Sluzki (1997) é classificada como apoio material e de serviços e foi referida entre os sujeitos como se observa a seguir:

A ACS vem sempre me visitar, mesmo no meu serviço e se ela puder marcar uma consulta, ou se preciso de alguma coisa lá do posto, eu

converso com ela, ela vê para mim algum remédio, às vezes eu não posso ir buscar por causa do serviço, eu falo com ela. (U12)

[...] faz um ano e pouco que eles me cadastraram no programa de hipertensos, daí eu pego o medicamento, porque esse já está incluído no programa, eles me mandaram eu vir porque eu gastava quase cem reais por mês de remédio. (U23)

[...] o medicamento que eu pego lá, o exame que faço lá, quer dizer eu faço tudo por ali, eu para mim tudo é do posto. Eu verifico a pressão também no posto cada vez que eu vou lá. (U31)

Esses resultados corroboram com um estudo realizado com cuidadores de idosos hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, cujo objetivo era caracterizar o apoio social recebido no cuidado ao hipertenso. Os resultados demonstraram que o apoio material oferecido pela rede formal representada pela unidade básica de saúde foi constatado pelo fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos, pela verificação da pressão arterial e pelas visitas do ACS (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Fachinello e Marcon (2009) que afirmam que o apoio fornecido pela unidade de saúde está relacionado ao controle da hipertensão arterial, fornecimento de medicações de uso contínuo, realização de exames, consultas médicas e na busca de assistência para outras patologias.

A atenção dispensada pelos profissionais de saúde no atendimento ao hipertenso faz com que esses sujeitos sintam-se acolhidos, valorizados e respeitados, o que pode contribuir no êxito do tratamento. A unidade de saúde foi referida como o local procurado pelos hipertensos para a busca de orientações e informações. Para Sluzki (1997) esclarecer dúvidas, fornecer conselhos podem ajudar os sujeitos a solucionarem os problemas e adquirirem maior conhecimento sobre os cuidados em saúde. Deste modo, os profissionais que atuam no serviço caracterizam-se também como guia cognitivo e fornecedores de conselhos aos hipertensos:

O médico nas consultas olha meus exames, me explica o que eu tenho, as enfermeiras medem a minha pressão e às vezes me dão alguma orientação [...]. (U3)

[...] porque sem o médico e as enfermeiras me auxiliando muita coisa a gente não fica sabendo. (U4)

[...] sempre vem informação, vem coisas novas, sobre medicamentos, sobre cuidados no tratamento e também muitos conhecimentos, através do pessoal do posto eu sempre fico sabendo quando tem reuniões do conselho de saúde. (U7)

[...] porque através do posto aqui eu sei como eu estou, como não estou, se preciso trocar remédio ou fazer exames. (U25)

[...] as enfermeiras sempre me explicam alguma coisa de saúde. (U26)

No acompanhamento da enfermidade, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde constituem a forma de apoio mais referida entre os entrevistados, estas estão presentes quando elucidam suas dúvidas e para o esclarecimento da linguagem científica como nota-se nos relatos. Além disso, este momento é considerado uma oportunidade para desenvolver ações educativas que auxiliem o hipertenso a realizar os cuidados necessários para controle da enfermidade como refere U26.

Os profissionais de saúde são referidos como importantes fontes de informação. Destaca-se que os enfermeiros são aludidos pelas orientações fornecidas para o autocuidado que fica evidente nos relatos de U3 e U26. Corroborando com Novais *et al.* (2009) que propõem que os enfermeiros adquirem habilidades que lhes permitem guiar a terapêutica dos enfermos, tornando simples aquilo que parece complexo, visto que esta competência de educação e guia, vai além do simples fornecer informação e realizar ensino, atua no intuito de preparar o indivíduo para o autocuidado, sendo, portanto, um facilitador nas tomadas de decisões.

No que concerne aos médicos, estes se constituem como referência no conhecimento sobre a doença, os mecanismos fisiopatológicos, os riscos e as complicações como observado no relato de U3. Contudo, é importante destacar que os clientes apenas adotam uma mudança de atitude em relação as suas práticas quando as compreendem, acreditam que lhes trazem benefícios e são atingíveis, por isso é importante que a assistência prestada seja adequada à realidade do usuário (NOVAIS *et al.*, 2009).

Um estudo realizado com portadores de doença crônica demonstrou que quando as pessoas encontram as portas abertas, apoio, acolhimento e, principalmente, a possibilidade de contar com alguém que vai respeitá-lo, ouvi-lo, orientá-lo, estas atitudes por parte dos profissionais proporcionam ajuda e bem-

estar, reduzindo o sentimento de solidão, isolamento e as queixas de sintomas físicos (SOUZA *et al.*, 2009).

A presença de uma doença pode gerar outras redes como aquelas formadas pelos serviços de saúde e que podem adquirir caráter central por seu apoio (SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006; SUZKI, 1997) Neste caso, além do acompanhamento pelos profissionais de saúde, a participação nas reuniões do grupo de hipertensos é uma possibilidade de estabelecer novos contatos com os demais componentes. É relevante destacar que a estratégia de grupo é uma prática adotada pela equipe da ESF da unidade estudada, para o acompanhamento dos hipertensos cadastrados. Estas reuniões ocorrem mensalmente de acordo com a área de abrangência da equipe da ESF, nas quais se realiza a verificação da pressão arterial e a entrega de medicamentos aos participantes.

Nas referidas reuniões os portadores de hipertensão arterial procuram manter-se assíduos haja vista que sua participação está diretamente relacionada ao recebimento da medicação. Porém, mesmo que os usuários compareçam ao grupo de hipertensos com o intuito de buscar o medicamento, acabam por estabelecer algum tipo de vínculo com os demais integrantes, transformando o local em espaço de encontro e convivência, esse tipo de apoio é identificado por Sluzki (1997) como acesso a novos contatos:

[...] eu gosto de ir lá [grupo] também, porque tem bastante gente, bastante conhecido, tem um montão de senhora aqui dessa rua que eu conheço que a gente se encontra lá, a gente fica conversando até a hora de começar a reunião, é gostoso encontrar as pessoas [...] (U7)

[...] Tem bastante atividade, porque vão as minhas amigas também e a gente conversa, dá risada, faz brincadeira também [...] (U11)

[...] Eu gosto porque você passa ali um momento gostoso, e um fala e outro conta um negocinho lá, ri, a convivência com eles ali apesar de ser muito pouco tempo, [...] mas ali todo mundo te cumprimenta então é importante o que vocês fazem de brincar, de interagir nós. (U20)

[...] eu gosto de estar junto com as pessoas, eu gosto de ficar conversando, não gosto de ficar sozinha, estou sempre conversando com as pessoas, nunca estou sozinha. (U22)

O grupo de hipertensos apresenta-se como importante integrante da rede social dos usuários. Conforme os relatos acima, a reunião se constitui como espaço para formação de vínculos entre os participantes e também uma forma de lazer. No

entanto, para alguns como U7, U11, U20 e U22 este é reconhecido como uma oportunidade de interação social.

Achados semelhantes também foram encontrados no estudo de Fachinello e Silva (2010) em que o grupo HIPERDIA foi percebido como fornecedor de apoio aos portadores de Diabetes. Todavia, este espaço foi reconhecido como uma ocasião de sociabilidade que é considerado importante para a promoção da saúde.

O trabalho em grupo constitui-se espaço para a construção de novos laços sociais, promovendo bem-estar aos membros que dele participam como a interação social com pessoas que até então não faziam parte da rede social do indivíduo (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; SENA *et al.*, 2010; VICTOR *et al.*, 2007).

O grupo de hipertensos também é visto como um espaço de interação social e de ajuda mútua entre seus integrantes. Alguns dos sujeitos afirmaram que sua participação no grupo é uma oportunidade para encontrar amigos e trocar experiências, visto que ouvir as histórias dos companheiros auxilia nas suas próprias necessidades. Este tipo de apoio segundo Sluzki (1997) é característico da companhia social:

[...] a gente fica conversando porque tem um monte que se conhece, daí elas ensinam alguma coisa para a gente e a gente conversa com elas aprende também e ensina, aí é bom! É uma troca, é ótimo! (U20)

[...] porque para mim tanto a gente aprende como a gente pode ensinar as pessoas, eu acho importante porque uma hora que você esteja junto com as pessoas a gente aprende muita coisa, se você quiser e você pode ensinar também. (U18)

[...] é muito bom porque a gente sempre aprende alguma coisa, eu sempre aprendo alguma coisa com alguém ali. (U6)

A participação em atividades de grupos, organizados por profissionais de saúde, deve ser estimulada como forma dos membros compartilharem sentimentos, pedir conselhos e desabafar. A troca de experiências a partir da vivência pessoal e coletiva permite aos sujeitos descobrirem o que é “normal” sobre a doença, amenizando suas angústias e favorecendo a adesão ao tratamento (MARQUES *et al.*, 2008; FAVORETO; CABRAL, 2009).

Segundo Lacerda (2002), a rede social atua como mediadora e facilitadora dentro do processo de cuidar, pois possibilita o desenvolvimento de apoio mútuo

entre seus membros desde o diagnóstico da doença e estende-se até sua recuperação ou controle.

Estudo realizado com portadores de doença crônica que participavam de um grupo de educação em saúde constatou que o diálogo e as trocas de experiências realizadas com outros participantes com os quais se identificavam pela idade, nível socioeconômico, cultura, doença, serviço de saúde, os ajudava a entender suas próprias questões relacionadas à vida e ao adoecer (FAVORETO; CABRAL, 2009; MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007).

Com relação às instituições e às organizações de bairro, conforme já mencionado anteriormente, as relações comunitárias do hipertenso se restringem a unidade de saúde, grupo de hipertensos e grupos religiosos. É importante destacar que outros arranjos comunitários (Associação de moradores, por exemplo) não foram mencionados pelos usuários, pois a falta de tempo livre, o desconhecimento sobre a existência e a falta de convite para a participação, foram os motivos alegados para não adesão a esse tipo de atividade:

Não participo, porque eu não tenho tempo, só vou mesmo à reunião do hipertenso porque fica pertinho do meu serviço e não é muito demorada. (U14)

Não participo porque não dá tempo por causa do serviço. (U26)

Não, eu nem sei se têm, porque inclusive era para eu participar em um sábado, tinha uma reunião sobre um projeto aqui no bairro, mas eu não fui. (U24)

[...] eu sou muito caseiro, eu não gosto de aglomeração, gosto de ficar mais isolado, só vou mesmo nessa reunião do hipertenso por que tem que pegar o remédio. (U11)

[...] eu não participo muito, porque não dá tempo, eu trabalho fora, então é mais difícil para quem trabalha fora, então só vou no dia da reunião pegar a medicação. (U29)

Destaca-se que três dos usuários U14, U26, U29 reconhecem que não participam das atividades da comunidade, pois não dispõem de tempo hábil para tal. Neste caso, Meirelles e Erdmann (2006) afirmam que as preocupações com o trabalho e as responsabilidades do dia a dia ocasionam prejuízo na intensidade e qualidade dos vínculos existentes entre as pessoas e na frequência dos contatos, neste caso representado pelas atividades comunitárias.

Observa-se a frágil integração dos hipertensos nessas atividades, demonstrada nos relatos de U11 e U24 que evidenciam não envolver-se neste tipo de atividade, todavia para Andrade e Vaistman (2002) a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda são fatores que desfavorecem a mobilização da população em torno de interesses comuns, contribuindo para uma baixa capacidade de organização e atividade da sociedade civil. Neste sentido, quanto mais desenvolvida uma comunidade, maior a possibilidade de existir aumento do número de associações e grupos de caráter voluntário.

No entanto, é importante destacar que na comunidade estudada a única forma de organização conhecida pelos usuários era a Associação de moradores que realizava reuniões eventualmente, todavia não atendia as necessidades da comunidade estudada. Meirelles e Erdman (2006) afirmam que uma comunidade saudável é aquela que proporciona oportunidades de apoio para seus membros, com a articulação de diferentes setores e organização da sociedade cuja finalidade é de atender às necessidades dos indivíduos e da comunidade, compartilhando e construindo saberes, com desempenho político e defesa dos interesses locais.

Diante disso, é relevante destacar que os recursos disponíveis para que a população enfrente os problemas do cotidiano devem relacionar-se ao modo como a sociedade está organizada, assim, a assistência à saúde de uma comunidade está relacionada com outros aspectos, especialmente a organização social, religiosa, política e econômica (SLUZKI, 1997). Deste modo, destacam-se os grupos religiosos que estão fortemente presentes na comunidade estudada.

Pesquisadores de várias áreas têm estudado a influência da religião e da espiritualidade na vida das pessoas na área da saúde, estas são consideradas como importantes fontes de fortalecimento para o enfrentamento de doenças e no cuidado a saúde (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009).

É importante lembrar que entre os entrevistados neste estudo todos seguiam uma religião sendo 20 católicos e 11 evangélicos. Segundo Valla, Guimarães e Lacerda (2006) religião e espiritualidade são consideradas uma forma de apoio social em que os sujeitos podem desabafar os seus problemas e serem escutados, cuidados e acolhidos. Observou-se no relato dos entrevistados que a espiritualidade e a religião são consideradas como forças para enfrentar as adversidades da vida:

Eu busco força em Deus. (U1)

Cada um tem um meio de buscar força, sempre tem um caminho que você vai buscar, eu procuro como na minha igreja a gente aprende assim, a buscar em oração, então é o que eu faço, eu entro no meu quarto e falo com Deus para que Deus me ajude a resolver tal problema. (U2)

[...] quando eu tenho algum problema pessoal, problema no trabalho, eu procuro a ajuda de Deus, eu faço a minha oração peço para ele me ajudar ele é o único que pode resolver os problemas da gente. (U10)

[...] coloco na mão de Deus, deixo o barco correr e coloco nas mãos dele, se for para ser será. (U13)

Eu só ajoelho no quarto para pedir para Deus. A única solução para mim é Deus, mas quando a gente passa dificuldade pela situação financeira oro, peço muito a Deus. (U14)

Ressalta-se que a espiritualidade representa uma forma de apoio para os hipertensos no sentido de sentirem-se acolhidos para solucionar os seus problemas, angústias e sofrimentos enfrentados cotidianamente, pois a religião provê esperança, conforto e serve como apoio e direção diante das dificuldades encontradas na vida (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Acreditar que podem contar com forças espirituais traz sentimentos de conforto aos hipertensos. A religião torna-se uma forma de estímulo e apoio emocional, pois a oração proporciona momentos de tranquilidade e de bem-estar:

[...] eu vou procurar na igreja também, no caso, pastor, pastora, para pedir algum conselho. (U19)

[...] leio a bíblia, essa é a forma que encontro para me aliviar. (U12)

[...] eu não fico sozinha, Deus sempre ponha alguém no meu caminho. (U6)

Deus em primeiro lugar, nós estamos aqui respirando, estamos aqui sentados devido a Deus. Se não fosse Deus, a gente não estaria aqui. (U19)

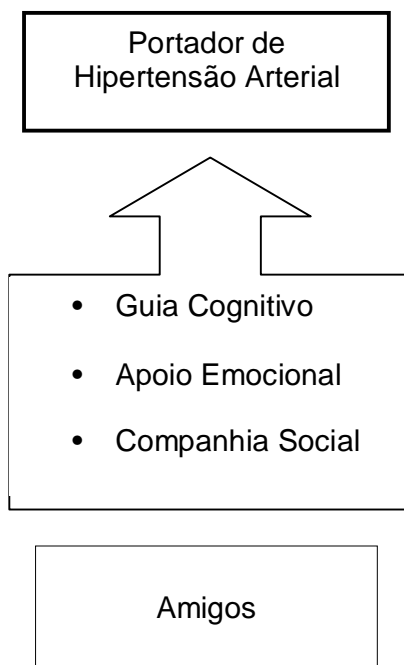
Eu prefiro ficar mais sozinha por alguns instantes e eu faço oração pego a minha bíblia, vou ler, vou refletir sobre aquilo que li, e por mais difícil que seja, por mais que eu esteja com dor, por mais que a situação esteja complicada, às vezes eu quero alguma coisa e eu não posso, Deus nunca tira tudo da gente, ele sempre na hora da tua dificuldade ele mesmo resolve. (U6)

É importante destacar que a espiritualidade e a religião mostraram-se como uma influência positiva no comportamento dos sujeitos entrevistados pois auxiliam

em momentos de dificuldades enfrentadas na vida como observa-se nos relatos de U6, U12, porém ressalta-se que nenhum relatou a busca desse auxílio para o cuidado com a hipertensão. O apoio da religião ainda que não seja considerado como importante no cuidado direto a enfermidade, acaba proporcionando conforto e tranquilidade, que de certa forma reflete sobre a saúde dos hipertensos. Sabe-se que os fatores emocionais são considerados de risco e podem influenciar no desencadeamento ou agravamento da hipertensão (SBC, 2010). Costa e Nogueira (2008) reafirmam a hipótese de que a saúde do indivíduo depende de um equilíbrio mente-corpo, e que alterações emocionais têm influências sobre a saúde das pessoas e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Assim, a promoção e a manutenção da saúde, bem como sua prevenção, devem contemplar as diferentes dimensões da vida como cuidados com o corpo, comportamentos, atitudes, aspectos sociais e emocionais, pois o equilíbrio corpo e mente são fatores que vão refletir na saúde. A partir do momento em que a mente é acometida por sentimentos negativos, desequilibra o corpo e promove o surgimento de doenças (VALLA; GUIMARAES; LACERDA, 2006).

4.1.3 Apoio Social de Amigos



Os usuários deste estudo consideram os amigos como importantes fornecedores de apoio. É relevante destacar, baseado na classificação de Sluzki (1997), que as relações de amizade são responsáveis pelo fornecimento de apoio emocional, guia cognitivo e conselho e companhia social. Ressalta-se que, para os usuários, as amizades são percebidas como importantes para enfrentar as adversidades da vida, no entanto, em nenhum momento os amigos são referidos como apoio no cuidado com a sua enfermidade.

As relações de amizades são importante fonte de apoio e suporte na vida das pessoas, este vínculo pode ser mais forte que os laços consanguíneos (BERSCHEID⁶; REGAN, 2005 *apud* SOUZA; HUTZ, 2008). Quando ocorre entre adultos esta pode ser definida como um relacionamento que satisfaz determinadas necessidades sociais específicas (SOUZA; GARCIA, 2008). Os relacionamentos mais próximos estabelecido com familiares, amigos e pares atenuam a solidão e proporcionam bem-estar, portanto, desempenham um papel relevante na promoção da saúde (BERSCHEID⁷; REGAN, 2005 *apud* SOUZA; HUTZ, 2008).

As amizades são consideradas uma relação de apoio e intimidade mútua, os amigos são escolhidos por afinidade social ou por alguma ausência encontrada na família (ANTUNES; FONTAINE, 2005). Este fato foi constatado no relato de um dos usuários:

[...] amiga de verdade eu tenho só uma, como a minha família é de São Paulo, ela é uma pessoa que eu posso contar sempre, como se fosse da minha família. (U12)

Eu tenho vários amigos, porque eu acho que as pessoas não podem viver isolados, e nem sempre as pessoas da família podem ajudar, por isso eu tenho amigos, quando preciso de qualquer coisa sempre tenho a quem recorrer. (U16)

É importante ressaltar que os amigos são recorridos para qualquer eventualidade como mencionado por U16, corroborando com Budó e Saupe (2005), Sluzki (1997), que afirmam que além da família o apoio pode ser fortalecido pelos demais integrantes da rede de suporte social, constituída por parentes, amigos e vizinhos, seja em situações de crise ou na rotina diária.

⁶ BERSCHEID, E.; REGAN, P. **The psychology of interpersonal relationships**. Upper Saddle River: Pearson, 2005

⁷ Id. Ibid.

No estudo de Fachinelo e Marcon (2009), os amigos são os componentes da rede social dos hipertensos e podem ser considerados como pessoas fundamentais para manutenção da saúde, tanto nos aspectos físicos e mentais, como psicológicos, afetivos e emocionais.

O ser humano tende a relacionar-se com parceiros sociais que têm afinidades, pois apresentam comportamentos e modos semelhantes de entender o mundo (NOGUEIRA, 2001). Para os usuários deste estudo os amigos fornecem subsídios para o enfrentamento das adversidades, pois as amizades são consideradas como guia cognitivo e fornecedoras de conselhos:

Eu tenho vários amigos, mas tem uma amiga que tenho mais contato, ela vem sempre na minha casa [...] e o que a gente tem para conversar, uma não esconde nada da outra, ela dá palpite na minha vida e eu na vida dela. (U16)

[...] quando a gente está com algum problema eles pedem para a gente procurar recurso. (U26)

Amigos mesmo que eu tenho são as minhas irmãs, eu tenho quatro irmãs que moram aqui, que eu converso sempre com elas, para qualquer problema. (U31)

Observam-se no relato de U16, U26 e U31 que o auxílio dos amigos acontece por meio de conversas, e é permeado por uma relação de confiança. Souza e Hutz (2007) afirmam que as relações de amizade envolvem estilos de vida e valores semelhantes, troca de confidências, compartilham experiências, confiança, sinceridade, apoio mútuo e diálogo.

As relações afetivas, desenvolvidas com as pessoas de confiança, tornam o apoio recebido mais eficaz, uma vez que reduzem os efeitos negativos das situações adversas, afetam positivamente sua situação psicológica, com repercussões na qualidade de vida e na saúde (SIQUEIRA; BETS; DELL'AGLIO, 2006).

Para Sluzki (1997), o apoio emocional é caracterizado pela disponibilidade para conversar e dividir problemas estabelecendo uma relação de confiança, os hipertensos deste estudo reconhecem que os amigos são importante fonte desta forma de apoio:

Ela me dá muito apoio, moral, quando estou triste, converso muito com ela. (U3)

Eu tenho duas pessoinhas que sempre que preciso, na verdade eu tenho mais do que duas, mas para toda a hora que você precisar para, te ouve, te orienta, eu tenho sim. Elas são amigas e vizinhas. (U6)

Os amigos sempre têm uma palavra, um conforto para você desabafar. (U12)

[...] não é aquele amigo que você tem medo de chegar e contar uma dificuldade que você tenha, eles te dão abertura. (U20)

Os amigos oferecem paz, tranquilidade [...] (U26)

O apoio emocional recebido pelos usuários acontece por meio de conversas e desabafos como relatado por U3, U6, U12. Na presença de eventos estressantes, o apoio emocional recebido dos amigos capacita o indivíduo a desenvolver estratégias adaptativas. Tal constatação é confirmada por La Greca e Harrison (2005) que afirmam que o apoio provido por amigos serve de proteção contra sentimentos de angústia social e está relacionado à manutenção do bem-estar.

Eventos estressantes vivenciados com apoio emocional dos amigos capacitam o indivíduo a desenvolver estratégias mais adaptativas (SIQUEIRA; BETS; DELL'AGLIO, 2006), pois estes oferecem paz e tranquilidade como relatado por U26. Essas relações afetivas proporcionam um conjunto de recursos pessoais e sociais que diluem os efeitos negativos das situações adversas e faz com que as pessoas sintam-se amparadas e seguras (SIQUEIRA; BETS; DELL'AGLIO, 2006).

Juntamente com a família, os amigos cumprem o papel de fornecedores de apoio que se relaciona à preservação do bem-estar, acolher em momentos de tribulações, proteger de eventos estressantes, e encorajar a enfrentar as adversidades. Essas relações afetivas desenvolvidas com os pares são capazes de anular os efeitos negativos das situações adversas (SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006).

A busca de amizades e relacionamentos íntimos é essencial quando as pessoas precisam umas das outras, e se caracterizam por relações interdependentes e complementares, pela ajuda que um oferece ao outro, quando necessário (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006). O companheirismo é um atributo das relações de amizade e entende-se como tempo despendido junto ao amigo, o que demonstra uma preferência social e proximidade (SOUZA; GARCIA, 2008; SLUZKI, 1997). Neste caso, os amigos são considerados como companhia social:

É importante ter amigos para você sair no final de semana, poder ir à casa de alguém, fazer uma confraternização. (U24)

Amizade, fé, diversão, faz farra, conversa, joga um truço, joga baralho, joga sinuca. (U27)

Às vezes eles vão lá em casa fazer um churrasco, conversar. (U29)

[...] um irmão meu que é considerado grande amigo meu que também mora aqui na minha área, a gente sempre sai junto em pescaria. (U23)

Eu acho que quem não tem amigo não tem nada, ninguém vive sozinho, Deus o livre. A solidão é a pior coisa. (E28)

Destaca-se que a companhia social referida por U23, U24, U27, U29 está relacionada principalmente à realização de atividades de lazer e diversão, este fato corrobora com Souza e Hutz (2008) que afirmam que as relações de amizades se caracterizam por oferecer afeto, diversão, trocas sociais, realização de atividades compartilhadas e desejar passar mais tempo na companhia do outro. Pereira e Garcia *et al.*(2007) complementam que essas relações são consideradas um envolvimento pessoal e voluntário, que propicia intimidade e ajuda em atividades compartilhadas, companheirismo e interdependência de ambas as partes.

Para alguns usuários a intensidade da amizade está atrelada ao tempo de convivência com as pessoas como se ressalta nos relatos:

[...] amigos de quarenta e poucos anos eles são como se fosse uma família, eu considero como família. (U20)

Ah! Eu tenho uma amiga que já faz 18 anos que a gente tem amizade, ela mora aqui em baixo. (U3)

[...] tem uma enfermeira que a gente já conhece ela, tem uns 20 anos, ela mora aqui em baixo, mas é vizinha e amiga de coração, todo domingo eles ligam, ou eles passam aqui, ou eles ligam para perguntar como é que está. É como se fosse aquela Irmã que você gostaria de ter. (U6)

O longo período de convivência e a proximidade de outras pessoas fora do ambiente familiar promovem uma relação intensa de afinidade e confiança, que faz com que relações estabelecidas pelos usuários U6 e U20 sejam consideradas tão significativas quanto à família.

As relações estabelecidas pelo convívio próximo podem ocorrer na vizinhança, no ambiente de trabalho, na comunidade, entre outras instituições

sociais. Pela proximidade de acesso é relevante que o relacionamento entre vizinhos torne-se uma relação de amizade como no caso de U3 e isto facilita na colaboração em situações adversas do cotidiano, e faz com que as pessoas sintam-se amparadas e seguras (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006.)

As pessoas buscam relacionamentos motivados por necessidades e preocupações vigentes em cada estágio da vida (SLUZKI, 1997). As amizades podem se iniciar em ambientes e atividades compartilhadas, como igreja, trabalho, locais para atividades esportivas, entre outros e fazem parte de uma rede mais ampla de relacionamentos (GARCIA *et al.*, 2007; FELD; CARTER, 1998). Essa diversidade de locais para estabelecer relações de amizade também foi mencionada pelos participantes:

Sim tenho amigos, como os vizinhos, agora tem o grupo da igreja, mais os vizinhos mesmo, tem as enfermeiras aqui, tem algumas que são amigas, tem a [nome de uma téc. de enfermagem] que trabalhava aqui ela mora no meu bairro. (U15)

Outra amiga eu tenho no meu serviço, além de minha colega ela é minha amiga. Pela maneira de tratar a gente, a gente se sente bem quando é bem recebido, com certeza se eu precisar ajuda ela me oferece. (U30)

Mais é o bate-papo no futebol, tenho mais amigos é no futebol, por que eu jogo muita bola, então mais é amigos de futebol, às vezes a gente se reúne para fazer uma carinha, então é divertido. (U13)

A rede de relações interpessoais presentes na vida dos indivíduos, inicialmente é constituída pela família, e expande-se à medida que inclui amigos, colegas de trabalho, vizinhos, além de relações sociais baseadas em atividades tais como esportivas, culturais e de cuidados de saúde (FERREIRA; GARCIA, 2008). Este fato é evidenciado nos relatos de U15 e U30. Sabe-se que algumas pessoas estão mais envolvidas socialmente do que outras, e participam de clubes e igrejas que proporcionam a criação de relações com as quais os indivíduos têm oportunidade de trocar apoio social (FELD; CARTER, 1998).

No caso de pacientes crônicos ter relações de amizade, inclusive com outros pacientes, além de favorecer a troca de experiências também permite desabafar, passar o tempo, falar e conversar com outras pessoas, auxiliando-as a lidar melhor com as demandas ocasionadas pela doença e seu tratamento (BUDÓ; SAUPE, 2005).

De acordo com Ferreira e Garcia (2008), parentes e amigos são fontes de apoio importantes na adaptação à doença crônica e, neste caso, possivelmente poderiam participar de modo mais efetivo na promoção da qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial.

4.1.4 O Cuidado sem Apoio

A rede social que envolve o portador de hipertensão arterial tem a função de incentivar a adoção de atitudes pessoais que influenciam positivamente no cuidado à saúde, como compartilhar informações, auxiliar em momentos de dificuldades e cuidados com a enfermidade, incluindo a dieta, exercícios físicos, sono e adesão à terapia medicamentosa (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Diversos estudos confirmam a correlação positiva entre a presença de apoio social e a saúde e o bem-estar das pessoas (RODRIGUES; SEIDL, 2008; CUNHA *et al.*, 2006; NUNES, 2009; LEVER; MARTINEZ, 2007; SILVA *et. al.*, 2003; LACERDA, 2002).

No entanto, ressalta-se que nesta categoria os usuários por motivos diversos mencionam que o apoio social é inexistente ou pouco representativo em suas vidas, pois relatam dificuldades em obter colaboração no tratamento, preferem preservar a vida dos familiares, não confiam nos cuidados oferecidos pela família e demonstram autonomia e independência no cuidado com a enfermidade.

Algumas dificuldades, em relação à participação da rede social no cuidado com a hipertensão, foram mencionadas pelos participantes, pois estes relatam dificuldades de obter colaboração no acompanhamento da sua enfermidade crônica, bem como no apoio a outros problemas de saúde, como nota-se nos relatos a seguir:

[...] eu toda a vida corri sozinha, eu me internava, eu ia na consulta, tudo sozinha, ia nos exames. Nunca tive ninguém para me dar um apoio [...] mas apoio da família, eu nunca tive. (U7)

[...] pessoas da família com ninguém próxima. Porque desde o momento que eu fiz meu transplante de rim, ninguém foi no hospital me visitar, fiquei 47 dias internada, eu recebi umas duas ou três visitas, inclusive a médica até perguntou se eu era daqui, porque nunca ninguém ia me visitar. Então eu conto comigo mesmo. Eu vou atrás do meu medicamento, eu fui atrás do meu tratamento. (U7)

só eu mesmo [...] o cuidado que você tem consigo mesmo de caminhada, na alimentação eu faço sozinho, porque eu moro sozinho. (U23)

Os usuários relatam falta do envolvimento principalmente de seus familiares no acompanhamento da hipertensão e de outros problemas de saúde, isto fica evidente nos relatos de U7 e U23 e pode ter reflexos na adesão ao tratamento, pois segundo Lopes *et al.*, (2008), no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o sucesso do tratamento depende de mudanças no estilo de vida, acrescido de fatores externos como uma rede social familiar atuando como um importante agente de suporte para o cuidado. No entanto, quando o envolvimento da rede familiar é ausente no cuidado com a hipertensão arterial, pode ocasionar uma desestruturação no plano de tratamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

Silva e Acker (2007) afirmam que família é considerada a primeira e mais importante unidade de saúde para seus membros, por possuir características especiais de proximidade e de convivência, o que favorece as condições para acompanhar o processo saúde/doença. Todavia, é importante destacar como já referido na categoria anterior que U7 é divorciada e reside com sua mãe, a qual exerce a função de cuidadora, mesmo possuindo três irmãos que residem no mesmo bairro, não pode contar com o apoio destes.

Em relação ao relato de U23 que faz referência a morar sozinho por ser divorciado, Ramos (2002) pontua que em termos de estado civil, as pessoas casadas têm melhor saúde que as divorciados e viúvas, a razão para este padrão pode estar no fato de que pessoas não-casadas não disponibilizam de cônjuges para cuidá-las e/ou controlá-las em casa. Garcia *et al.* (2007) complementam que a ausência de parentes, especificamente os mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com complicações das doenças e mortalidade entre as pessoas.

Segundo Rodrigues e Seidl (2008), superar eventos estressantes, como o advento de uma doença crônica, é especialmente difícil quando o indivíduo se sente isolado socialmente. Assim, o suporte social adequado pode diminuir o risco de agravamento de tais doenças e promover comportamentos adequados para o seu manejo e cuidado.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial é facilitada na presença de apoio familiar e social, pois a ocorrência de uma doença crônica pode levar a

modificações no comportamento da família, que acarreta mudanças em todo contexto familiar ou em alguns de seus membros, devendo este grupo estar incluído nas ações de tratamento e acompanhamento dos hipertensos. No entanto, alguns participantes preferem seguir sozinho seu tratamento e não interferir na rotina de familiares e amigos:

Mas é difícil também, porque às vezes ela [amiga] tem os problemas dela para resolver. (U2)

Não procuro levar para um ou outro, para a minha mãe e meu pai, não procuro levar problemas para eles, então eu mesmo procuro resolver. (U4)

Aqui em casa é difícil contar com alguém, eu faço tudo sozinha. Tem meus filhos, se eles estão em casa disponíveis sempre me atendem, mas eu não vou tirar eles do serviço deles para me atender. (U16)

[...] para te falar bem a verdade com ninguém. Assim, a gente vai se virando, porque os filhos têm a vida deles, têm que trabalhar, os meninos também têm a vida deles. (U18)

Com a atual situação econômica e social em que as exigências de sobrevivência são urgentes, os filhos, esposas, enfim, todos os membros da família ingressam no mercado de trabalho, e com isso ficam impossibilitados de dar atenção às necessidades de seus membros doentes (MAZZA; LEFÉVRE, 2004). Esta situação pode refletir sobre as relações entre os membros da família, como se observa no relato de U16 e U18 que convive com os filhos próximos, todavia não quer interferir na rotina de trabalho e prefere seguir sozinho o tratamento.

Ressalta-se que embora U16 sinta-se sozinho em outras situações refere que recebe auxílio financeiro da filha e aconselhamentos de amigos, porém não recebe apoio para realizar o cuidado com a hipertensão.

O êxito no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) depende de mudanças no estilo de vida, acrescido de fatores externos como uma rede social atuando como um importante agente de suporte para o cuidado (LOPES *et al.*, 2008; FAÉ *et al.*, 2006) Este fato não ocorre com U2, U16 e U18 que demonstram a falta de disponibilidade dos seus familiares.

Em outras situações, a distância geográfica entre os membros da rede afeta a facilidade de acesso aos integrantes, e, portanto, compromete tanto a sensibilidade da rede às variações do indivíduo, quanto a eficácia e velocidade de resposta em situações de crise (SLUZKI, 1997). Alguns dos entrevistados afirmam

que não contam com o apoio de seus familiares pelo fato destes residirem em outras localidades, por afastamento devido a casamento e por perda de um familiar:

[...] porque aqui eu só tenho uma irmã que mora mais perto, o resto do pessoal da minha família mora todos longe, porque até eu recorrer a eles lá em Santa Catarina, então tem que ter alguém mais próximo de mim que me ajude. (U6)

[...] antigamente eu tinha esse meu irmão que morreu, trabalhava do outro lado da rua, esse quando eu tinha alguma dificuldade eu conversava bastante com ele. (U24)

[...] agora eu pago uma pessoa para me ajudar e para me fazer as coisas, quando a minha filha estava solteira era ela que me fazia tudo. (U22)

Apesar de a família ser a principal referência para o acolhimento de seus membros, em algumas situações, não dispõe da estrutura necessária para arcar com todos os cuidados, neste caso é preciso recorrer a outros membros da rede como no caso de U6 e U22 (SILVA *et al.*, 2002; CONTIERO *et al.*, 2009).

Esses achados também foram encontrados no estudo de Fachinelo e Marcon (2009) que mencionam que a distância geográfica entre os familiares é considerada um fator interveniente na constituição da rede social de hipertensos, motivo relacionado ao movimento migratório dos membros da família para outras cidades, causando afastamento e conseqüente perda do contato entre os irmãos consanguíneos.

Este fato é justificado por Sluzki (1997) que afirma que a conformação da rede social familiar ganha relevância na sociedade atual na qual, muitas pessoas vivem sozinhas, muitos casais decidem não ter filhos, ou os filhos adultos moram longe; um número grande de famílias muda com frequência seu local de residência, dificultando o estabelecimento de laços sociais que resultam na diminuição de atividades com a família extensa. Como se observa no relato de U6 que diz não contar com apoio de seus familiares, pois estes não residem próximos e por isso recorre a outras pessoas de convívio diário, no entanto em nenhum momento explicita que isto possa afetar no cuidado com sua enfermidade.

Embora neste estudo os usuários não mencionem que a falta familiares próximos possa afetar no seu bem-estar, Boutin-Foster (2005) alegam que pacientes que não dispõem de suporte social adequado apresentam maior dificuldade para aderir a comportamentos que promovam a saúde e o bem-estar (atividade física

regular, alimentação adequada e cessação do hábito de fumar), tendendo à piora de suas condições físicas.

Costa e Nogueira (2008) complementam esta afirmação ao destacarem o valor que os membros familiares têm para a qualidade de vida dos indivíduos hipertensos, principalmente no que se refere à participação em atividades de cuidado e acompanhamento ao tratamento, visto que a presença da rede de suporte social encoraja e facilita a participação ativa dos sujeitos nas atividades necessárias para o controle da hipertensão.

Tendo em vista que as doenças crônicas necessitam de modificações de hábitos por toda a vida, é necessário que os familiares e as pessoas de convívio próximo estejam envolvidos para incentivar o doente crônico a conviver melhor com a sua enfermidade (ANDRADE *et al.*, 2009). Deste modo, Marcon *et al.*, (2005) complementam que na ocorrência de enfermidades crônicas, as pessoas de convivência diária necessitam se reorganizar e adaptar suas vidas, pois os papéis e funções devem ser exercidos de forma a ajudar o indivíduo a gerenciar seu tratamento.

Entretanto, prestar assistência a adultos não é uma tarefa fácil, pois o cuidador necessita superar possíveis resistências apresentadas pelo enfermo, relacionadas aos valores e às crenças que vão se estruturando em seu cotidiano (SARAIVA *et al.*, 2007). Esse fato foi observado neste estudo, em que os usuários afirmam serem capazes de fazer tudo sozinhos demonstrando certa autonomia e independência no cuidado com sua enfermidade:

Porque eu me cuido eu mesmo, porque sou eu que quero ter mais saúde, porque sou eu que cozinho então eu que faço, eu que tenho que diminuir a gordura, o sal, faço para todos. (U5)

Eu não sou muito de pedir ajuda, procuro eu mesmo resolver, procuro não falar para ninguém. Eu procuro resolver sozinha. (U17)

[...] porque sou eu mesmo que em casa cozinho, eu saio fazer compras, para saber o que a gente tem que comer ou não, sempre sou eu, não tem uma pessoa assim que fica me lembrando de tomar o remédio, aquilo para mim é rotina, eu levanto já tenho a minha garrafinha de água, eu já tomo meu remédio, para mim não precisa ninguém. (U20)

Com ninguém, quando eu estou com problema na minha vida eu mesmo tenho que resolver, a gente mesmo que complica a vida, então tem que resolver sozinho. (U27)

Nota-se que os usuários não conseguem vislumbrarem-se como dependentes de cuidado, pois em seus discursos utilizam a primeira pessoa do singular “eu” faço tudo sozinha. Ressalta-se que os sujeitos do estudo são adultos e independentes, o que pode propiciar maior autonomia e liberdade para cuidarem-se sem apoio.

No entanto Faé (2006) afirma que os portadores de hipertensão arterial que não buscam apoio no tratamento da enfermidade apresentam maiores dificuldades para realizar os cuidados, visto que em seu estudo constatou que em relação ao suporte social, os aderentes ao tratamento procuravam colegas de igreja ou familiares para ajudar na resolução dos problemas, enquanto os não aderentes relataram não pertencer a nenhum grupo social e não procuravam ninguém no caso de dificuldades.

Bochi e Angelo (2008) complementam que indivíduos que percebem o suporte social como insatisfatório ou indisponível poderão sentir-se incapazes para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular tais como: praticar exercícios físicos, ter uma dieta adequada e deixar de fumar.

Em um dos depoimentos observou-se que a entrevistada relata não contar com apoio de ninguém, pois prefere resolver tudo sozinha:

[...] tudo sozinha mesmo. Ajuda dos outros às vezes complica mais, se eu tenho um problema às vezes só vai piorar meu problema, eu sou uma pessoa que estou acostumada fazer tudo sozinha. Porque é aquele negócio às vezes eu prefiro ir lá fora resolver o problema, do que dentro de casa.
(U2)

No relato de U2 é possível verificar que além de não procurar apoio, diz que prefere não contar com a ajuda da família, ressalta-se que durante a entrevista esta relatou que convive com a mãe e o cônjuge, no entanto não tem uma boa relação em casa. Embora não citado pelos usuários, a dificuldade na adesão e o desinteresse pelo tratamento aumentam quando não há envolvimento da família no cuidado diário com o doente e o relacionamento entre seus membros é conflituoso (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

Deste modo, o engajamento entre os membros da rede social e os portadores de doença crônica é essencial para facilitar a adesão ao tratamento, uma vez que para se atingir e manter os níveis pressóricos adequados, além da participação ativa do hipertenso, é preciso estímulo constante por parte das pessoas

de convívio próximo para auxiliar e encorajar as mudanças no estilo de vida e ajustes à terapêutica (PIERIN *et al.*, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho propiciou uma reflexão enquanto enfermeira de saúde pública, sobre a atuação profissional e despertou um novo olhar ao portador de doença crônica considerando não apenas os aspectos fisiopatológicos da doença como também, as características pessoais e sociais que permeiam o viver desses sujeitos. Visto que, estudar redes suscita a atenção sobre o potencial de cuidado integrador e articulado ao contexto social do indivíduo. Porém, sabe-se que ainda se tem muito a apreender neste processo para mudar a prática profissional, com vistas a incorporar o contexto relacional, tanto formal como informal no processo de cuidar.

Hoje, ao refletir sobre a atuação profissional, bem como, a assistência prestada ao portador de hipertensão arterial, percebe-se que as pessoas de convívio próximo, representam importantes fontes de apoio que poderão contribuir no cuidado e auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Pois, além da hipertensão arterial estes sujeitos apresentam outras necessidades de vida e buscam outras formas de apoio que ultrapassam o serviço de saúde.

Constatou-se através deste estudo que a rede social do portador de hipertensão arterial está estruturada com base nas necessidades decorrentes do viver com essa condição crônica, porém, não se restringe aos aspectos específicos do cuidado e tratamento da hipertensão, mas se entrelaça aos diferentes âmbitos da vida dessas pessoas e contribui para viver de modo mais saudável. Os hipertensos reconhecem que os membros de sua rede representados pelos familiares, amigos e relações comunitárias contribuem nos cuidados gerais com a enfermidade e na assistência em outras adversidades da vida.

Dentre os componentes da rede citados anteriormente, os familiares assim como encontrado em outros estudos continuam sendo os principais fornecedores de apoio ao tratamento da hipertensão. Todavia, este é fornecido não somente durante o período do diagnóstico, como também, no decorrer dos anos de tratamento e acompanhamento do agravo.

A unidade de saúde integra a principal forma de apoio comunitário no cuidado aos hipertensos, pois o serviço de saúde é considerado como referência pelo fornecimento de medicamentos, consultas médicas e também como fonte de informação, aconselhamentos, orientações para lidar com os problemas de saúde. O

grupo de hipertensos além de ser importante para a aquisição de medicação anti-hipertensiva, é uma oportunidade para a interação social e troca de experiências entre os participantes, fato que pode contribuir na adesão ao tratamento. É importante destacar que a acessibilidade ao serviço e profissionais de saúde é dos fatores que fazem com que os hipertensos ponderem o serviço como a principal referência no cuidado.

Os grupos religiosos, outro recurso comunitário presente na rede dos hipertensos é considerado como apoio emocional para resolver problemas da vida diária e não como suporte ao tratamento da hipertensão. Entretanto evidenciou-se que nem todas as de relações do hipertenso se estabelecem em função da enfermidade, pois os amigos são considerados como companhia social principalmente para a realização de atividades de lazer e diversão.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo demonstram a atuação benéfica da rede social na vida dos hipertensos, pois fornecem diversas formas de apoio que auxiliam em termos de cuidados gerais com a enfermidade e geram repercussões positivas no estilo de vida, além de atuar como suporte em outras dificuldades. No entanto, é importante ressaltar que alguns hipertensos realizam o cuidado sem apoio, pois este é inexistente ou pouco representativo em suas vidas, esse fato ocorre pela resistência em pedir ajuda, não querer interferir na rotina das pessoas e não confiarem nos cuidados oferecidos pela família.

Neste caso os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem utilizar-se do conhecimento sobre quem faz parte da rede de relações sociais do hipertenso e, a partir de então, incluir esta como forma de responder às necessidades de saúde ao portador de HA.

Por fim, considera-se que devido à complexidade de cuidar no contexto de uma doença crônica, a enfermagem necessita realizar um trabalho multidisciplinar e intersectorial integrado a outras áreas de conhecimento, a fim de buscar potenciais para novas redes e aumentar a capacidade de resposta ao processo de cronicidade.

Dessa forma, o presente estudo pretende subsidiar a reflexão dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, sobre a integração da rede social com os cuidados necessários para o controle da hipertensão arterial e no estabelecimento de estratégias junto aos hipertensos, para se repensar a gestão do serviço e fomentar práticas da integralidade de atenção e de cuidado à saúde.

Esta investigação objetivou a conhecer a rede social de adultos portadores de hipertensão arterial, acredita-se que a continuidade deste poderá estabelecer a teia de cuidados e a trajetória do hipertenso na busca de apoio. Sugere-se que outros estudos sejam realizados a fim de aprofundar a questão do cuidado sem apoio que poderá ampliar e/ou consolidar os resultados obtidos neste estudo, pois conhecer a rede social ao na qual os sujeitos estão inseridos, permite um olhar integrador, um atendimento humanizado e a valorização dos sujeitos como um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. *et al.* Prevenção primária e detecção precoce da hipertensão arterial em escolas de ensino médio. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v.26, n 2, maio/ago, 2002.

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)102.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)102.pdf). Acesso em: 25/08/2010.

ANDRADE, C. R. *et al.* Apoio social e auto-exame de mamas no estudo pró-saúde. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.379-386, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/04.pdf>. Acesso em: 23/09/2009.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 925-934, 2002.

Disponível em: http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes_sociais.pdf. Acesso em: 28/08/2009.

ANDRADE, L.M. *et al.* A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 37- 43, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf> >. Acesso em: 20/07/2010.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.32, p.355-366, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/05.pdf> >. Acesso: 10/11/2009.

ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 41, n.3, p.368-74, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>. Acesso em: 20/08/2010.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados a adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa de saúde da família de Ventosa Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2189- 97, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=pt >. Acesso em: 11/09/2010.

BARBOSA, M. T.; BYINGTON, M. R. L.; STRUCHINER, C.J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.16, sup.1, p. 37-51, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2211.pdf> >

Acesso em: 20/05/2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROSO, L. M. *et al.* Evaluación de la calidad em la atención básica. Enfermería Global. **Revista eletrónica cuatrimestral de Enfermería**, n.12, febrero, 2008. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/981>. Acesso em: 20/08/2010

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto & contexto enferm.** , Florianópolis, v.13, n.1, p.92-99, 2004.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L.D. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, 1981, 350p.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em: 20/03/2010.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 15-23, jan./fev. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf>. Acesso em: 27/09/2010.

BORGES, C. B. N.; SANTOS, J. E. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas á hipertensão arterial. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p. 96-101, 2004.

BOUTIN-FOSTER, C. Spite of good intentions: Patients perspectives on problematic social support interactions. **Health qual. Life outcomes** ., London, v.52, n.3, p.1-7, 2005. Disponível em:< www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-3-52.pdf.> Acesso em: Acesso em 21/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.394/GM, de 19 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2394.htm>>. Acesso em 22/01/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadora das Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../reorganizacao_proposta.pdf. Acesso em: 16/05/2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000

_____a. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas**. Disponível em: www.datasus.gov.br . Acesso em: 28 set. 2009.

_____b. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA. Relatórios. **Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco**, 2010. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em set. de 2009

_____a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros** - 2003. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>. Acesso em: jan. 2010

BRÊDA, M.Z. *et al*. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n.3, p. 450-2, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021. Acesso em: 22/09/2010.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Desarrumou tudo! O Impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 153-69, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200015>. Acesso em: 15/09/2010.

BUDÓ, M de L.D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis , v.14, n. 2, p.177- 85, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a04v14n2.pdf>. Acesso em: 10/10/2010.

CADE, N.V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9; n.3; p. 43-50, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11497.pdf>> Acesso em: 15/07/2010.

CALVETTI, P.; MULLER, M.; NUNES, M. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 27, n.4, p.706-717, 2007. Disponível em: http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20/08/2009.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicol. estud.**, Maringá, v.9, n.1, Jan./Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000100015&script=sci_arttext. Acesso em: 23/09/2009

CHOR, D. *et al.* Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 887-896, jul-ago, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5294.pdf>. Acesso em: 15/05/2009

CONTIERO, A.P. *et al.* Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n.1, p.62-70, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>. Acesso em: 19/09/ 2010.

CORRÊA, T.D. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq. méd. ABC.**, Santo André, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457914&indexSearch=ID>. Acesso em: 17/09/2009.

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Soc. estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, maio/ago, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v21n2/a04v21n2.pdf>>. Acesso em: 23/08/2010

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n.5, set./out. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_12.pdf. Acesso em: 11/10/2010

CUNHA, M. A. *et al.* **Suporte Social: Apoio A Pessoas Com Doenças Crônicas.** In: JORNADA AUGM, 14., 2006, Campinas. Anais eletrônicos... Campinas: AUGM, UNICAMP, 2006. Disponível em: <http://www.cori.unicamp.br/jornadas/completos/UFSC/CA2007%20-%20Mila%20-%20ESA%20-%202006%202.doc>. Acesso em: 18/10/2009.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. São Paulo: Difusão Editora, 2007.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M.C.; SANTOS, J. E. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. **Cult. med. psychiatry.**, Dordrecht , v.21, p.303-335, 1997. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/tg71705730281152/>> Acesso em: 17/09/2009

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J. J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. **ACM arq. catarin. med.**, Florianópolis, v. 35, n. 1, 2006. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.../online/>? Acesso em: 20/10/2010.

FAÉ, A. B. *et al.* Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 32-6, jan/mar. 2006. www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a05.pdf> Acesso em: 10/09/2010

FAVORETO, C. A. O. ; CABRAL , C. C . Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 13, p. 7-18, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100002. Acesso em: 16/10/2010.

FAQUINELLO, P. MARCON, S.S. **A rede social do paciente hipertenso**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, 2009.

FELD, S.; CARTER, W.C. Foci of activity as changing contexts for friendship. In: ADAMS, R.G.; ALLAN, G. (ORGS.) **Placing friendship in context** . Cambridge: Cambridge University Press, 1998, 136-152 p. Disponível em: <<http://assets.cambridge.org/97805215/84562/sample/9780521584562web.pdf>>. Acesso em: 25/10/2010.

FERREIRA, B. E. S.; GARCIA, A. Aspectos da amizade de adolescentes portadores de diabetes e câncer. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n.2, p.293-301, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a13v25n2.pdf Acesso em: 15/10/2010

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulg. saúde debate.**, Londrina, n.21, p.49-53, 2000.

FONTES, B. A. S. M. Redes Sociais e Saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Rev Política & Trabalho**, Paraíba, n. 26, p. 87-104, Abril 2007. Disponível em: http://www.nucleo cidadania.org/nucleo/extra/2007_07_16_06_10_51.pdf. Acesso em: 17/09/2009.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. M. G. V. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de auto atenção ao apoio social**. 186p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. CD ROM.

GARCIA, S. M. S. *et al.* Aspectos socioepidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.1, n. 2, p. 149-56, 2007. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/380>. Acesso em: 10/11/2009.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. *et al.* A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n.3, p.390-6, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8635/6991>. Acesso em: 11/09/ 2010

HUTCHISON, C. Social suport: factors to consider when designing studies that measure social support. **J. adv. Nurs.**, Oxford, v.29, n.6, p. 1520-1526, 1999. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.01041.x/full>. Acesso em: 20/10/2009.

IPARDES. Caderno estatístico do município de Colombo, 2009. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/montapdf.php?município=8000>. Acesso em: 12 jun. 2009.

JARDIM, A.L. I.; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.405-417, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200009&script=sci_arttext&lng=es Acesso em: 14 /11/ 2009.

JESUS, E. S. *et al.* Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n.1, Jan./Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 /09/ 2009.

KERKOSKI, E. *et al.* Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.2, p. 225-32, Abr/Jun., 2007.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LACERDA, A. *et al.* As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 445-457.

LA GRECA, A.M.; HARRISON, H. W. [Adolescent peer relations, Friendships and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression?](#) **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, Miami, v. 34, p.49-61, 2005.
Disponível em:
http://www.psy.miami.edu/faculty/alagreca/lagreca_harrison_2005.pdf. Acesso: 03/11/ 2010.

LANDIM, F. L. P. *et al.* Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n.1, p.16-23, jan/abr 2006.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Out./Dez. 2004. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf. Acesso em: 20/05/2009.

LEVER, J. P.; MARTINEZ, Y. I. C. Pobreza y apoio social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconômicos. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 177-188, 2007. Disponível em:
http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 05/09/2009

LIMA, E.D.R.; NORMAN, E. M.;LIMA, A. P. Translation and adaptation of the social support network inventory in Brazil. **Image j. nurs. scholarsh.**, Indianápolis, v.37, n.3, p.258-260, 2005.
Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2005.00044.x/abstract>. Acesso em: 21/09/2009

LIMA, F. E. T.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T. L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Fam. Saúde Desenv.**, v.3, n.1, p.63-69, jan- jun. 2001. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/4943>. Acesso em: 23/09/2010

LOPES, M. C. L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf. Acesso em: 05/10/2010

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n.2, p.178-189, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2007000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 11/09/2010.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.

MALTA, *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, v.15, n. 3 - jul/set, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5artigo_construcao_cronicas.pdf. Acesso em: 21/09/2009.

MANTOVANI, M. F. *et al.* Health clients profile and knowledge about arterial hypertension. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Niteroi, v.7, n.2, jul. 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348>. Acesso em: 15/10/2010.

MANTOVANI, M.F.; MOTTIN, J.V.; RODRIGUES, J. Nurse home visity with educational activities in the arterial pressure treatment. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Niteroi, v. 6, n.1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/757/171> Acesso em: 11/09/ 2010.

MARCON, S.S. *et al.* Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & contexto enferm.** Florianópolis, v. 14, n. esp, p. 116-24, 2005.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, A.K.M.C. *et al.* Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2567. Acesso em: 12/09/2009.

MARQUES, A. K. M. C.; LANDIM, F. L. P. **Apoio social na experiência do familiar cuidador de pessoas com doença crônica**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n.3, 2006.
Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a09.pdf. Acesso em: 11/10/2010.

MARTELETO, R.M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência de informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v.30, n.1, p.71-81, 2001.
Disponível em: www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf. Acesso em: 17/09/2009

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades teóricas**. 2 ed. Recife: Editora Universitária, 2008.

MARTIRE, L.M.;SCHULZ, R. Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. **Curr. dir. psychol. sci.**, New York, v. 16, n.2, p.90-94, 2007.
Disponível em: <http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/CurrentDirections-MartireSchulz07.pdf>. Acesso em: 20/10/2009.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.15, n.1, 2005. Disponível em:
www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf. Acesso em: 01/11/2010.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v.5, n.1, p. 67-74, jan./abr, 2006.
Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5113>.
Acesso em: 11/09/2010.

MESSA, A. A. O impacto da doença crônica na família. Disponível online:
<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>. Acesso: Julho, 2010

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, T.P.R.; DANTAS, R.A.S. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.323-9, 2007.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200020&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 11/09/2010.

MOREIRA, M.; SARRIERA, J. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n.4, p. 781-789, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400016. Acesso em: 28/08/2009.

MUNOZ, L. A. *et al.* Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 37, n, 4, p.77-84, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400009. Acesso em: 19/09/2010.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependentes. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v 29, n.1, p. 47-53, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5263/2997>. Acesso em: 25/09/2010.

NOGUEIRA, E.J. **Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários.** 117f, Tese (Doutorado em Educação) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000235568>. Acesso em: 21/10/2010.

NOVAIS, E.; *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.**, Porto Alegre, v.29, n. 1, p. 36-44, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/7376/4964>. Acesso em: 25/09/2010.

NUNES, M. **Apoio Social na Diabetes.** Educação ciência e tecnologia. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/10.pdf>>. Acesso em: 16 /10/2009.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. de S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicol. reflex. crit.** Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16/05/2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing Chronic Diseases a vital investments.** Geneva, 2005. 202 p. Disponível em: whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf Acesso em: 16/05/2009.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n.1, Jan./Fev., 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/15.pdf. Acesso em: 11/09/2010.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006. Disponível em: scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf. Acesso em: 17/09/2009.

PEREIRA, F. N.; GARCIA, A. Amizade e escolha profissional: influência ou cooperação? **Rev. bras. orientac. prof.**, São Paulo, v.8, n.1, p. 71-86, jun., 2007. Disponível em: pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbop/v8n1/v8n1a07.pdf. Acesso em: 01/11/2010

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v.37, n.5, p. 635-42, 2003. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf. Acesso em: 18/09/2010

PESCE, R. P. *et al.* Risco e proteção: em busca de equilíbrio promotor de resiliência. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.20, p.135-143, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf. Acesso em: 25/09/2009.

PIERIN, A. M. G.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. A. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para a hipertensão arterial. **Rev. de Hipertensão.** v.7,n.3, p. 100-103, 2004.

PIERIN, A. M. G.; *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3696. Acesso em: 06 Set. 2010.

PINTO, A.M.G; JUNQUEIRA,L.A.P. Relações de poder em uma rede do terceiro setor:um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.5, p.1091-1116, Set./out. 2009.

RAMOS M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias.**, Porto Alegre, v.4, n. 7, p. 156-175, jan/jun. 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf. Acesso em: 03/11/2010.

REZENDE, D. F. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos no município de Barbacena- Minas Gerais, em 1999. **Arq. bras. de cardiol.**, São Paulo, v.8, n.4, p. 375-380, 2003. Disponível em: publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104005.pdf. Acesso em: 10/11/2009.

REZENDE, M. C. *et al.* Bem-estar subjetivo e rede de relações sociais na vida adulta e na velhice. **Revista Eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, Uberlândia, v. 9; n.1,p. 9-16, 2005. Disponível em: http://www.sptm.org.br/revista/rev9_1/art2_9_1.pdf. Acesso em: 16/10/2010.

RIBEIRO, K. S. Q. S. **Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde.** In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRA, 5, 2005, Recife. Memórias... Recife: UFPE, 2005. Disponível em: http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes_orais/REDES%20SOCIAIS%20E%20EDUCAÇÃO%20POPULAR-%20APROXIMAÇÃO%20TEÓRICA%20E%20MUDANÇAS%20NA%20PRÁTICA%20DE%20EDUCAÇÃO%20POPULAR%20EM%20SAÚDE.pdf. Acesso em: 25 /06/ 2009.

ROCHA, A. A importância do HIPERDIA na redução dos agravos em pacientes cadastrados no psf, do município de Barreiras-BA, e a significância do profissional de enfermagem neste programa [online]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/30969/1/A-IMPORTANCIA-DO-HIPERDIA-NA-REDUCAO-DOS-AGRAVOS-EM-PACIENTES-CADASTRADOS-NO-PSF-IV/pagina1.html#ixzz162IW73RZ> Acesso em: 18/11/2010.

RODRIGUES, M.A.; SEIDL, E.M.F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n.40, p. 279-288, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf. Acesso em: 12/09/2010

ROSSI, V. E.C; PACE, A.E; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência et Praxis**, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009. Disponível em: <http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewPDFInterstitial/102/55> Acesso em: 23/09/2010

SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T.; RODRIGUES, M.C.T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, Jul/Dez, 2007. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/133>. Acesso em: 15/09/2010

SARAIVA, K.R.O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 63-70, jan-mar, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1.pdf. Acesso em: 30/10/2010

SENA, E.L.S.S. *et al.* Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com parkinson e suas famílias. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.19, n1, p. 93-103, Jan-Mar. 2010. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413596011.pdf> Acesso em: 11/09/2010.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V.O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.60, n.2, Mar./Abr.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200005. Acesso em: 03/11/2010.

SILVA, L. F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v.15, n.1,p.40-7, 2002.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0104-1169200800050001200011&pid=S0104-11692008000500012&lng=en>. Acesso em: 19/09/2010

SILVA, I. *et al.* Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. **Psicol. saúde doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 21-32, 2003.
Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862003000100002&script=sci_pdf&tlng=pt. Acesso em: 25/09/2010.

SILVA , A.L.; SHIMIZU, H.E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília,v.60, n. 3, p. 307-11, 2007.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672007000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11/09/2010

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. **Interam. j. psychol.**, Austin, v. 40,n. 2, p. 149-158, 2006. Disponível em:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04017.pdf>. Acesso em: 10/11/2009

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Associação Brasileira do Climatério (Sobrac).I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal. **Arq Bras Cardiol.** v.91, n. 1,p:1-23,2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, jan./mar., 2010.

SOUZA, E. M. S.; GARCIA, A. Amigos, amigos: negócios à parte? **R. Adm.**, São Paulo, v.43, n.3, p.238-249, jul./ago./set. 2008. Disponível:
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:jkchHsKw4NIJ:www.rausp.usp.br/download.asp%3Ffile%3Dv4303238.pdf+amigos+amigos+neg%C3%B3cios+a+parte+%3F+garcia&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEsQbosdeJv4K9Qjonv-0lZRAYKcLk9HOKWye5NkqCQa4DCYDFjL-D5FZapgKaYxgb8q6FkH8BXpO4ifs1XZQOtto7Sop18qjDfDFpMGbUCfBg4Qyfk6tBERvBicRMuBEokscMIG0&sig=AHIEtbTTz0uFi9v-b_bJiSvS_PZNUcVO6Q.
Acesso em: 01/11/2010.

SOUZA, S. S. *et al.* Redes sociais de pessoas com problemas respiratórios crônicos em um município do Sul do Brasil. **Cogitare enferm.**, Curitiba , v. 14, n.2, p. 278-84, 2009.

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 257-265, abr./jun, 2008
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200008&script=sci_arttext&tlng=e Acesso em: 26/10/2010.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.5, p. 929-935, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11/09/2010.

URIZZI, F.; CORREA, A. K. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n.4, jul-ago 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf. Acesso em: 11/09/2010

VALLA, V.V, GUIMARÃES, M.B, LACERDA. A. A busca da saúde integral por meio do trabalho pastoral e dos agentes comunitários numa favela do rio de janeiro. **Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, v.8, n. 8, p. 139-154, 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/CienciasSociaisReligiao/article/viewArticle/2298>. Acesso em: 28 set. 2010

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.7-14,1999.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 4, n.7, p.37-56, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/04.pdf>. Acesso em: 09/09/2009.

VICTOR, J.F.; *et al.* Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. esc. enferm. USP**, v.41, n.4, p. 724-730, 2007.

WAIMAN, M.A.P. ; ELSSEN, I. Família e necessidades: revendo estudos. **Acta. Sci. Health. Sci.**, Maringá, v. 26, p. 147-157, 2004.
Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1643/1068>
Acesso em: 25/10/2009

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Entrevista

1. Dados Gerais dos Participantes:

Idade: _____

Sexo: () F () M

Grau de instrução:

Trabalha atualmente: () Sim () Não Profissão:

Renda Familiar:

Situação Conjugal:

Religião:

Bairro de residência:

Número de moradores no domicílio:

1) Quem são as pessoas que moram com você?

Com relação à idade das pessoas que moram com você, quantas possuem:

Até 5 anos:

Entre 6 e 14 anos:

Entre 15 e 24 anos:

Entre 25 e 40 anos:

Acima de 40 anos:

2) Há quanto tempo mora nesse bairro?

3) Você tem amigos (as)?

4) Quem são as pessoas que você tem mais contato diário?

5) Há quanto tempo você tem Hipertensão?

6) Você utiliza os serviços do posto de saúde da sua comunidade/ bairro?

7) Você participa de alguma atividade de grupo? (Se participa quais? Se não participa por que não?)

8) Com quem você pode contar no seu tratamento? Que tipo de apoio essa pessoa lhe oferece?

9) Como você enfrenta as dificuldades que surgem devido á HA?

10) Quando enfrentou situações difíceis em sua vida onde buscou ajuda?

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **As Redes de Apoio Social aos Portadores de Hipertensão Arterial: contribuições para a enfermagem**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa tem por objetivos:

- Conhecer a rede de apoio social do portador de HA

O benefício desta pesquisa se relaciona ao conhecimento em relação à utilização das redes de apoio social ao portador de HA que poderá contribuir com os profissionais de saúde na busca de estratégias de articulação com essas redes a fim de nortear o cuidado aos hipertensos. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, poderão surgir possíveis desconfortos relacionados ao tempo de duração da entrevista ou do grupo de discussão, constrangimento em falar sobre a doença ou até mesmo pelo uso do gravador. Estes constrangimentos ou outras atitudes de concordância e/ou negação do que está sendo discutido, será observado e anotado por uma aluna de enfermagem que auxiliará na condução dos grupos de discussão.

A pesquisadora responsável pelo estudo é Karine Fontana Maciel, que poderá ser contatada pelo telefone: ou 3328-1809 (Karine) de segunda à sexta-feira no horário das 08 às 18 horas ou se preferir no endereço: Rua Sainthilaire n.160, Ap. 801, Bairro Água verde, Curitiba -PR.

Antes e durante a realização da pesquisa serão garantidas as informações necessárias para sua participação que será voluntária. A entrevista será realizada de forma individual, em local que assegure a sua privacidade, terá aproximadamente 30 minutos de duração. O grupo de discussão terá em média de 30 à 60 minutos de duração, podendo ocorrer em uma ou mais etapas conforme as necessidades que emergem da discussão. As informações serão gravadas mediante a sua autorização, e logo após a utilização dos dados a gravação será apagada, para a divulgação das informações em relatórios ou publicações a confidencialidade será mantida, utilizando-se para isso uma codificação em substituição ao seu nome. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa do qual fui convidado. A explicação que recebi menciona os benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo, voluntariamente em participar da pesquisa.

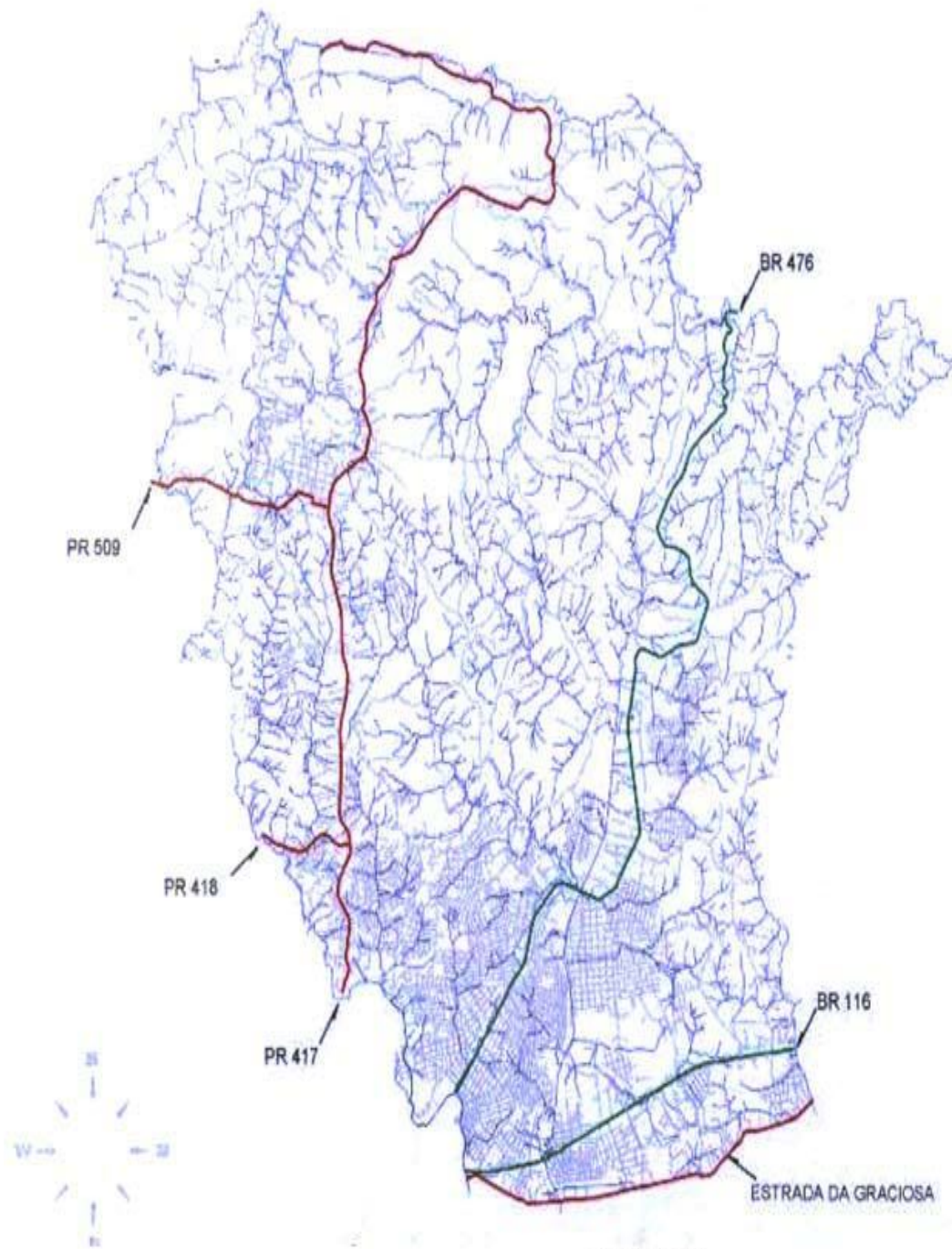
Curitiba, ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
(Karine Fontana Maciel)

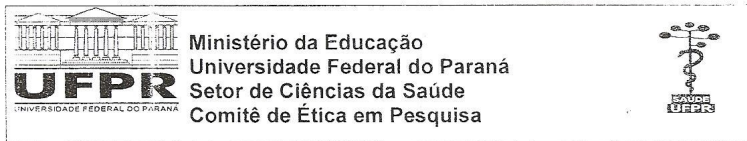
ANEXOS

ANEXO A - MAPA MUNICIPIO DE COLOMBO PR



LEGENDA

-  RODOVIA FEDERAL
-  RODOVIA ESTADUAL
-  VIA MUNICIPAL



Curitiba, 10 de março de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Karine Fontana Maciel

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “As Redes de Apoio Social aos Portadores de Hipertensão Arterial: Contribuições para a Enfermagem” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 25 de novembro de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 10 de março de 2010.

Registro CEP/SD: 850.185.09.11

CAAE: 4858.0.000.091-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 10/09/2010.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Liliansa Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Karine Fontana Maciel

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br

40