

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MISLAINE CASAGRANDE DE LIMA LOPES

A CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL

MARINGÁ

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MISLAINE CASAGRANDE DE LIMA LOPES

A CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Sonia Silva Marcon

MARINGÁ

2007

MISLAINE CASAGRANDE DE LIMA LOPES

A CONVIVENCIA DA FAMÍLIA COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª Maria José Scochi
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Maria Ribeiro Lacerda
Universidade Federal do Paraná

Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Pagliarini Waidman
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Lígia Carreira
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

À minha família - pais, irmãs, sogros, cunhados, sobrinhas e, em especial ao meu esposo e ao mais recente membro, Pedro Henrique, os quais a cada dia me ensinam a conviver em
FAMÍLIA.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta fatigante mas auspiciosa etapa de minha carreira acadêmica, sinto-me feliz em externar aqui meus mais sinceros sentimentos de gratidão a quantos comigo estiveram presentes e me prestaram seu prestigioso apoio ao longo dessa jornada, de modo muito especial:

- a Deus, que pela Sua infinita misericórdia me fez saltar mais este obstáculo. “Antes eu Te conhecia somente pelo falar, agora meus olhos Te vêem” (JÓ, 42:5);

- a toda a minha família, em especial ao Alexandre, meu esposo, que suportou momentos de ausência para que minha caminhada na pós-graduação fosse completa, e ao Pedro Henrique, que, ainda em meu ventre, suportou viagens e algumas noites mal-dormidas, mas também me proporcionou grandes felicidades desde a sua concepção e foi um dos meus estímulos para que este trabalho fosse completado.

- à Universidade Estadual de Maringá e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me haverem proporcionado esta oportunidade do Mestrado em Enfermagem em nossa cidade;

- à minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Sonia Silva Marcon, pelo incentivo, pelo amor apresentado em gestos, mesmo quando seus lábios não o expressavam; pelo apoio com seus conhecimentos para que este trabalho se concretizasse: “Tudo que sou e que um dia serei, tem o dedinho seu...” ;

- às famílias que participaram deste estudo, por me terem proporcionado momentos de crescimento profissional e pessoal;

- a todos os professores do Mestrado em Enfermagem, pela dedicação e incentivo durante a caminhada e por nos terem proporcionado grandes momentos de crescimento durante as aulas e trabalhos;

- aos professores do Departamento de Enfermagem, em especial à Lígia, à Cremilde e à Maria Angélica, que de forma direta e indireta, me incentivaram e contribuíram em minha trajetória no mestrado;

- aos meus colegas de curso, pelo incentivo nos momentos de dificuldades e pelas alegrias divididas durante as vitórias conquistadas;

- à secretária do Mestrado em Enfermagem, Cristiane, pelo apoio durante a finalização das atividades do curso e por seu comprometimento e organização.

*E, se algum de vós tem falta de sabedoria,
peça-a a Deus, que a todos dá liberalmente
e não o lança em rosto; e ser-lhe-á dada.
Peça-a, porém, com fé, não duvidando;
porque o que duvida é semelhante a onda do mar,
que é levada para o vento e lançada de uma parte para outra.
(TIAGO, 1: 5-6).*

RESUMO

LOPES, M. C. L. **A convivência da família com a hipertensão arterial.** 2007. 169 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2007.

A hipertensão é uma condição crônica, de natureza multifatorial, experienciada por muitas pessoas. Quando não tratada adequadamente, pode ser a precursora de outros problemas, como o acidente vascular encefálico, o infarto, além de comprometimentos vasculares. O controle deste agravo está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida relacionados à alimentação, prática regular de exercícios físicos, abandono do tabagismo, entre outras. Nesta situação, a família desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde de seus membros e sua participação tem despontado como importante fator para o tratamento e controle da hipertensão. Assim, este estudo teve como objetivo compreender a experiência da família no cuidado a pessoas com hipertensão arterial, nos diferentes estágios em que esta condição pode se apresentar. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo, utilizando como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Foram entrevistadas 14 famílias que convivem com a hipertensão arterial, residentes no município de Maringá - PR, no período de março a julho de 2007. Estas constituíram cinco grupos amostrais, conforme o estágio de desenvolvimento da hipertensão, sendo: cinco famílias em que a hipertensão é controlada e, por conseguinte, o membro nunca precisou de internação; duas em que a hipertensão não é controlada; cinco famílias que possuem um familiar com dependência física decorrente da hipertensão arterial; duas famílias de pessoas que faleceram em decorrência de complicações da hipertensão; e duas famílias em que o portador de hipertensão é criança. Os dados foram obtidos por meio de entrevista às famílias em seus domicílios, após seu consentimento. Estas entrevistas foram gravadas, e algumas observações feitas pelo pesquisador foram anotadas em diário de campo. Posteriormente, procedeu-se à sua análise à luz dos referenciais teórico e metodológico. A vivência de cuidado com a doença crônica, no seio familiar, foi expressa por meio do fenômeno “A família convivendo com a hipertensão arterial”, o qual está constituído por alguns elementos conceituais, unidos pelos temas: Concepções familiares de saúde e doença; Realizando cuidados para o controle da Hipertensão; Vivenciando a situação de dependência; Recebendo o cuidado familiar; Percebendo a assistência do sistema de saúde. Este modelo teórico, contínuo e inacabado, revela características da convivência da família com a hipertensão e oferece subsídios para profissionais de saúde, com vista a uma assistência direcionada às famílias, fundamentando-se nos conceitos, símbolos e relações de seus membros com o seu meio.

Palavras-chave: Hipertensão. Família. Concepções familiares. Cuidado de enfermagem.

ABSTRACTS

LOPES, M. C. L. **Families dealing with arterial hypertension.** 2007. 169 f. Dissertation (Master's degree) - Nursing Department, State University of Maringá, 2007.

Hypertension is a chronic condition, of a multifactor nature, affecting a large number of people. When not appropriately treated, it can be a precursor for other problems such as stroke, heart attack, and other heart conditions. Controlling hypertension is closely linked to changes in life habits related to diet, regular exercise, and smoking cessation, among others. In this context, the family plays a fundamental role in the health maintenance of its members, and its involvement has arisen as an important factor in the treatment and control of hypertension. Thus, this study had as objective to understand the family experience of caring for people with arterial hypertension in different stages of this condition. To that end, a qualitative study was conducted, using Grounded Theory as methodological reference and Symbolic Interactionism as theoretical reference. Fourteen families who dealt with hypertension, from the city of Maringá, Paraná State, Brazil, were interviewed in the period between March and July 2007. They formed 5 sample groups, according to the development stage of the hypertension being: five families with a member suffering from controlled hypertension, thus never needed hospitalization; two families with a member suffering from uncontrolled hypertension, three families with a member who is physically disabled due to arterial hypertension, two families with a member who died due to complications from hypertension, and two families with a child suffering from hypertension. Data was obtained through interviews with the families in their homes, after their consent. These interviews were recorded, and some observations made by the researcher were logged in a field diary. They were later analyzed through the scope of the mentioned theoretical and methodological references. The experience of caring with a chronic illness, within the family context, was expressed through *the "Family dealing with Arterial Hypertension"* phenomenon, which is composed of some conceptual elements, united by the following themes: Family conceptions of health and illness; Caring for hypertension control; Living the dependence situation; Receiving family care; and Taking notice of assistance from the health care system. This theoretical model, continuous and unfinished, reveals characteristics of the family's coexistence with hypertension and offers guidance for health professionals, aiming for family-directed assistance, based on the concepts, symbols and relationships of their members with their environment.

Keywords: Hypertension. Family. Family Concepts. Nursing care.

RESUMEN

LOPES, M. C. L. **La convivencia de la familia con la hipertensión arterial**. 2007. 169 f. Disertación (Maestrazgo) – Departamento de Enfermería, Universidad Estadual de Maringá, 2007.

La hipertensión es una condición crónica, de naturaleza multifactorial, experimentada por muchas personas. Cuando no tratada adecuadamente, puede ser la precursora de otros problemas, como el accidente vascular encefálico, el infarto, además de comprometimientos vasculares. El control de este agravio está íntimamente unidos a los cambios de hábitos de vida relacionados a la alimentación, práctica regular de ejercicios físicos, abandono do tabaquismo, entre otras. En esta situación, la familia desempeña un papel fundamental en la manutención de la salud de sus miembros y su participación ha despuntado como importante factor para el tratamiento y control de la hipertensión. Así, este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de la familia en el cuidado a personas con hipertensión arterial, en los diferentes períodos en que esta condición puede presentarse. Para eso, se realizó un estudio cualitativo, utilizando como referencial metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos e Interaccionismo Simbólico como referencial teórico. Fueron entrevistadas 14 familias que conviven con la hipertensión arterial, residentes en el municipio de Maringá-PR, en el período de marzo a julio de 2007. Éstas constituyeron cinco grupos para muestras, conforme la práctica de desarrollo de la hipertensión, siendo: cinco familias en que la hipertensión es controlada y, por consiguiente, el miembro nunca necesitó de internación, dos en que la hipertensión no es controlada; familias que poseen un familiar con dependencia física decurrente de la hipertensión arterial, dos familias de persona que falleció en consecuencia de complicaciones de la hipertensión y dos familias en que el portador de hipertensión es niño. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista a las familias en sus domicilios, después del consentimiento de las mismas. Estas entrevistas fueron gravadas, y algunas observaciones hechas por el investigador fueron apuntadas en diario de campo. Posteriormente, fueron analizadas a la luz del referencial teórico y metodológico. La vivencia de cuidado con la enfermedad crónica, en el seno familiar, fue expresada por medio del fenómeno “La familia conviviendo con la Hipertensión Arterial”, a lo cual está constituido por algunos elementos conceptuales, unidos por los temas: Concepciones familiares de salud y enfermedad, Realizando cuidados para el control de la Hipertensión, Vivenciando la situación de dependencia; Recibiendo el cuidado familiar y Percibiendo la asistencia del sistema de salud. Este modelo teórico, continuo e inacabado, revela características de la convivencia de la familia con la hipertensión y ofrece subsidios para profesionales de salud, con el objetivo de una asistencia encaminada a las familias, fundamentándose en los conceptos, símbolos y relaciones de sus miembros con su medio.

Palabras clave: Hipertensión. Familia. Concepciones familiares. Cuidado de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica do Tema 1: As concepções familiares de saúde e doença	48
Figura 2: Representação gráfica do Tema 2: Realizando cuidados para o controle da hipertensão arterial.	65
Figura 3: Representação gráfica do Tema 3: Vivenciando a situação de dependência	84
Figura 4: Representação gráfica do Tema 4: Recebendo o cuidado familiar	98
Figura 5: Representação gráfica do Tema 5: Percebendo a assistência do sistema de saúde	124
Figura 6: Diagrama do modelo de paradigma, aplicado ao fenômeno “A família convivendo com a hipertensão arterial”.	139

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Códigos conceituais que deram origem à categoria “Concebendo saúde e doença”	51
Quadro 2: Códigos conceituais que compuseram a subcategoria “A hipertensão como doença (as)sintomática”	54
Quadro 3: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “A origem da hipertensão arterial”.	58
Quadro 4: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Visualizando a hipertensão como fator de risco para outras doenças”.	59
Quadro 5: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial”.	63
Quadro 6: Códigos conceituais que revelaram a subcategoria “Realizando o tratamento medicamentoso”.	67
Quadro 7: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Realizando o tratamento não medicamentoso”.	71
Quadro 8: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Atitudes que interferem no controle da pressão arterial”.	74
Quadro 9: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Crenças que podem interferir no controle da pressão arterial”	77
Quadro 10: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Dificuldades relacionadas ao indivíduo”,	80
Quadro 11: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Situações que dificultam o controle da pressão arterial”.	83
Quadro 12: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Querendo retornar às atividades”	85
Quadro 13: Códigos que originaram a subcategoria “Retornando a algumas atividades da vida diária”.	88
Quadro 14: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Aceitando o cuidado”.	90
Quadro 15: Códigos que originaram a subcategoria “Retornando a algumas atividades vida diária”.	91
Quadro 16: Codificação que originou a subcategoria “Desistindo do cuidado”.	93
Quadro 17: Códigos que originaram a subcategoria “Mudando hábitos após o	

Acidente Vascular Encefálico”.	95
Quadro 18: Códigos que formaram a subcategoria “Continuando a realizar o tratamento incorretamente”.	96
Quadro 19: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Estimulando a reabilitação e o autocuidado”.	100
Quadro 20: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Mudando as rotinas familiares”.	103
Quadro 22: Códigos que deram origem à subcategoria “Cuidando do não-dependente”	107
Quadro 23: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Assumindo como cuidador principal”	113
Quadro 24: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Adquirindo conhecimentos para a realização do cuidado”	115
Quadro 25: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Atitudes familiares que facilitam o trabalho do cuidador principal”	117
Quadro 26: Códigos que demonstraram a subcategoria “Cuidando dos familiares com dependência física”.	122
Quadro 27: Códigos que deram origem à subcategoria “Vivenciando dificuldades econômicas”.	124
Quadro 28: Códigos conceituais que originaram a categoria “Valorizando o acompanhamento domiciliar”.	128
Quadro 29: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Avaliação positiva da Assistência profissional”.	131
Quadro 30: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Avaliação negativa da assistência profissional”.	134
Quadro 31: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Melhorias que ainda podem ocorrer”.	137

LISTA DE SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico.

ESF – Equipes de Saúde da Família.

H.A. – Hipertensão Arterial.

NEPAAF - Núcleo de Ensino, Pesquisa, Apoio e Assistência à Família.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

TFD- Teoria Fundamentada nos Dados.

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL	21
1.2 HIPERTENSÃO, FAMÍLIA E CUIDADO PROFISSIONAL	23
2 OBJETIVO	26
2.1 QUESTÃO NORTEADORA	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	27
3.1 A ESCOLHA DO TEMA	27
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO	28
3.3 TIPO DE ESTUDO	31
3.4 LOCAL DE ESTUDO	32
3.5 OS INFORMANTES	32
3.6 COLETA DE DADOS	37
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	39
3.8 DECLARAÇÃO ÉTICA	42
4 RESULTADOS	43
4.1 DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS ESTUDADAS	44
4.2 APRESENTANDO O FENÔMENO “A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL”	46
4.3 TEMA 1: CONCEPÇÕES FAMILIARES DE SAÚDE E DOENÇA	46
4.3.1 Categoria 1: Concebendo saúde e doença	47
4.3.2 Categoria 2: Diagnosticando a hipertensão arterial	51
4.3.2.1 Subcategoria 1: A hipertensão arterial como doença (as)sintomática	51
4.3.2.2 Subcategoria 2: A origem da hipertensão arterial	52
4.3.2.3 Subcategoria 3: Visualizando a hipertensão como fator de risco para outras doenças	59
4.3.3 Categoria 3: Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial	60

4.4 TEMA 2: REALIZANDO CUIDADOS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	63 64
4.4.1 Categoria 1: Cuidando da pressão arterial	65
4.4.1.1 Subcategoria 1: Realizando o tratamento medicamentoso	
4.4.1.2 Subcategoria 2: Realizando o tratamento não-medicamentoso	67 72
4.4.2 Categoria 2: Interferindo no controle da pressão arterial	
4.4.2.1 Subcategoria 1: Atitudes que interferem no controle da pressão arterial	72
4.4.2.2 Subcategoria 2: Crenças que podem interferir no controle da Pressão Arterial	75 78
4.4.3 Categoria 3: Enfrentando dificuldades para controlar a pressão arterial	78
4.4.3.1 Subcategoria 1: Dificuldades relacionadas ao indivíduo	
4.4.3.2 Subcategoria 2: Situações que dificultam o controle da pressão arterial	81 83
4.5 TEMA 3: VIVENCIANDO A SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	
4.5.1 Categoria 1: Convivendo com as seqüelas do Acidente Vascular Encefálico	83
4.5.1.1 Subcategoria 1: Querendo retomar às atividades	84
4.5.1.2 Subcategoria 2: Interferindo na Convivência em Família	87
4.5.2 Categoria 2: Enfrentando o processo de reabilitação	88
4.5.2.1 Subcategoria 1: Aceitando o cuidado	89
4.5.2.2 Subcategoria 2: Retomando algumas atividades da vida diária	90
4.5.2.3 Subcategoria 3: Desistindo do cuidado	92
4.5.3 Categoria 3: Cuidando da hipertensão após o Acidente Vascular Encefálico	93
4.5.3.1 Subcategoria 1: Mudando os hábitos após o acidente vascular encefálico	93
4.5.3.2 Subcategoria 2: Continuando a realizar o tratamento incorretamente	95

4.6 TEMA 4: RECEBENDO O CUIDADO FAMILIAR	96
4.6.1 Categoria 1: A família se envolvendo no cuidado	97
4.6.1.1 Subcategoria 1: Estimulando a reabilitação e o autocuidado	98
4.6.1.2 Subcategoria 2: Mudando as rotinas familiares	100
4.6.1.3 Subcategoria 3: O sofrimento emocional dos familiares	103
4.6.1.4 Subcategoria 4: Cuidando do não-dependente	107
4.6.2 Categoria 2: Tornando-se cuidador	110
4.6.2.1 Subcategoria 1: Assumindo como cuidador principal	110
4.6.2.2 Subcategoria 2: Adquirindo conhecimentos para a realização do cuidado	113
4.6.2.3 Subcategoria 3: Atitudes familiares que facilitam o trabalho do cuidador principal	115
4.6.3 Categoria 3: Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado	117
4.6.3.1 Subcategoria 1: Cuidando dos familiares com dependência física	117
4.6.3.2 Subcategoria 2: Vivenciando dificuldades econômicas	122
4.7 TEMA 5: PERCEBENDO A ASSISTÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE	124
4.7.1 Categoria 1 : Valorizando o acompanhamento domiciliar	125
4.7.2 Categoria 2: Avaliando a assistência à saúde	128
4.7.2.1 Subcategoria 1: Avaliação positiva da assistência profissional	129
4.7.2.2 Subcategoria 2: Avaliação negativa da assistência profissional	132
4.7.2.3 Subcategoria 3: As melhorias que ainda podem ocorrer	134
5 INTERRELACIONANDO PROCESSOS E CATEGORIAS	138
6 DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO: A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	156

REFERÊNCIAS	158
APÊNDICES	163
ANEXOS	167

1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos nas últimas décadas têm colaborado para mudanças radicais no modo e no estilo de vida das populações. O aumento da longevidade, buscado desde civilizações mais antigas, é um reflexo destes avanços e tem seus resultados demonstrados no aumento da expectativa de vida (MARCON et al., 2004).

De acordo com Wunderlich e Scochi (2001) e Bonassa e Campos (2001), o crescimento da população da terceira idade também vem sendo determinado pela redução das taxas de fecundidade e mortalidade, sendo esta última (taxa de mortalidade) proporcionada pelo avanço tecnológico e controle das doenças, projetando, para um futuro mais longínquo, uma população idosa mais volumosa.

Um dos impactos verificados com a elevação do número de pessoas idosas é o aumento das doenças crônico-degenerativas, encontrado mais freqüentemente a partir dos sessenta anos de idade (COSTA et al., 2004). As doenças crônicas não transmissíveis incluem o diabete *mellitus*, obesidade, hipertensão arterial, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, que estão entre as principais causas de morte em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). Entre essas doenças, a hipertensão arterial tem se destacado como um importante agravo, sendo o mais prevalente na população.

A hipertensão arterial é um agravo crônico de natureza multifatorial que, quando não tratado, pode ser o precursor de outras patologias, tais como o acidente vascular encefálico, o infarto, comprometimentos vasculares, entre outros. Estima-se que 40% das aposentadorias precoces são decorrentes desta doença e que 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Seu diagnóstico baseia-se no achado de níveis acima da normalidade através da medida da pressão arterial pelo método indireto, em pelo menos duas visitas, no mínimo duas medidas em cada vez, na posição sentada e/ou deitada, sendo que na primeira avaliação a pressão deve ser verificada nos dois braços (BRASIL, 2001; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

Wendhausen e Rebello (2004) descrevem a hipertensão arterial como um agravo de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida. Estima-se que 11 a 20% da população adulta sofra com este agravo. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico e cerca de 40 a 60% dos pacientes com infarto do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada (BONASSA; CAMPOS, 2001).

No município de Maringá - PR a prevalência da hipertensão, no ano de 2004, foi de 14,6%, em média, sendo identificada pelas equipes do Programa Saúde da Família em suas respectivas áreas adscritas, taxas que variaram entre 6,93 a 25% na população acima de 20 anos. Ao discriminar as prevalências por faixa etária, verificou-se taxa superior a 41,1% na população acima de 80 anos (BAPTISTA, 2005).

O controle desta condição está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida: alimentação, exercícios físicos regulares e abandono do tabagismo. Por isso o acompanhamento dos casos e as ações de caráter preventivo e educativo constituem o centro da estratégia para a redução do agravo (BONASSA; CAMPOS, 2001). Além da educação e modificações nos hábitos de vida, em alguns momentos torna-se necessária a utilização de medicamentos (BRASIL, 2001). O tratamento com medicamentos é um fator que deve ser cuidado entre hipertensos, devido à adesão, ao número de medicamentos que às vezes devem ser associados, o que acarreta a possibilidade de ocorrência de iatrogenias e hospitalizações, principalmente em idosos no domicílio que precisam gerenciar suas medicações, (NOBRE et al., 2002; COSTA et al., 2004).

Marcon et al. (2006) referem que as doenças crônicas têm sido motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde, tanto por seus aspectos limitantes quanto pelas conseqüências de seu tratamento, pois acarretam desgaste e sofrimento para a pessoa acometida e para a família, que também se envolve no cuidado ao familiar adoecido. A hipertensão arterial, nestes casos, tem se destacado como um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, que podem gerar, para o indivíduo, maior incapacidade e dependência.

As ações da equipe de saúde no combate à hipertensão arterial devem incluir a ênfase na redução dos fatores predisponentes e na orientação do indivíduo e da família (BRASIL, 2001). O cuidado familiar (com o apoio do sistema de saúde), associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas da hipertensão arterial (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Alguns autores descrevem que o descontrole das cifras tensionais, na maioria das vezes, relaciona-se à falta de adesão do hipertenso ao tratamento (BRASIL, 2001; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). A adesão se caracteriza pelo grau em que o comportamento do indivíduo em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas coincide com o conselho médico ou de saúde. Entre os fatores que podem dificultar a adesão do hipertenso ao tratamento os citados autores destacam os relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, a

aspectos institucionais e ao relacionamento com os membros da equipe de saúde (PIERIN; MION JÚNIOR, 2001). Além disso, a não-participação da família no processo de tratamento acaba por dificultar ainda mais a adesão do portador de hipertensão. Maciel e Araújo (2003) e Wendehausen e Rebello (2004) também descrevem as mudanças de hábitos como os aspectos em que mais se observam dificuldades de adesão, pois os hábitos são construídos no ambiente em que estes pacientes se inserem, necessitando, assim, de investimentos incansáveis dos serviços de saúde para a reversão deste quadro. Um dos fatores para a ocorrência desta situação, descrito por Wendehausen e Rebello (2004), é que a prática dos profissionais e dos serviços na busca pela adesão ao tratamento tem sido desenvolvida por meio de uma atitude autoritária, cuja visão é a do cumprimento de ordens médicas e/ou das ordens de outros profissionais, sem levar em conta as condições sociais, econômicas e culturais de cada indivíduo. Como o tratamento da hipertensão, mais do que “tomar remédios”, supõe mudanças no estilo de vida e o oferecimento de opções e oportunidades para o relato das queixas e desabafos, esses autores têm reportado a dificuldade dos profissionais em realizar tais atividades (ATAÍDE; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2002; CERESER, 2004).

Paiva, Bersusa e Escuder (2006), ao avaliarem a assistência à saúde em relação ao portador de hipertensão e diabetes, após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em um município do Estado de São Paulo, concluíram que o programa ampliou o acesso da população aos serviços de atenção básica; entretanto, ao aferirem se os procedimentos básicos de consulta, recomendados pelos consensos brasileiros de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* eram executados, perceberam que a qualidade da assistência merece maior atenção. Eles detectaram que os níveis glicêmicos e pressóricos se encontravam descontrolados, além do fato de terem identificado a inexistência de registros em prontuário, como anotações de glicemia capilar e diferenças entre medicamentos anotados em prontuários e medicamentos utilizados pelos pacientes.

Pessuto e Carvalho (1998) escrevem que é necessário, ainda, organizar um atendimento a clientes portadores de hipertensão que vise fortalecer a importância da mudança de comportamentos. Ao entrevistarem um grupo de pacientes hipertensos, as autoras verificaram que alguns indivíduos conhecem os fatores que dificultam o controle da hipertensão, entretanto, nem todos os realizam (exercícios físicos, controle alimentar, realização de atividades de lazer, entre outros). Referem ainda que a maioria dos entrevistados (67%) não tinha conhecimento sobre a interferência dos constituintes do cigarro na pressão arterial, o que reflete a parcialidade das informações referidas pelo grupo estudado.

1.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL

O manejo da hipertensão e a busca pelo aumento da resolutividade nas ações voltadas a esta condição têm se caracterizado como alguns dos principais desafios para o sistema de saúde (BRASIL, 2006). Para que esta situação se modifique, torna-se necessário, primeiramente, melhorar a atenção primária.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a situação atual em que se encontram as condições crônicas é resultante do descompasso ainda existente entre o sistema de saúde e as necessidades das pessoas. O sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende às necessidades de muitos pacientes, especialmente daqueles que apresentam condições crônicas. Decréscimos nas doenças transmissíveis e o rápido envelhecimento da população, bem como a ascensão das condições crônicas, produziram esse descompasso entre os problemas de saúde e os sistemas. Pacientes, trabalhadores da saúde e, sobretudo, tomadores de decisão precisam reconhecer que o tratamento eficaz das condições crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde. Uma mudança de paradigma aumentará de forma substancial os esforços para solucionar o problema do gerenciamento das necessidades distintas dos pacientes ante à limitação dos recursos. Mediante inovação, os sistemas de saúde que dispõem de recursos escassos ou praticamente inexistentes poderão maximizar os resultados, redirecionando seus serviços com o intuito de englobar as condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, em meados da década de 1980, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo ocasionava as drásticas conseqüências da hipertensão, lotando os prontos-socorros de vítimas de acidente vascular encefálico devido à hipertensão arterial não tratada, o que preocupava a todos. Percebeu-se, nessa época, que pouco se fazia para controlar a hipertensão e que a assistência à hipertensão era deficitária e muitos pacientes eram carentes e não tinham recursos para adquirir a medicação anti-hipertensiva (PIERIN, 2004).

Neste contexto iniciou-se a mobilização de alguns profissionais e organizações, que começaram a se preocupar com esta problemática. Criou-se, então, a primeira liga de hipertensão do Brasil, vinculada à Universidade de São Paulo, com o objetivo de tentar modificar a situação desta condição crônica. As ligas oferecem atividades ambulatoriais que objetivam oferecer melhor tratamento à pessoa com hipertensão, além de abrir oportunidades

para o ensino, capacitando estudantes para aprenderem como deve ser realizada a assistência para o controle da hipertensão.

Em meados do ano de 2000, apesar de já existirem várias experiências bem-sucedidas em alguns municípios no tocante ao acompanhamento nos casos de hipertensão no âmbito da atenção básica, observava-se em grande parte do país uma falta de vínculo entre os portadores deste agravo e as unidades de saúde. O atendimento a estas pessoas ocorria de modo não continuado nos sistemas de urgência/emergência (sem a garantia da identificação e lesão de órgãos-alvo e do tratamento adequado de cada caso). As atividades de promoção da saúde e redução de fatores de risco também não são realizadas sistematicamente nos serviços de saúde do nosso país (BRASIL, 2004).

Diante desses fatos, o Ministério da Saúde, as sociedades científicas (cardiologia, diabetes, hipertensão e nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e hipertensão e as secretarias municipais e estaduais de saúde se reuniram e decidiram montar um plano de reorganização de assistência às duas condições crônicas, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, as quais são consideradas altamente prevalentes entre a população (BRASIL, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001; BRASIL, 2004). Este plano foi inédito no país e teve como objetivo estabelecer as diretrizes e metas para esta reorganização no Sistema Único de Saúde. A estratégia seria investir na atualização de profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico, proporcionar a vinculação do paciente à unidade de saúde para tratamento e acompanhamento e promover a reestruturação e ampliação do tratamento resolutivo e de qualidade para os portadores. O plano consistiu de quatro etapas para reduzir a morbimortalidade cardiovascular e a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2001) e uma etapa de avaliação de impacto das ações realizadas, que foi feita por meio de uma série de estudos realizados em âmbito nacional (BRASIL, 2004).

As etapas que compuseram o plano foram:

Etapa 1: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à hipertensão e ao diabetes;

Etapa 2: campanha de informação e identificação dos casos suspeitos de hipertensão e diabetes e promoção de hábitos saudáveis de vida;

Etapa 3: confirmação diagnóstica e início da terapêutica;

Etapa 4: cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes às unidades básicas de saúde;

Etapa 5: avaliação do impacto do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2004).

Os resultados da avaliação do plano para a hipertensão arterial revelaram que este trabalho foi capaz de mobilizar a população, facilitar o acesso à informação, identificar os indivíduos suspeitos de serem hipertensos e estimular a confirmação diagnóstica. Apesar dos resultados positivos, algumas dificuldades foram identificadas, sendo uma delas a baixa adesão dos municípios e da população. As hipóteses para este fator podem ser: sobrecarga dos municípios, que já haviam investido em campanhas para a detecção precoce do diabetes, e menor repercussão da campanha de hipertensão arterial entre os profissionais envolvidos.

1.2 HIPERTENSÃO, FAMÍLIA E CUIDADO PROFISSIONAL

Muitos estudos têm se preocupado em descrever a família como agente integrante do cuidado de seus membros. Ainda que de forma incipiente, alguns estudos descrevem a família como parte do processo de reabilitação e tratamento do indivíduo com alguma patologia (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001; PEREZ; MAGNA; VIANA, 2003). Entretanto, ao se trabalhar com famílias, percebe-se a preocupação destas em realizar o cuidado aos seus membros, cada qual com seus hábitos culturais e com os seus próprios costumes, tendo o objetivo único de resolver os problemas encontrados no seio familiar.

Alguns autores têm conceituado família como uma unidade integrante da sociedade, capaz de promover saúde aos seus membros (ALTOFF, 2004). Os membros familiares são visualizados como cuidadores em situação de doença que realizam o cuidado sob a forma de proteção do indivíduo, para garantir segurança física, emocional e social da família e promover a vida e o bem-estar dos seus integrantes (ELSEN, 2004).

Elsen (2004), ao conceituar o cuidado prestado pela família, refere que esta pode ser considerada como um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual faz parte um modelo explicativo de saúde/doença; ou seja, para a autora existe um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. Todavia, mesmo sendo o ser humano cuidador por natureza (BOFF, 2003), tem-se verificado que a família, quando se encontra abalada pela presença de alguma doença crônica em algum de seus membros, necessita de cuidados e orientação profissional para lidar com essa nova situação, que gera mudança na rotina de suas atividades e nas relações familiares.

Para Marcon et al. (2006) a família tem papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde de seus membros, visto que em algumas situações a assistência não tem satisfeito as necessidades da população. Por isso, torna-se necessária a elaboração de estratégias que visem à orientação e priorizem a família como centro do processo de cuidado à saúde.

Althoff (2004), ao realizar um estudo com famílias, constatou que estas, ao relacionarem a saúde e a doença, referem que o enfrentamento das questões da vida cotidiana, o compartilhar das relações, das atribuições e tarefas e ter uma comunhão de valores fundamentais para o convívio com seus membros conduzem à saúde da família. A doença surge como um mal-estar, como geradora de sofrimento e desajustes nas relações e na construção de valores na família.

Quando a doença é a hipertensão, a participação familiar tem despontado como importante fator para o controle desta, por meio do estímulo a mudanças de hábitos e da realização e controle do tratamento medicamentoso (CERESER, 2004). Lima, Lopes e Araújo (2001) referem que a família, além de interferir positivamente no controle dos níveis pressóricos do familiar com hipertensão, assume a responsabilidade pela saúde de seus membros e, por isso ela deve ser ouvida em suas dúvidas e ter sua opinião relevada, sendo necessário incentivar sua participação em todo o processo profissional do cuidado. Por este motivo, segundo os autores, a família não deve ser vista apenas como pessoas que devem cumprir as determinações de profissionais de saúde.

Lima, Lopes e Araújo (2001) descrevem que a família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu próprio processo de viver. Referem ter sido interessante observar que algumas famílias aderem ao tratamento dietético juntamente com o idoso hipertenso, o que é um fator positivo bastante relevante para a saúde pública, pois assim se evitará, posteriormente, a elevação da pressão arterial (PA), tendo-se em vista a presença do fator de risco hereditariedade, que poderá desencadear a hipertensão arterial (H.A.) se acrescido de fatores ambientais, como estresse e hábitos alimentares inadequados. Estes autores também identificaram que algumas famílias não se sentem com nenhuma responsabilidade diante do tratamento do idoso e acabam por não se envolver e não estimular as mudanças de hábitos alimentares, no acompanhamento às atividades físicas e às consultas médicas.

Para os profissionais de saúde, um dos grandes desafios tem sido o controle de níveis pressóricos dos portadores de hipertensão. Mesmo com todas as estratégias utilizadas para o controle da doença, observa-se que o apoio, educação em saúde e a assistência à família ainda têm sido realizados de forma incipiente pelo sistema de saúde.

Giacomosi et al. (2003) referem que para atingir melhores resultados em relação ao cuidado em situações de doença não basta estudar e entender o corpo do ser humano e seu funcionamento, mas é preciso considerar o indivíduo e a sua conformação em um espaço social que inclui suas relações humanas e afetivas, atendendo às necessidades de pacientes que necessitam de cuidado, como também de seus familiares.

Cereser (2004), ao abordar um grupo de mulheres com hipertensão sobre a participação de suas famílias, verificou que algumas delas conseguiam manter sua pressão arterial em níveis normais quando havia a adoção das seguintes estratégias: aceitação e uso da mesma dieta por todos os membros da família; manutenção de medicamentos em casa; preocupação de familiares em reduzir as situações estressoras; acompanhamento em caminhadas e verificação da pressão arterial diariamente com conseqüente ajuste de medicamentos.

A família pode ser considerada como sistema de apoio para o indivíduo com hipertensão. Quando abordada de forma a conhecer em profundidade os motivos que a levam ou não a participar do tratamento do familiar com hipertensão, pode-se melhor entender as necessidades e dificuldades que a família enfrenta para a realização do cuidado. Além disso, uma prática voltada para o conhecimento das interações ocorridas no seio familiar pode fornecer dados importantes para os profissionais de saúde e a possibilidade de resolução dos problemas, sendo a própria família um agente do cuidado.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo compreender a experiência da família no convívio com a hipertensão em seus diferentes estágios.

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

Para o desenvolvimento do trabalho colocou-se a seguinte questão norteadora: “Como têm sido a vivência da família que possui um ou mais membros membros com hipertensão arterial?”

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 A ESCOLHA DO TEMA

O tema hipertensão arterial foi definido após o estudo entre outras idéias que possuíamos para a realização de uma pesquisa. Em minhas vivências nas equipes de saúde da família, em diferentes cidades, sempre me deparei com um problema comum e de grande magnitude: a hipertensão arterial. Este fato me faz refletir que este ainda é um dos principais desafios para os profissionais de saúde, tanto em termos de prevenção quanto para o controle da condição crônica.

Enquanto integrante de equipes de Saúde da Família (ESF), ao trabalhar com famílias que possuíam hipertensão arterial, várias inquietações me acompanhavam, principalmente no que tange às dificuldades para mudanças de hábitos e estilo de vida. Questionava-me sempre sobre o porquê de um problema preocupante, devido às conseqüências que pode ocasionar, trazer tantas dificuldades para seu controle e se tornar um dos principais entre a população. Diante disso, iniciei algumas leituras sobre o tema, com vistas à elaboração de alguns protocolos de atendimento na unidade em que trabalhava, visando melhorar a assistência a esta população e identificar onde estava o problema. Entretanto, por não possuir experiências com pesquisas, não me dediquei com profundidade a realizar trabalhos sobre o tema e junto aos hipertensos.

Quando cursei uma disciplina na pós-graduação, ainda como aluna não regular, meu grupo de seminário desenvolveu uma pesquisa bibliográfica abordando a convivência do cuidador com a condição crônica de um membro familiar. Nesse grupo realizamos análise de conteúdo e, conseqüentemente, visualizamos as facilidades e dificuldades de cuidadores para a realização do cuidado em membros que possuem dependência física. Observamos, também, que a maioria dos casos estudados se referiam a pessoas com alguma complicação decorrente da hipertensão arterial, ampliando a curiosidade em desvelar onde estava o problema que levava estas pessoas a chegarem a tal condição de dependência física.

Esta foi uma das primeiras experiências com trabalhos qualitativos. Após ingressar como aluna regular no Curso de Mestrado em Enfermagem, minha orientadora sugeriu o tema *Hipertensão arterial*, sendo que este trabalho poderia ser enquadrado em um projeto

denominado “Avaliação da Atenção à Hipertensão arterial na Macro Região Noroeste do Paraná: Doenças Cérebrovasculares como Evento Sentinela”, o qual seria realizado em vários municípios do Estado do Paraná e com a participação de vários pós-graduandos. Minha parte seria trabalhar com famílias residentes no município de Maringá - PR. Apresentou-me, também, os meios e métodos de pesquisa qualitativa. Eu ainda possuía pouco conhecimento sobre tal tipo de pesquisa, mas ele me chamava a atenção pelas suas perspectivas. Estava iniciando-se um novo desafio, que mais tarde foi delineado em investigar a experiência da família no convívio com a hipertensão arterial.

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Uma das minhas grandes inquietações, após a definição do tema a ser estudado, era a escolha do método que iria utilizar para desenvolver o estudo. Entrei em contato com algumas teorias em uma disciplina proporcionada pelo programa de pós-graduação, das quais algumas foram novidade para mim, pois não as conhecia. Mesmo assim, senti dificuldades para decidir, pois a condição de um indivíduo de estar com hipertensão arterial está permeada de crenças e valores que conduzem o ser humano a agir de determinadas formas para o seu controle e para a convivência com essa doença. Entretanto, em uma reunião do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF) da qual fui convidada a participar, deparei-me com a Teoria Fundamentada nos Dados. A teoria está fundamentada na experiência e interação humana e me levou a algumas reflexões sobre a vivência da pessoa com hipertensão e seus meios de enfrentar a doença baseados em experiências e interações anteriores.

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também denominada *Grounded Theory*, foi proposta por Barney Glaser e Anselm Strauss, em meados da década de 1960. Como professores de sociologia da Universidade da Califórnia, da cidade de São Francisco (USA), uniram suas experiências para desenvolver técnicas para análise de dados qualitativos (STRAUSS; CORBIN, 1990).

A TFD é um método de pesquisa qualitativa que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos para desenvolver uma teoria sobre um fenômeno fundamentada nos próprios dados por ela gerados, os quais constituem uma formalização teórica da realidade em

observação. Por meio desta metodologia, os conceitos e relações entre eles podem ser generalizados e provisoriamente testados. O propósito da TFD é construir uma teoria que facilite o entendimento dos fenômenos sociais, ou seja, dos aspectos relacionados ao comportamento humano. Teoria é, basicamente, uma intuição, uma suposição ou uma idéia que pode dar subsídios para a explicação de uma realidade (FIELD; MORSE, 1985).

Stern (1980) refere que a TFD proporciona uma maior contribuição em áreas que ainda não foram muito exploradas. Em relação à pesquisa com famílias, refere que este referencial metodológico pode oferecer perspectivas diferentes sobre determinado fenômeno ocorrente no seio familiar. Esta mesma autora observa que a TFD difere de outras metodologias em diversas maneiras: 1- a estrutura conceitual é gerada a partir dos dados mais do que de estudos prévios, apesar de estes estudos influenciarem o resultado final da pesquisa; 2- o pesquisador tenta descobrir os processos dominantes na cena social mais do que descrever a unidade sob estudo; 3- todas as partes dos dados são comparadas com todas as outras, razão pela qual o método também tem sido chamado de “análise comparativa qualitativa” e “análise comparativa contínua”; 4- a coleção de dados pode ser modificada de acordo com o avanço da teoria, em que as direções falsas são reveladas ou outras questões são polidas. É importante ressaltar que o desenvolvimento da teoria não observa uma seqüência de passos lineares.

De acordo com Glaser e Strauss (1967) e Field e Morse (1985), a TFD possui os seguintes pressupostos: a experiência humana é um processo em constante evolução; a elaboração da teoria envolve a abordagem dedutiva e indutiva; devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si durante o estudo, dando origem a conceitos de amostragem teórica e à saturação de categorias.

Para a análise dos dados obtidos, a TFD utiliza-se do método comparativo constante. Este procedimento ocorre pela necessidade de o pesquisador comparar os dados constantemente e a partir daí estabelecer onde e quais dados precisam ser coletados para que as categorias possam explicá-los (GLASER; STRAUSS, 1967). Esta comparação constante dos dados também é abordada como uma circularidade das partes no processo de pesquisa, sendo esta circularidade um dos pontos fortes da abordagem, por permitir um constante ir-e- vir da coleta para a análise e da análise para a coleta de dados. Esta característica obriga o pesquisador a refletir permanentemente sobre o processo de pesquisa e sobre as etapas específicas à luz de outras etapas (FLICK, 2004; GLASER; STRAUSS, 1967).

Para analisar e realizar a comparação entre os dados, estes são codificados em termos que lhe expressem um significado. De acordo com Flick (2004, p.189), na TFD existem alguns tipos de codificação, como se segue.

Codificação aberta: tem por objetivo expressar dados e fenômenos na forma de conceitos. Os dados coletados são primeiramente desemaranhados e as expressões são classificadas por suas unidades de significado (uma palavra ou seqüências curtas de palavras), a fim de unir anotações e conceitos. A codificação pode obedecer a vários graus de detalhamento: linha a linha, frase a frase ou parágrafo a parágrafo.

Codificação axial: esta etapa consiste em aprimorar e diferenciar as categorias resultantes da codificação aberta. Pode ocorrer que nesta fase apareçam inúmeras categorias. De acordo com Straus e Corbin (1990, p. 114), a codificação axial relaciona as subcategorias a uma categoria. É um processo complexo de pensamento dedutivo e indutivo, o qual envolve diversas etapas, que, assim como na codificação aberta, são consumadas fazendo-se comparações e perguntas. Entretanto, na codificação axial o emprego desses procedimentos concentra-se mais em descobrir e relacionar categorias em termos do modelo de paradigma, ajustando-se melhor a estas funções.

Codificação seletiva: esta etapa dá continuidade à codificação axial em um nível mais alto de abstração. Tem como objetivo elaborar a categoria essencial em torno da qual as demais categorias possam ser agrupadas e pela qual são integradas. Assim, há possibilidades para elaborar a história do caso oferecendo um breve panorama descritivo desta história (FLICK, 2004, p. 194).

A última fase consiste em elaborar o modelo teórico com muitos detalhes e verificá-lo em contraste com os dados (FLICK, 2004, p.194). Este procedimento de interpretação dos dados é feito com a integração com material adicional (literaturas), e é encerrado no momento em que atinge a saturação teórica, ou seja, quando um avanço na codificação, com enriquecimento das categorias, não proporcionará a ocorrência de novos conhecimentos.

Durante a análise e formação da teoria o pesquisador deve ter sensibilidade teórica. Esta é a habilidade de reconhecer o que é importante nos dados e atribuir-lhes significado. Ela pode estar embasada em algumas fontes, tais como a literatura técnica e a experiência do pesquisador, levando esse conhecimento para a situação real da pesquisa. Pode também ser adquirida por meio da interação com os dados durante a pesquisa, permitindo criatividade e imaginação. Segundo Glaser e Strauss (1967 p. 46), ela possui duas características: envolve a característica temperamental e pessoal do pesquisador e envolve a habilidade do pesquisador

para ter discernimento (*insights*) sobre os dados, por meio de sua área de pesquisa, combinada com a habilidade de trabalhar com estes *insights*.

De acordo com Glaser (1978, p. 3), o primeiro passo para o pesquisador alcançar a sensibilidade teórica, é que este deve entrar na pesquisa com o menor número possível de idéias pré-concebidas, especialmente as que são logicamente deduzidas. Com esta postura, o pesquisador é capaz de permanecer sensível aos dados, registrar eventos e detectar acontecimentos sem ter filtrado estes com hipóteses preexistentes e tendências (vieses). Ele precisa se manter aberto para o que realmente está acontecendo na pesquisa em desenvolvimento.

3.3 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo qualitativo, e, como tal, possui uma maior preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, seja de uma organização, de uma instituição, de uma política, seja de uma representação (MINAYO, 1996).

A metodologia qualitativa é utilizada freqüentemente para a abordagem do social, como meio para a exposição da realidade. Nenhuma pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo (MINAYO, 1996).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os pesquisadores qualitativos, ao investigarem determinado fenômeno, buscam freqüentemente desenvolver uma conceituação desse fenômeno, baseados em observações reais.

Victora, Knauth e Hassen (2000) referem que a metodologia qualitativa possui dois pressupostos. Em primeiro lugar, parte-se do reconhecimento de que o mundo real, embora se possa argumentar que existe independentemente de qualquer coisa ou pessoa, só existe de fato na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós. O segundo pressuposto expõe que a sociedade é constituída de microprocessos que, em seu conjunto, configuram as estruturas maciças; ou seja, a realidade social não é um todo unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo uma totalidade.

3.4 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado com famílias residentes em Maringá – PR. Este município, localizado na Região Noroeste do Paraná, compõe, com mais 29 municípios, a 15ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Na área de atenção à saúde, Maringá está habilitada no modelo de gestão plena do sistema de saúde. Conta atualmente com 23 unidades básicas de saúde, organizadas em cinco regionais, três unidades de referência (CISAM, CAPS II E CAPS-AD) e duas policlínicas (Zona Norte e Zona Sul). Para a atenção de urgências e emergências, conta com duas referências: o Hospital Municipal, que atende os casos de baixa e média complexidade clínica e emergência psiquiátrica, e o Hospital Universitário Regional, para os casos de traumas ortopédicos e alta complexidade clínica (BAPTISTA, 2005).

As famílias que possuíam alguns de seus membros com hipertensão arterial foram contatadas, inicialmente, por meio de informações obtidas das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) alocadas na Unidade de Saúde Vila Operária.

A escolha desta unidade foi realizada após o levantamento da prevalência de hipertensão, nos últimos três anos (2003, 2004 e 2005), nas unidades básicas de saúde do Município de Maringá - PR, em que o NIS II Vila Operária revelou o maior coeficiente de prevalência no intervalo estudado.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a unidade atende, em sua área de abrangência, a população de 8.381 pessoas, divididas em nove microáreas. Possui duas equipes de Saúde da Família (ESF), uma responsável por cinco microáreas e outra pelas demais. O agravo de maior ocorrência nesta população é a hipertensão arterial, que atinge 13,06% dos moradores.

3.5 OS INFORMANTES

Os informantes do estudo foram 14 famílias que conviviam ou haviam convivido com um de seus membros portador de hipertensão arterial. A unidade de investigação foi a família, por concordarmos que esta, segundo Althoff (2004), não é uma unidade isolada, e sim, uma

unidade integrante da sociedade, estabelecendo uma ligação com outras pessoas e unidades sociais que estão além de seu grupo.

De acordo com Althoff (2004),

Ao dirigir o olhar para as famílias, percebe-se que cada uma delas busca construir um modo de viver próprio, e que, embora cada família seja única em sua forma de viver, ela faz parte de uma estrutura dinâmica e contínua de interação com o meio que a cerca. Ela é um microsistema inserido na sociedade (ALTHOFF, 2004, p.29).

Para selecionar as famílias que iriam ser inseridas na pesquisa, pensou-se, primeiramente, em iniciar as entrevistas com famílias que vivenciaram o óbito de algum de seus membros devido a complicações decorrentes da hipertensão. Este grupo inicial foi pensado pelo fato de este projeto estar vinculado a um projeto maior, denominado “Avaliação da Atenção à Hipertensão Arterial na Macrorregião Noroeste do Paraná: Doenças Cérebro-Vasculares como Evento Sentinela”, que está sendo desenvolvido pela Universidade Estadual de Maringá – PR. No subprojeto do qual este foi derivado, planejou-se entrevistar este grupo de pessoas, além de avaliar a assistência prestada pelos profissionais de saúde a estas famílias; entretanto, a banca de qualificação sugeriu não iniciar por estas famílias, pois a sua abordagem poderia ser mais difícil, devido à proximidade com o óbito do membro familiar (a proposta era entrevistar famílias que experienciaram o óbito de seus familiares até seis meses antes da realização da pesquisa).

Diante disso, diferentemente da situação proposta de início, decidiu-se começar a pesquisa com uma família que convivia com a hipertensão arterial em um de seus membros.

Para a identificação das próximas famílias a serem incluídas no estudo, obedeci ao que é proposto na TFD, ou seja, que a análise dos dados obtidos ofereça subsídios para a escolha dos outros grupos.

Após definir um grupo amostral para a realização das entrevistas, fui até a unidade de escolha e solicitei aos enfermeiros de equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (ACS) algumas famílias que possuíam uma pessoa portadora de hipertensão. Como o número de famílias era grande, pedi que eles me indicassem alguns casos que chamavam mais a atenção da equipe. Diante das informações, realizei a escolha de algumas destas famílias.

Após a escolha, prossegui para a abordagem das famílias e agendamento da entrevista. Na primeira abordagem familiar me deparei com duas situações diferentes de convivência com a hipertensão: a família possuía dois membros com a condição crônica, sendo um deles com dependência física decorrente de complicações da hipertensão e um familiar que possui

hipertensão, mas a mantém controlada e nunca havia sido internado por causa de complicações da doença. O que também chamou a atenção quanto a esta família foi o relato do ACS, que a definiu como uma família envolvida e preocupada com os cuidados com a hipertensão arterial. A família me recebeu de forma amistosa e empática. Mesmo apresentando duas formas diferentes de convivência com a condição crônica, decidi entrevistá-la.

Os dois membros com hipertensão participaram da entrevista. Realizei os questionamentos e pedi que os dois relatassem suas experiências. Obtive dois tipos de relato, que ora eram semelhantes, pois os dois eram membros de uma só família, ora se diferenciavam, devido a concepções individuais sobre o cuidado com a hipertensão. Após a entrevista e durante a análise do contexto em que se inseria aquela família, resolvi dividir as entrevistas em dois grupos, sendo o primeiro formado de famílias cujo membro hipertenso possuía complicações ou dependência decorrentes desta condição, e o segundo, de famílias cujo membro hipertenso nunca fora internado nem possuía conseqüências decorrentes de sua condição crônica.

Reiniciei o processo de entrevista priorizando a inclusão de famílias pertencentes ao grupo daquelas cujo membro hipertenso possuía dependência decorrente da hipertensão arterial, pois na primeira entrevista pude observar que foram obtidos mais dados com a experiência de conviver com uma dependência física decorrente de complicação da hipertensão. O acidente vascular encefálico (AVE) foi o causador mais freqüente desta dependência.

Foram entrevistadas cinco famílias que possuíam esta condição, além de algumas que também vivenciavam a hipertensão em outros membros não dependentes, as quais também foram incluídas no estudo. Neste grupo, percebi que as famílias geralmente se envolviam mais no cuidado, devido à situação de dependência em que o familiar se encontrava. Nestas, também havia uma maior preocupação com a saúde e com a mudança de hábitos. Aparentemente, este fato estaria relacionado à experiência que possuíam em conviver com as complicações da hipertensão. Estes fatores levaram ao seguinte questionamento: as famílias que não convivem com dependências decorrentes da hipertensão também se envolvem no cuidado a seus membros da forma verificada neste grupo?

Esta questão levou-me a pensar nos demais grupos a serem entrevistados. Passei então a priorizar famílias que pudessem se incluídas no grupo sugerido anteriormente, em que o objetivo era entrevistar famílias que possuíssem um membro com hipertensão que não tivesse seqüelas nem houvesse sido internado por complicações da doença.

Neste grupo foi possível entrevistar cinco famílias, três das quais também fizeram parte do grupo anterior, pois nestas famílias existiam, além das pessoas com dependência, membros portadores de hipertensão que não apresentavam dependência física e também não haviam sido internadas por descontrole dos níveis pressóricos. As outras duas famílias convivem somente com um membro com a condição crônica, sem vivenciarem o internamento e a dependência. Esta diferença de situações entre as famílias possibilitou a observação de que familiares com hipertensão que convivem com outro membro com complicações decorrentes desta doença apresentaram-se mais cuidadosos com o controle dos níveis pressóricos; já com os familiares que não possuem esta experiência no domicílio, as mudanças de hábitos são mais difíceis de visualizar.

A partir da entrevista com o grupo que convive com familiares dependentes, também retomei a possibilidade em entrevistar famílias que haviam vivenciado o óbito após complicações decorrentes da hipertensão, pois surgiu-me a inquietação em descobrir como fora a experiência dessas famílias de conviver com esta doença crônica. Mais uma vez verifiquei que o AVE foi destaque entre as famílias pertencentes a este grupo. Também pude perceber que alguns dados das entrevistas deste grupo não divergiram dos relatos encontrados no grupo de famílias que conviviam com dependência; porém estes referiram também a dor da separação e a espera pela morte de familiares que de longo tempo já estavam acamados. Neste grupo foi possível entrevistar três famílias, em uma das quais também foi encontrada a situação de uma pessoa que realizava internações frequentes devido ao descontrole de sua pressão arterial. Esse familiar também participou da entrevista, o que possibilitou a inserção desta família no grupo posterior.

O quarto grupo foi pensado a partir das famílias cujos membros hipertensos não haviam sido internados por problemas da hipertensão. Neste grupo foram incluídas cinco famílias das quais alguns dos membros com hipertensão mantinham a pressão controlada. Mesmo com a manutenção dos níveis pressóricos em condições adequadas, pude observar que alguns cuidados ainda eram negligenciados, e estes se referiam, principalmente, a mudanças de velhos hábitos que são considerados prejudiciais à saúde. Posteriormente, tentei fazer um paralelo com o quarto grupo, entrevistando também famílias cujos membros são internados frequentemente por não conseguirem manter o controle da pressão. Foi possível entrevistar três famílias, dando origem ao quinto grupo. Destas, observei que o descontrole pode estar relacionado ao descuido com o tratamento medicamentoso e com a crença de que os medicamentos por si sós podem controlar a pressão. A obesidade, a não-realização de

atividades físicas e a dificuldade de mudanças de hábitos alimentares, que podem alterar a pressão, foram fatores que se apresentaram neste grupo.

Durante a realização das entrevistas, alguns Estados noticiavam, em rede nacional, mobilizações e campanhas de orientação e prevenção à hipertensão arterial. A ênfase estava na prevenção da hipertensão em crianças e adolescentes, pois esta condição crônica, associada principalmente à obesidade, tem sido problemática nesta faixa etária. Ao acompanhar esta discussão me ocorreu o seguinte questionamento: como será a convivência das famílias que possuem crianças com hipertensão arterial? Estava se formando mais um grupo para investigação.

Primeiramente, fui até o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para verificar a existência de alguma pessoa abaixo de 14 anos que estivesse cadastrada como hipertenso. Neste sistema foi encontrado o registro de 13 menores de 14 anos com hipertensão. Este foi o grupo com o qual mais tive problemas para o agendamento das entrevistas, devido à não-existência destas famílias na área de abrangência em estudo e pela não-aceitação de algumas famílias. Mesmo assim, entrevistei duas famílias que conviviam com esta condição crônica em crianças e nas quais essa doença se apresentara depois de outras que a criança tinha vivenciado.

Foi-me possível verificar uma diferença destas com as demais famílias entrevistadas. Nas famílias com crianças existe uma dedicação maior da mãe ou cuidador ao controle da condição crônica, ao passo que a dedicação e o cuidado com adultos hipertensos são mais intensos somente quando estes sofrem alguma complicação decorrente da hipertensão arterial.

Três famílias com as quais realizamos contato não foram entrevistadas, pelo fato de elas não terem aceitado a inserção no trabalho e por incompatibilidade de horários para a realização da entrevista. Mesmo assim, ao final da pesquisa foram entrevistadas 14 famílias que fizeram parte da construção do modelo teórico. Algumas famílias foram inseridas em mais de um grupo, por apresentarem e vivenciarem situações diferentes de convivência com a hipertensão em seu interior. Este fato possibilitou o enriquecimento dos resultados, uma vez que permitiu maior aprofundamento de relações.

3.6 COLETA DE DADOS

a) Abordagem da família

A abordagem da família foi realizada por mim mesma. Primeiramente me dirigi até o domicílio das famílias selecionadas, sozinha ou junto com um agente comunitário de saúde, quando este profissional estava disponível para o acompanhamento. Este cuidado foi tomado pelo fato de o agente de saúde já possuir um vínculo com estas famílias, o que poderia facilitar-me o acesso a elas. Entretanto, nem todos puderam realizar o acompanhamento, restando-me r realizar sozinha a primeira abordagem.

Este primeiro contato com os familiares foi de extrema importância para mim, pois fornecia o repasse de informações sobre o trabalho e facilitava o desenvolvimento de uma relação empática com a família. Conforme Flick (2004), o contato buscado pelos cientistas deve ser o mais próximo ou mais intenso. Em alguns casos, a forma como se realizava a primeira abordagem à família garantia grande parte do sucesso da entrevista.

Eram realizadas duas visitas às famílias: uma para a explicação do estudo e agendamento da entrevista em dia e horário de maior disponibilidade da família e em que houvesse mais membros que pudessem participar do estudo; e a outra para a realização da entrevista, a qual feita com o hipertenso e outras pessoas pertencentes à família que quisessem participar do processo. Duas famílias receberam mais que duas visitas, pois surgiram dúvidas sobre o desenvolvimento do fenômeno na realidade familiar.

b) A entrevista como estratégia para a coleta de dados

A entrevista, tomada no sentido mais amplo de comunicação verbal e no sentido mais restrito de coleta de informações sobre determinado objeto de pesquisa, é a técnica mais utilizada no trabalho de campo. Esta pode ser realizada de vários tipos: sondagem de opinião; entrevista semi-estruturada; entrevista aberta e entrevista não diretiva centrada ou entrevista focalizada (MINAYO, 1996). Nesta pesquisa, propôs-se trabalhar com a entrevista aberta, pois esta permite que o entrevistado responda as questões elaboradas sobre o tema, sem haver

respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, além de proporcionar maior envolvimento entre o entrevistado e entrevistador e possibilitar uma maior abertura da família.

Na pesquisa qualitativa postula-se que o pesquisador deva, ao menos, suspender o conhecimento teórico que ele, *a priori*, traz do campo. O conhecimento anterior do entrevistador pode interferir na pesquisa e ocasionar seleção dos dados. Esta atitude pode fazer com que ele esteja atento tão-somente ao que ele deseja, correndo o risco de não descobrir nada além do que se sabe. Por este motivo, durante as entrevistas foram tomados os cuidados para que não houvesse interferências do conhecimento teórico do entrevistador sobre o problema em estudo. Este procedimento objetivou conhecer todos os pontos de desenvolvimento do fenômeno e a entrevista ocorreu até que não se vislumbrassem dados novos das falas dos informantes.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e vinte minutos. Para sua documentação e edição utilizou-se a gravação sonora das palavras e sua posterior transcrição. No início das gravações percebia-se um certo incômodo dos entrevistados com o aparelho, que desaparecia com o decorrer da conversa. Somente uma família não consentiu a utilização do gravador, tendo sido esta decisão devidamente respeitada. Para esta família, os dados foram coletados e registrados no diário de campo.

Em se tratando da utilização de equipamentos de gravação, para Flick (2004, p.180), deve-se dar preferência a aparelho menos visível. Após informar os participantes a respeito da finalidade da gravação, o entrevistador espera que simplesmente eles esqueçam o gravador e que a conversa se dê naturalmente, mesmo em pontos complicados.

Os dados foram transcritos logo após a realização da entrevista, objetivando-se buscar o máximo da exatidão exigido pela questão da pesquisa. Cada transcrição, após sua total redação, foi conferida, uma segunda vez, com a gravação, realizando-se as correções necessárias de transcrições que não estivessem em exatidão com as falas gravadas.

Para maior aprofundamento e para se evitar que se perdessem dados, foram realizadas as notas de campo para todas as famílias, durante e logo após o término de cada entrevista. Nestas eram registradas algumas expressões não-verbais expressadas pela pessoa entrevistada ou pelo familiar acompanhante, alguns relatos dos entrevistados que foram comentados após o término da gravação e algumas percepções sobre o ambiente familiar. Segundo Flick (2004), as notas de campo, obtidas em entrevistas, devem conter os elementos essenciais das respostas dos entrevistados e informações sobre o andamento da entrevista. Impressões gerais e expressões não-verbais devem ser anotadas para maior detalhamento das falas dos informantes. Algumas observações e questionamentos da pesquisadora também eram

realizados neste diário, o que contribuiu, posteriormente, para reavaliar e escolher outros grupos para estudo.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição da primeira entrevista foi iniciada a codificação aberta das falas e das anotações do diário de campo. Nesta entrevista, a codificação foi realizada parágrafo a parágrafo e forneceu alguns subsídios para a realização da entrevista com a segunda família. Entretanto, após esta outra abordagem familiar a inserção nos dados foi mais intensa, o que possibilitou a codificação com maior detalhamento, linha a linha. Com isso, retornou-se à primeira entrevista e às anotações feitas no diário de campo, em que foi possível visualizar dados que anteriormente não haviam sido captados.

Durante este processo, cada código identificado recebia um nome, geralmente composto por uma seqüência de palavras. Por exemplo, em um relato da família 3 foi identificada a seguinte frase: “Ela não sentia nada não, ela tinha uma saúde que era uma beleza”. Esta frase foi codificada como: “Apresentando hipertensão arterial e tendo saúde”.

Junto aos códigos iniciais, também foi colocado um endereço para a sua localização dentro das entrevistas transcritas, para que pudessem ser retomados quando necessário e analisados. Este endereço consistia em um código estipulado a cada entrevista e um número, que se apresentava na seqüência dos códigos encontrados no texto. Por exemplo, o código “Envolvimento familiar no cuidado ao familiar com AVE (Acidente Vascular Encefálico)” recebeu o endereço F1-9, ou seja, ele se encontra na entrevista da família 1 (F1), na numeração seqüencial nove.

A codificação aberta geralmente acarreta a elaboração de inúmeros códigos. Para facilitar o trabalho com estes foi realizada a junção de códigos semelhantes, a exemplo de outros autores que trabalharam com esta metodologia. Com isso os códigos foram agrupados de acordo com a semelhança e expressão das falas. Por exemplo, na família 14 outro relato foi identificado como a concepção familiar de saúde: “Ele não tem nada de diferente, nenhum tipo de alergia”: esta fala se aproxima da concepção de saúde da família 3 e foi codificada como “ter saúde é não apresentar sintomas físicos”. Devido à proximidade destes dois trechos, estas falas foram agrupadas em um único código: “Concebendo saúde como a ausência de sintomas físicos”, como pode ser observado no quadro abaixo:

Códigos preliminares	Códigos conceituais
Apresentando hipertensão arterial e tendo saúde (F3-41) Ter saúde é não apresentar sintomas físicos (F14-15)	Concebendo saúde como a ausência de sintomas físicos (F3-41; F14-15)

Cabe ressaltar que, para chegar até a elaboração destes códigos conceituais, retornava-se várias vezes aos dados brutos para verificar se estes expressavam realmente aquilo que era descrito no código. Com algumas entrevistas já codificadas, iniciou-se o agrupamento destes códigos em tipos de assunto abordado, o que mais tarde deu origem a algumas subcategorias e categorias. A cada entrevista realizada, a cada observação anotada no diário de campo, novas formas de visualizar o desenvolvimento do fenômeno no seio familiar eram demonstradas pelos dados levantados junto às famílias.

As subcategorias e categorias identificadas inicialmente no estudo sofreram várias alterações à medida que se realizavam novas entrevistas e novos grupos eram inseridos no trabalho. Após codificar todas as entrevistas realizadas com as famílias, iniciou-se a codificação axial, que consiste em aprimorar e diferenciar as categorias resultantes da codificação aberta. Estas foram aplicadas no modelo de paradigma de Strauss e Corbin (1990 p. 99) para inter-relacionar as categorias identificadas e identificar o fenômeno central. Este modelo é composto dos seguintes elementos:

- Condições causais: são os eventos ou incidentes que revelam o desenvolvimento de um fenômeno. Estes nem sempre estão evidentes nos dados, mas podem ser localizados.
- Fenômeno: é o acontecimento central do estudo, sobre o qual um conjunto de ações e interações é direcionado. Algumas perguntas facilitam sua identificação, tais como: A que este dado se refere? Sobre o que versa a ação/interação?
- Contexto: é o conjunto específico de particularidades que envolvem o fenômeno, as condições que o influenciam e as estratégias de ação/interação.
- Condições de intervenção: é o contexto estrutural mais amplo pertencente ao fenômeno. Estas estratégias agem para facilitar ou restringir as estratégias de ação/interação ocorridas dentro de um contexto específico. Podem incluir tempo, espaço, cultura, *status* socioeconômico e tecnológico, história, entre outras.

- Estratégias de ação/interação: pode-se dizer que elas se referem ao modo como as pessoas respondem às condições causais. Há ação/interação que é direcionada para gerenciar um fenômeno, lidar com ele, responder a ele, averiguar como ele se dá num contexto ou sob um conjunto de condições percebidas. Estas estratégias estão sempre em movimento, pois sofrem mudanças ao longo do tempo, orientadas por metas, feitas por alguma razão, ou seja, em resposta a algum fenômeno ou de forma que gerenciem um dado fenômeno.
- Conseqüências: são os resultados das estratégias de ação/interação, podendo ser reais ou potenciais, ou seja, sucedidas no presente ou no futuro

De acordo com Flick (2004), este modelo é bastante simples e ao mesmo tempo bastante genérico. Tem como objetivo esclarecer as relações entre um fenômeno, suas causas e conseqüências, seu contexto e as estratégias daqueles que estão envolvidos. Refere também o autor que os conceitos incluídos em cada categoria podem tornar-se um fenômeno para esta categoria e/ou contexto para uma outra categoria, ou ainda suas condições. Pode, também, manifestar-se como as conseqüências de um terceiro grupo de categorias.

Nesta etapa, muitas dúvidas foram encontradas para identificar as categorias que se inseriam em cada um dos elementos propostos pelo modelo de paradigma, devido à relação existente entre as categorias, que possibilitava o pensamento de cada uma das categorias em condições diferentes, dependendo da situação analisada. Devido às várias situações em que a hipertensão se apresenta, a análise das relações entre categorias pode não se fixar em um determinado acontecimento ou fenômeno e depende do nível de interação do pesquisador com os dados para que esta relação ocorra de forma mais intensa.

A categoria essencial identificada no trabalho foi denominada “A convivência da família com a hipertensão arterial”, integrando as demais categorias encontradas durante a análise dos dados, compondo, assim, a codificação seletiva. Cabe ressaltar que, em cada grupo de causas, conseqüências, contextos, condições e estratégias estão relacionados ao desenvolvimento da hipertensão nos cinco grupos estudados, ou seja, desde o seu diagnóstico até o evento mais grave estudado (a ocorrência da dependência física ocasionada pelo AVE e a morte).

Posteriormente os dados foram comparados à luz da literatura, sendo esta a última etapa da elaboração do modelo teórico. Esta fase é apresentada no capítulo 7º deste trabalho.

3.8 DECLARAÇÃO ÉTICA

Para a realização do estudo foram respeitados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. Assim, foi solicitada autorização para a realização do estudo junto à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 2).

Posteriormente à seleção das famílias realizou-se o contato com elas para explicar os objetivos do estudo ao entrevistado, e agendou-se um segundo encontro com a família. Neste foram explicados os objetivos do trabalho, esclarecido o sigilo das informações obtidas e solicitado consentimento e assinatura do termo de consentimento aos participantes da pesquisa. De acordo com Goldim (2001), o consentimento informado é a autorização, expressa de forma voluntária, por uma pessoa capaz de tomar decisões no seu melhor interesse, no sentido de permitir a realização de uma pesquisa ou outro procedimento, após terem sido fornecidas todas as informações necessárias à plena compreensão dos desconfortos e benefícios associados. O processo de consentimento visa resguardar o respeito às pessoas.

Para todas as famílias entrevistadas foi deixada uma cópia do termo de consentimento, com a assinatura, nome, telefones, endereço residencial e eletrônico da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, além de dados para o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, do qual o projeto recebeu a autorização.

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS ESTUDADAS

Todas as famílias possuíam ao menos um membro com hipertensão em seu meio, como descrito anteriormente. A seguir, cada uma será descrita, com algumas características de seu funcionamento interno e a condição em que a hipertensão arterial se insere. Apresentar-se-á como figura principal a pessoa com hipertensão e seu cuidador de referência.

Família 1: homem de 58 anos, com AVE decorrente da hipertensão há 5 anos. Possui ensino fundamental incompleto, é ex-motorista de cargas e convive com a esposa de 55 anos, que é sua cuidadora principal. Esta possui hipertensão arterial e diabete e não terminou o ensino fundamental. Os dois possuem dois filhos, sendo um casado e o outro solteiro. Este possui problemas neurológicos, tem 32 anos e reside com a família. No domicílio também reside uma neta, com 12 anos, sem problemas de saúde, estudante. Residem em casa própria e a renda se baseia na aposentadoria do familiar com AVE e de um projeto de uma empresa em que o filho participa. Todos são evangélicos.

Família 2: Família extensa, com cinco membros. As pessoas com hipertensão são o pai, de 84 anos, com ensino fundamental incompleto, e um dos filhos, de 50 anos, com ensino médio completo. O pai foi acometido por AVE há 5 anos e atualmente se encontra acamado. Residem na casa também a mãe, com 74 anos, deficiente visual e com ensino fundamental completo; uma filha, que atualmente assume como cuidadora principal, e um neto de 16 anos, estudante, que também auxilia nos cuidados com o avô. É uma família católica, com renda de dois salários-mínimos mensais, aproximadamente.

Família 3: Família evangélica, com 3 membros, que possui duas pessoas com hipertensão arterial: a esposa, com 68 anos, que nunca estudou, foi acometida por dois AVEs, o último há 10 anos, e atualmente se encontra acamada; e o esposo, de 68 anos, cuidador principal, que possui o ensino fundamental incompleto e apresenta hipertensão, mas tem-na mantido controlada. A filha, com 45 anos, tem problemas neurológicos. A renda da família provém da aposentadoria do esposo.

Família 4: Família católica, com três membros, patriarcal. Apresenta um membro (esposo) de 71 anos com hipertensão arterial. o qual foi acometido por AVE há 13 anos. Atualmente consegue andar com apoio e realizar algumas atividades sem auxílio, mas tem

prejuízos na fala. A cuidadora é a esposa, de 64 anos, com ensino fundamental incompleto. Reside junto um filho de 25 anos, contador, com ensino superior incompleto. Residem em casa própria e a renda provém do serviço do filho, de uma aposentadoria e de um auxílio-doença.

Família 5: família católica, com três membros, sendo que todos apresentam hipertensão arterial. A esposa, que conta 66 anos e cursou o ensino fundamental incompleto, além da hipertensão e diabetes, foi acometida por um AVE há pouco mais de cinco anos e atualmente consegue caminhar e realizar algumas atividades domésticas e de autocuidado. Teve prejuízo na fala. O cuidador é o esposo, de 71 anos, com ensino fundamental incompleto. Este também sofre hipertensão e atualmente tem se dedicado às atividades de cuidado com a família. O filho apresenta, além da hipertensão, esquizofrenia, que atualmente se encontra controlada. O filho também colabora nas atividades domésticas. A renda provém de duas aposentadorias.

Família 6: família evangélica, com um membro atualmente, em que a filha (cuidadora) conviveu com mãe que era hipertensa e sofreu AVE. O óbito da mãe ocorreu há 6 meses, aos 82 anos. Possuía AVE fazia cinco anos e não aceitou nenhum tipo de tratamento. Atualmente a filha, de 53 anos, não possui companheiro, reside sozinha em casa própria e sua renda é derivada de uma casa de aluguel que se encontra nos fundos da casa onde reside.

Família 7: família católica, com dois membros (pai e filho), cujo pai apresenta hipertensão e constantemente fica internado por descontrole da doença. Conta 69 anos, nunca estudou e é viúvo há quase 40 anos. Além da hipertensão, sofre insuficiência cardíaca congestiva. O filho tem 41 anos e reside com o pai, de quem cuida. Possui o ensino fundamental incompleto e trabalha em uma metalúrgica. A renda da família, além da renda do filho, deriva de uma casa de aluguel e da aposentadoria do pai.

Família 8: família evangélica, com três membros, sendo o pai, de 50 anos, ex-motorista, aposentado por invalidez, com o ensino médio completo. Apresenta hipertensão arterial e uma úlcera venosa no membro inferior esquerdo. Atualmente ajuda sua companheira em uma loja de equipamentos importados. A companheira tem 37 anos, é costureira, cursou todo o ensino médio e não enfrenta problemas de saúde. O filho tem 12 anos e é estudante. A renda da família se constitui da aposentadoria, da renda da loja e de algumas costuras de roupas.

Família 9: Família com 2 membros (casal), evangélica. A esposa tem 66 anos e sofre hipertensão arterial não controlada, que gera constantes internamentos, além de uma doença pulmonar, que tem agravado seu estado de saúde. O esposo tem 73 anos, também é

hipertenso e possui mal de Parkinson. Residem em casa própria e somente o esposo é aposentado. Também possuem uma casa de aluguel. Estão pensando em residir com a nora, devido ao agravamento do estado de saúde da esposa. Conviveram, ainda, por 18 anos, com a mãe da esposa, que foi acometida por AVE. Esta faleceu há aproximadamente 10 anos.

Família 10: a família conviveu com o óbito de um familiar por AVE. Atualmente é composta por 3 membros: o pai, com 50 anos; a mãe, também com 50 anos; e um filho de 18 anos. A pessoa que sofreu o AVE era mãe do esposo. Todos realizavam os cuidados, para que ninguém tivesse que deixar as atividades empregatícias. A nora trabalhava durante o dia e o filho trabalhava à noite. Durante o dia, o pai recebia apoio do filho para realizar os cuidados. No ano do óbito, esposa e esposo apresentaram neoplasias malignas, de mama a esposa e de rim o esposo, com diagnósticos quase simultâneos. O filho também sofre hipertensão arterial e diabetes. Residem em casa própria e o esposo continua a trabalhar. O filho trabalha em uma gráfica. A esposa atualmente se dedica às atividades domésticas. Todos são católicos e possuem o ensino fundamental incompleto.

Família 11: família evangélica, com dois membros (casal). A esposa tem 48 anos e cursou o ensino fundamental incompleto. Sofre hipertensão arterial há três anos. Nunca foi internada por problemas decorrentes da hipertensão. O esposo, com 53 anos, cursou o ensino fundamental incompleto e não possui problemas de saúde. Os dois trabalham com hortaliças, que vendem em uma feira da cidade.

Família 12: família com 5 membros residentes no domicílio. As pessoas com hipertensão são a esposa e a mãe desta, que também reside com a família. O esposo e filhos não possuem problemas de saúde. A esposa tem 48 anos e cursou o ensino fundamental. Além da hipertensão, possui obesidade e fibromialgia. Foi internada três vezes no último ano por des controle da pressão arterial. Realizará cirurgia para redução de estômago brevemente. Sua mãe tem 73 anos e possui hipertensão e artrose. É aposentada e nunca estudou. O esposo tem 54 anos, é jardineiro e também cursou somente parte do ensino fundamental. Os filhos (25 e 21 anos) cursaram o ensino médio completo. Residem em casa própria, sendo que o pai e filhos estão empregados.

Família 13: família com 3 membros residentes no domicílio: a avó, com 64 anos, aposentada, possui hipertensão e bronquite. É a cuidadora principal da família. O avô, aposentado, com 74 anos, possui Alzheimer e hipertensão arterial. O neto, estudante, com 12 anos, possui hipertensão secundária a um problema renal (síndrome hemolítica urêmica). O neto convive com os avós desde os seis anos de idade. A mãe sofre depressão, mora próximo da residência e o visita constantemente. A renda da família provém de duas aposentadorias e

a casa em que convivem é alugada. Os móveis da casa foram doados por pessoas da igreja local da qual a avó participa.

Família 14: a família é católica, conta 6 membros (casal e 4 crianças, todas menores de 12 anos), e reside em uma chácara, em casa simples e humilde. A casa foi cedida pelos donos da propriedade para que a família residisse. A pessoa que possui hipertensão arterial é a criança mais nova (dois anos), sendo esta condição secundária a um problema cardíaco. Os demais membros não possuem problemas de saúde, segundo informações. A mãe é a cuidadora principal. Ela (29 anos) possui o ensino médio completo e trabalha como cozinheira. O esposo (41 anos) possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como auxiliar de serviços gerais. As duas crianças mais velhas são estudantes e as outras ainda não estudam.

4.2 APRESENTAÇÃO DO FENÔMENO “A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL”

A partir da análise dos dados, foram identificados cinco temas que, em conjunto, revelam a vivência da família ao conviver com a hipertensão, a saber: As concepções familiares de saúde e doença; Realizando cuidados para o controle da Hipertensão; Vivenciando a situação de dependência; Recebendo o cuidado familiar; e Percebendo a assistência do sistema de saúde. Estes temas não são lineares, mas se inter-relacionam, revelando-se como um processo dinâmico, pois dependem das relações às quais as famílias estão expostas, sendo também influenciados pela história de vida de cada família.

4.3 TEMA 1: AS CONCEPÇÕES FAMILIARES DE SAÚDE E DOENÇA

As famílias, ao relatarem sua experiência de conviver com a hipertensão arterial, naturalmente revelavam suas concepções sobre saúde e doença. Este fato deu origem a três categorias: Concebendo saúde e doença; Diagnosticando a hipertensão arterial; e Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial (Figura 1).

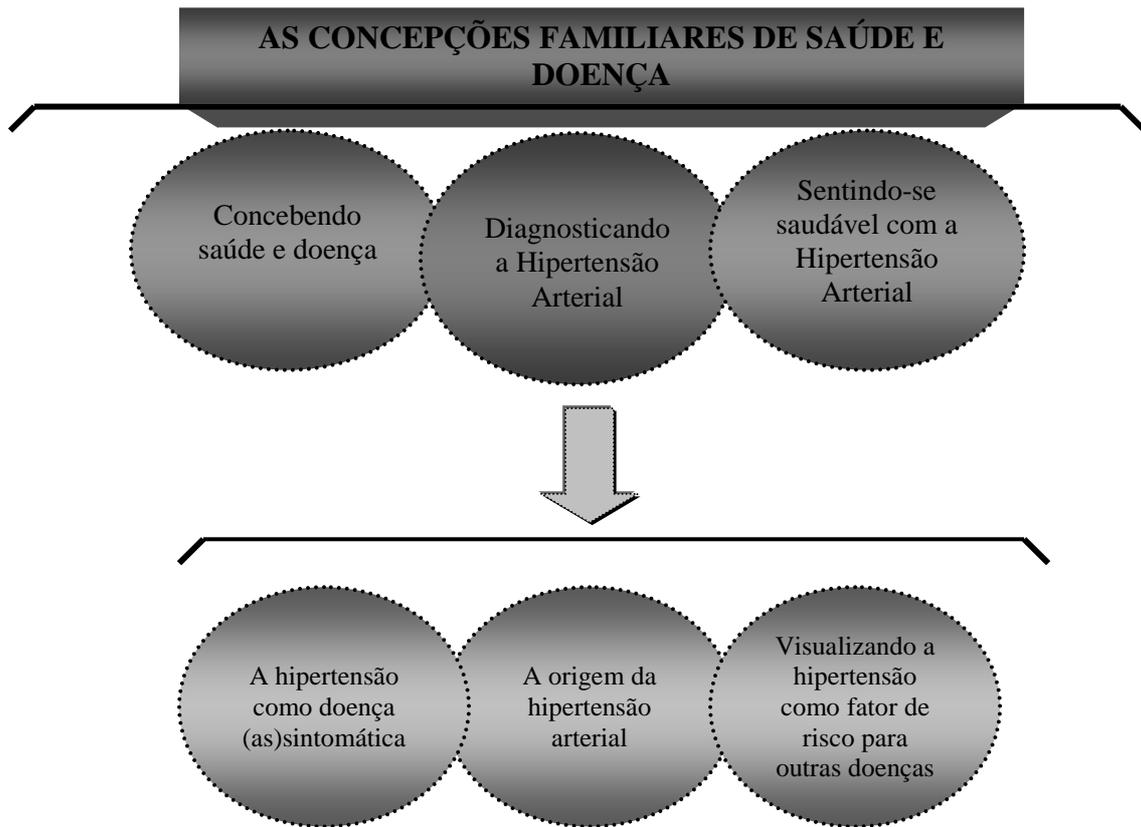


Figura 1: Representação gráfica do tema 1: As concepções familiares de saúde e doença

4.3.1 Categoria 1: Concebendo saúde e doença

Esta categoria emergiu das concepções de saúde e doença presentes nos relatos de familiares ou de pessoas que convivem com a hipertensão arterial. Constatou-se que as famílias possuem percepções diferenciadas e, às vezes, até um pouco confusas sobre o que é ter saúde. Diversos modos de as famílias olharem o ser saudável e o ser doente estiveram presentes em vários relatos, o que permitiu conhecer o que para elas é ter saúde e o que é ter doença.

A família, durante sua existência, preocupa-se com diversas questões referentes a sua sobrevivência, sempre com expectativas de viver bem o momento, mas também planejando um futuro positivo. Entretanto, é possível identificar nos relatos que, algumas vezes, os

cuidados com a saúde são negligenciados, e os indivíduos adotam algumas atitudes sem a total noção do que isso pode causar futuramente, apesar de terem a consciência dos riscos que estas práticas podem lhes ocasionar:

“Passava noites e noites sem dormir, inclusive a gente tomava muito aqueles comprimidos, porque o horário tinha que ser cumprido[...]e como tinha uma droga para tirar o sono, o que a gente ia fazer[...]E eu tomei demais aquilo. Sabia na época que era prejudicial, mas se eu não tomasse o rebite eu corria o risco de morrer [...] Depois que a idade vai chegando, começa a vir aqueles problemas daquilo que a gente fez. Então tudo veio acarretar no que deu (Hipertenso - F8)”.

“Eu penso assim comigo: comer uma carne[...] se eu morrer de hoje para amanhã, pelo menos eu comi este pedaço de carne...(Hipertenso - F7)”.

“Antigamente era descuidado com o sal, principalmente quando morava com a mãe, não tinha controle (Filho cuidador e hipertenso - F10)”.

“A gente não cuidava naquele tempo. Era aquela comidinha normal, que a gente fazia sempre, do sítio [...]. Depois que a gente descobriu, é que eu fui tendo os cuidados[...] (Hipertensa - F11)”.

A presença da doença é quase sempre percebida a partir da existência de sintomas físicos. Assim sendo, quando esta não possui sintomas e tem controle, a pessoa não se considera doente, especialmente quando tem a possibilidade de realizar suas atividades diárias sem qualquer restrição:

“Eu acho que doença é aquilo que é caracterizado, que é diagnosticado, que é constatado, isso que é doença (Hipertenso - F8)”.

“Eu acho que no meu caso é doença, porque é meio difícil a respiração, tenho tosse, tenho dor, aperto no peito, dor nas costas, aí eu acho que é dureza[...] (Hipertensa - F9)”.

“O bronquite [é doença], porque se dá aquela crise, a gente não tem mais perna, a gente não pode levantar, a gente não pode andar, e se eu não tiver a bombinha ou a inalação, aí eu não consigo nada [...](Avó cuidadora - F13)”.

Além da presença de sintomas físicos, doença também foi concebida como a existência de sintomas de origem emocional:

“Eu acho que doente é uma pessoa que tem um problema assim físico, que não possa andar e que tem uma doença interior também [...] (Hipertensa - F11)”.

Algumas vezes, a condição de doença passa a existir quando o indivíduo supervaloriza sintomas, que muitas vezes são físicos, para o emocional, o que leva a pessoa a entregar-se a uma situação doentia. Isto é considerado como um fator negativo para a pessoa, pois esta, ao viver somente a condição de doente, acaba por não usufruir os benefícios que o meio pode lhe oferecer:

“Então eu acho que a pessoa doente é aquela que se acomoda, e que assume uma doença, que às vezes ela nem tem, mas ela põe na cabeça, aí se torna doença (Hipertenso - F8)”.

A doença também é concebida como algo inevitável e como fruto do pecado. Uma família fez menção à origem da vida explicada pelos princípios bíblicos, em que Adão e Eva, por causa da desobediência, foram punidos por Deus e obrigados a conviver com as doenças:

“Doença é consequência da vida. Deus não fez nós pra ficar doente, pra morrer. Mas teve Adão e Eva e pôs eles no jardim e pois uma árvore, com frutas, eles comiam [...]. Então veio a morte [...] E a morte vindo, veio as doenças. A doença é consequência do pecado (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Ao contrário das concepções de doença, a saúde é concebida como a ausência de sintomas físicos, mesmo quando a pessoa possui algum tipo de doença ou condição:

“Não, ela não sentia nada não. Ela tinha uma saúde que era beleza. Aí depois que descontrolou, que deu esse segundo derrame, aí acabou mesmo (Esposo cuidador - F3)”.

Esta família convive com a esposa/mãe que apresentou dois AVEs, sendo que o segundo foi o mais grave, deixando maiores seqüelas. Entretanto, mesmo a partir do primeiro

AVE a família considerava o familiar saudável, pois, além de não apresentar sintomas, era independente e realizava todas as atividades diárias.

Foi possível também encontrar relatos de que para manter a saúde é necessário se cuidar, cuidar do medicamento que deve ser tomado corretamente e cuidar da alimentação:

“Eu acho que a gente tem que se cuidar, tomar os remédios certinho, porque, senão você fica doente [...]. Tirei o sal, o óleo (Esposa cuidadora e Hipertensa - F1)”.

A necessidade de realizar cuidados para a manutenção da saúde foi enfatizada por esta família, entretanto pode-se ainda observar uma ênfase maior ao tratamento medicamentoso. O cuidado a que a família se refere ocorreu após a instalação da hipertensão. Esta familiar também não se considera doente, pois para ela, doença é a consequência que a hipertensão pode ocasionar.

Os relatos revelam, também, que a prevenção e o controle de problemas crônicos são pouco realizados entre as famílias, especialmente quando as pessoas são jovens:

“Quando a pessoa é nova, ela não se cuida, não toma o remédio direito, eu acho que é assim (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Este fator também pode ser revelado pela situação vivenciada por uma das famílias. Nesta, o filho mais jovem, que participou da entrevista junto com sua família (F10), referiu que não realiza cuidados preventivos com a alimentação, mesmo tendo convivido com a avó que faleceu por problemas decorrentes da hipertensão, e com o pai, que convive com a hipertensão e o diabetes. Nas famílias em que este fato acontece é importante o estímulo a práticas saudáveis, com vista a evitar ou distanciar o aparecimento de condições crônicas.

O quadro 1 apresenta a codificação que deu origem a esta categoria:

Códigos conceituais	Categoria
Concebendo doença como consequência da vida, como fruto do pecado. Concebendo saúde como a ausência de sintomas. Tendo cuidados com os medicamentos e alimentação para ser saudável. Concebendo saúde como possuir boa alimentação, disposição, estar bem fisicamente. Conceituando doença como reflexo dos descuidados com o corpo quando jovem. Concebendo pessoa doente como aquela que se entrega à doença. Conceituando doença como a presença de sintomas físicos (febre, falta de ar, alergia) e interiores.	Concebendo saúde e doença

Quadro 1: Códigos conceituais que deram origem à categoria “Concebendo saúde e doença”.

4.3.2 Categoria 2: Diagnosticando a hipertensão arterial

As famílias não tiveram dificuldades em relatar as suas experiências de convivência com a hipertensão, sua origem, concepções e formas de diagnóstico. Considerando as diversas formas em que a hipertensão foi referida, desde sua origem até o seu tratamento, esta categoria está constituída por três subcategorias: A hipertensão como doença (as)sintomática; A origem da hipertensão; A hipertensão como fator de risco para outras doenças.

4.3.2.1 Subcategoria 1: A hipertensão arterial como doença (as)sintomática

A hipertensão se caracteriza por ser uma condição assintomática. Diante disso, dificilmente é diagnosticada por meio de sintomas físicos e, por isso, muitas pessoas ficam anos sem diagnóstico, devido à inexistência de sintomatologia característica. Entretanto, durante as entrevistas, algumas pessoas referiram ter algum sintoma que as leva a desconfiar do aumento da pressão.

Entre as pessoas que já possuíam o diagnóstico, a convivência com a hipertensão permitia que estes percebessem algumas modificações ou sensações que eram associadas à

pressão alta. As principais sensações eram a cefaléia, a tontura, o cansaço, a palpitação, o edema e a tumefação dos vasos no pescoço:

“Aqui pegou uma dorzinha de cabeça, uma dor na nuca, são sintomas de pressão [...] (Hipertensa - F9)”.

“Agora [...] 17 deve estar, porque eu to sentindo que aqui no pescoço tá mais inchado (Hipertenso - F7)”.

“[...] às vezes eu ficava com dor na nuca, dava aquela dor cansada, não conseguia dormir[...] De manhã me dá aquela moleza no corpo, que eu não agüento, parece que eu tô fraca [...]. Eu comecei a inchar, ter palpitação[...] (Hipertensa - F12)”.

“Tem dias que ele diz: [...]. Vó, minha cabeça ta explodindo e eu tô ficando cego[...] (Avó cuidadora - F13)”.

Algumas famílias referiram que estas sensações também estavam presentes antes do diagnóstico da hipertensão, o que as levou a procurar assistência médica para verificar a causa destes episódios:

“Só dava tontura, dor de cabeça era bem pouquinha [...] (Hipertensa - F11)”.

“Eu tinha uma dor de cabeça constante [...] (Hipertenso - F8)”.

Para famílias que convivem com crianças com hipertensão, as dificuldades para reconhecer os sintomas eram maiores, principalmente quando a criança ainda não os sabia expressar verbalmente. Nesta situação, o cuidador percebia que a criança não estava bem por meio de alguns sintomas que ela associa com a elevação da pressão, tais como a irritabilidade e o choro constante, que foram percebidos com o tempo de cuidado à criança. Entretanto, os sintomas eram bastante inespecíficos, podendo mascarar outros problemas da criança:

“Foi com o tempo que eu comecei a perceber. Ele fica muito enjoado, fica chorando [...] daí eu percebo que ele não está bem[...] (Mãe cuidadora - F14)”.

Na maioria das vezes, a hipertensão, semelhantemente a outras condições crônicas, pode ser uma doença silenciosa, não apresentando nenhuma sintomatologia:

“Bom, pelo menos ele não falava [...]. “Eu mesma não sinto nada, e quando vê já está bem alta assim[...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“Eu não sentia nada. Às vezes tava com 17-18 de pressão, e eu tava a mesma coisa de agora”[...] (Hipertenso - F7).

Seu diagnóstico muitas vezes é feito por acaso, quando o indivíduo comparece ou afere esporadicamente a pressão e se depara com níveis alterados:

“[...] à medida que foi medindo, quando eu peguei uma certa idade, a gente freqüenta mais o posto, aí então mede, vê que tá meio alta (Hipertensa - F9)”.

Após o início do tratamento os sintomas podem continuar obscuros, dando à pessoa a impressão de que ela utiliza medicamentos sem necessidade. Como as pessoas geralmente se consideram doentes apenas quando sentem algum sintoma físico e a hipertensão é uma condição que apresenta poucos sintomas, pode-se considerar que estes fatores interferem na adesão ao tratamento medicamentoso e nas mudanças de hábitos, podendo, inclusive, ocasionar outros agravos maiores.

Por outro lado, pessoas que já convivem com familiares que possuem uma complicação decorrente da hipertensão arterial possuem a concepção de que a condição, mesmo não possuindo sintomas, não é menos perigosa que outros problemas:

“Ela é uma doença perigosa [...] traiçoeira[...]porque ela acaba com a pessoa. Você não ta sentindo nada, mas a danada te derruba [...] (Esposa cuidadora -F1)”.

“Tem pressão que é traiçoeira, uma hora tá baixa, daí ela sobe [...] (Filha cuidadora - F9)”.

Nota-se que os familiares, diante da condição e da experiência de acompanhar de perto as complicações decorrentes da hipertensão arterial em seus membros e com elas conviver, passam a entender que esta necessita ser cuidada e que maior atenção deve ser dada às pessoas que tiveram AVE, a fim de evitar a recorrência deste mal.

Os códigos conceituais que compuseram esta categoria estão apresentados no quadro 2:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Tendo tontura, cefaléia, cansaço, palpitação e edema como sintomas do aumento da pressão.</p> <p>Sentindo dificuldade de micção como sintoma do aumento da pressão.</p> <p>Não apresentando sintomas do aumento da pressão arterial</p> <p>Percebendo os sintomas da pressão somente quando ela está muito alta.</p> <p>Concebendo a hipertensão como doença perigosa e traiçoeira devido à inexistência de sintomas.</p> <p>Reconhecendo os sintomas da hipertensão com o tempo e as manifestações da criança.</p>	<p>A hipertensão arterial como doença (as)sintomática</p>	<p>Diagnosticando a hipertensão arterial</p>

Quadro 2: Códigos conceituais que compuseram a subcategoria “A hipertensão como doença (as)sintomática”.

4.3.2.2 Subcategoria 2: A origem da hipertensão arterial

Entre os relatos das famílias, podem-se observar várias causas às quais estas atribuíam a origem da hipertensão arterial; ntretanto, a maioria destas causas eram tidas como originárias de fatores externos, que geraram uma situação de estresse físico ou emocional:

“Eu desconfio que é mais por causa do trabalho mesmo, cansaço, porque ele era motorista, então eu acho que é por causa do serviço dele [...] (Esposa cuidadora - F1)”.

“[...] Foram trinta e poucos anos de trabalho, e parado no caminhão, e calorias e a perna sempre encolhida ali, a alimentação, porque a gente comia na estrada, não sabia nem o que comia; o estresse, passava noites sem dormir [...]”(Hipertenso - F8).

Estas duas famílias apontaram o estresse proveniente da atividade empregatícia como a principal causa do início da hipertensão. Nos dois casos, os indivíduos eram motoristas de caminhão e atribuem a ocorrência desta condição crônica às longas jornadas de trabalho e situações que podem levar ao acometimento do organismo. A utilização de medicamentos para permanecer acordado também era freqüente, o que pode aumentar ainda mais o estresse ao qual o organismo é exposto:

“[...] Inclusive a gente tomava muito aqueles comprimidos, porque o horário tinha que ser cumprido, a nossa obrigação era aquela [...] Eu tomei demais aquilo [...] (Hipertenso - F8)”.

A origem da hipertensão também esteve relacionada à ocorrência de outras situações consideradas como estressoras, tais como a presença de desavenças no ambiente familiar:

“Daí essa irmã começou a dar problema, e é por isso que eu tô nessa situação, e por isso que deu o derrame nela, por causa do sistema nervoso (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“Eu acho que é o estressamento, atrito na família, porque eu fiquei 10 anos morando junto com o meu irmão e a gente brigava muito (Filho cuidador e hipertenso - F10)”.

A desarmonia entre os familiares foi citada como causa do nervosismo, pois tem como resultado a preocupação e o estresse, além de também influenciar na alteração dos níveis pressóricos:

“Do jeito que tá a família aqui, muitas vezes você acha que não dá uma briguinha em casa, mas faz uma coisa, outro faz outra e você vai atacando o sistema nervoso, e se você não explodir com aquilo [...] aí sobe demais[...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Outra família também referiu o nervosismo como um vilão para a hipertensão arterial. Relataram que preocupar-se com a alteração da pressão arterial é um fator negativo para o seu controle da condição:

“Porque você precisa esquecer um pouco, e começar a levar uma vida normal. Se você encucar com ela [a pressão] é pior, porque é daí que vai ter nervosismo [...] mas levar aquela vida normal e com alegria, isso ajuda muito [...] (Hipertensa - F11)”.

Outras concepções foram derivadas de situações pontuais às quais a família atribui a ocorrência de doenças e, conseqüentemente, a ocorrência da hipertensão:

“Eu sei que é isso, foi uma vez que ele trouxe uma viagem de São Paulo, a carga inteirinha de veneno [...]. Desde aquela vez ele ficou com o problema da pressão (Esposa cuidadora - F1)”.

A hipertensão decorrente da gestação também foi citada como causa do aparecimento da condição em uma família:

“Então desde o primeiro filho a pressão já subiu, começou a tomar remédio[...] (Esposo cuidador - F5)”.

A obesidade, o uso do cigarro, a falta de controle dos níveis de colesterol e a ansiedade também são fatores que concorrem para o aparecimento da hipertensão. Algumas pessoas, além de conceberem estes fatores como causadores da hipertensão, ainda referiram dificuldades em eliminá-los de sua vida diária e acabaram convivendo com o constante descontrole da pressão:

“[...]Eu acredito que parte venha da obesidade e acredito que o cigarro ajudou nisso aí[...] (Hipertenso - F8)”.

“[...] eu acho que ela tem tido essa pressão alta dela porque ela tem o sangue muito forte, e ela tem colesterol [...]. E eu tinha muita ansiedade [...]. Daí começou aquela correria e começou a alterar a pressão[...] (Hipertensa - F11)”.

“Quanto mais a gente é obeso, mais a pressão sobe (Hipertensa - F12)”.

Para alguns membros familiares que convivem com a obesidade, além das alterações orgânicas, que predisõem à ocorrência de problemas crônicos, o sofrimento emocional gerado pela situação também foi considerado como causador de estresse, o que pode acarretar alterações nos níveis pressóricos:

“Eu acho que foi depois que eu comecei a ficar mais ansiosa, sem trabalhar [...] Aí eu ia procurar serviço e não encontrava serviço, aí botei na cabeça que o povo não dava serviço pra mim porque não gostava de gorda [...] e eu acho que tudo isso sobe a pressão da gente também [...] (Hipertensa - F12)”.

Além dos fatores ambientais, a predisposição genética para a ocorrência de doenças esteve entre as concepções sobre a origem da hipertensão referidas pelas famílias. Neste caso, esta concepção foi caracterizada pela família como algo que é transmitido entre os membros de diferentes gerações:

“[...] O médico falou que quando tem sempre na família, costuma, se a mãe tem, a filha tem e aí passa pra outra filha [...] (Hipertensa - F12)”.

Para outra família, independentemente dos fatores de risco, a hipertensão é difícil de ser evitada e a pessoa pouco ou nada pode fazer para que ela não ocorra:

“Olha, é meio difícil evitar a pressão alta [...] (Esposo cuidador e hipertenso -F3)”.

Esta família também demonstrou desconhecer os fatores que elevam a pressão e acreditava que os medicamentos poderiam reduzir a gravidade do AVE, mas não evitá-lo.

A hipertensão também foi concebida por alguns familiares como proveniente de fatores inerentes ao ser humano, como o envelhecimento e a fase da menopausa em mulheres:

“A pressão, quando chega uma certa idade, já começa essa doença (Hipertensa - F9)”.

“Eu percebi que eu tive problema da pressão depois que eu passei da menopausa (Filha cuidadora - F9)”.

É conhecido que as condições crônicas realmente estão relacionadas com o aumento da idade; entretanto, elas podem ocorrer mais tardiamente se forem realizados alguns cuidados durante a vida das pessoas. Estes cuidados são abordados como formas de prevenção de doenças, sendo a prevenção umas das metas dos serviços públicos de saúde. Já para as famílias que convivem com a criança hipertensa, a origem era mais clara e definida, pois geralmente a condição é secundária a outros problemas crônicos, tais como os renais e os cardíacos.

“Primeiro deu a diarreia, da diarreia deu a infecção intestinal e a infecção passou pros rins dele [...]. Aí foi onde ele ficou mais um tempo internado no hospital, foi que realmente a pressão foi alta[...] (Mãe cuidadora -F13)”.

O quadro 3 mostra a codificação dos dados que deram origem a esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Concebendo AVE como doença .</p> <p>Concebendo hipertensão como uma doença inevitável e uma anormalidade.</p> <p>Tendo concepções da hipertensão como eventos pontuais: trouxe uma carga de veneno que lhe fez mal.</p> <p>Concebendo a origem da hipertensão como fruto do estresse, da obesidade, da idade avançada e menopausa, da ansiedade, do cigarro, das condições de trabalho e atritos na família.</p> <p>Desconhecendo a origem do AVE.</p> <p>Conhecendo a hereditariedade da doença.</p> <p>Sentindo-se inferior com a obesidade.</p>	<p>A origem da hipertensão arterial</p>	<p>Diagnosticando a hipertensão arterial</p>

Quadro 3: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “A origem da hipertensão arterial”.

4.3.2.3 Subcategoria 3: Visualizando a hipertensão como fator de risco para outras doenças

Algumas famílias também concebiam a hipertensão como um fator de risco para outras doenças. A mais conhecida pelas famílias é o acidente vascular encefálico (AVE). Os cuidadores entrevistados, que muitas vezes também possuem hipertensão, não se consideravam doentes, mas sentiam bastante receio de se elevassem seus níveis pressóricos, pois relacionam a ocorrência do AVE à manutenção da pressão alterada:

“Esse negócio de pressão alta: a pressão subiu, a gente fica com medo [...] Para dar o derrame, é só atacar a pressão (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Já entre as famílias que não conviviam com uma pessoa com dependência decorrente da hipertensão não encontramos referência a este medo:

“Nessas coisas eu não penso não (Hipertenso - F7)”.

Muitas vezes, nos casos em que a hipertensão não causa preocupações, pode haver a negligência dos cuidados com a condição, o que pode também levar à ocorrência de vários internamentos, como foi o caso do membro que possui hipertensão na família 7.

Os códigos desta subcategoria estão presentes no quadro a seguir:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Concebendo hipertensão como causadora do AVE. Tendo medo da hipertensão após o AVE. A hipertensão sendo preocupante após o AVE pelo risco de ocorrência de um novo episódio.	Visualizando a hipertensão como fator de risco para outras doenças	Diagnosticando a hipertensão arterial

Quadro 4: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Visualizando a hipertensão como fator de risco para outras doenças”.

4.3.3 Categoria 3: Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial

Muitas das famílias entrevistadas referiram que a hipertensão não é uma doença, pois não apresenta sintomas físicos e pode ser controlada, sendo possível conviver com ela sem alterações bruscas na rotina diária. Mais uma vez revelou-se que ser doente é concebido pelas famílias como ter sintomas físicos que impossibilitem a realização de suas atividades:

“Não [sou doente]. Isso não atrapalha nada [...] (Esposo cuidador e hipertenso -F5)”.

“[...] Não, hoje eu não considero [a criança doente]. Ele faz tudo o que tem que fazer [...]. Eu também tenho pressão alta e não me considero, porque se a gente sente que tá ruim, a gente tem um comprimidinho, põe debaixo da língua[...] (Avó cuidadora e Hipertensa - F13).

“[...] eu acho que isso não é nada (Hipertenso - F7)”.

“Não, eu não, só esse probleminha da pressão [...] (Esposo cuidador e hipertenso-F3)”.

“Eu não, de jeito nenhum [...] (Esposa cuidadora e hipertensa -F1)”.

“Disso aí eu não me considero doente não (Hipertensa - F9)”.

Outros acham que a hipertensão arterial não é uma doença porque o indivíduo pode mantê-la controlada, tanto por medicamentos quanto pela adequação de hábitos alimentares:

“Não me sinto doente não [...] a partir do momento que eu tenho isso aí, mas eu tenho controle dela, eu não tenho como doença não (Hipertenso - F8)”.

“Não sou doente, porque depois da gente acostumar a ter uma alimentação controlada, bem cuidada, aí a partir desse tempo eu tenho me sentido bem (Hipertenso - F11)”.

“Eu não me considero doente [...]. Porque eu acho que a pessoa não é doente. Ela tem um problema, mas ela tomando o remédio, ela controla, ela é normal [...] (Hipertensa - F12)”.

Mesmo não sendo considerada como doença, a hipertensão foi destacada como um problema difícil de ser cuidado, devido às oscilações a que está sujeita. Quando o problema é com a criança as dificuldades foram consideradas ainda maiores, principalmente quando esta ainda não expressa verbalmente suas dores e mal-estares. Uma mãe que realiza cuidados ao filho com hipertensão referiu:

“Eu considero a hipertensão não uma doença, mas uma coisa que é complicado lidar com ela. De repente tá bem, de repente já não tá [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

A criança, neste caso, também não é considerada normal em relação à sua saúde, por causa do problema apresentado:

“Eu não considero uma criança doente. Eu acho que ele só precisa de um cuidado especial. Doente não, eu acho que ele tem uma anormalidade, não é também normal quanto as outras crianças, mas doença não [...]. Eu achava que depois que ele fizesse a cirurgia ele ia ficar normal [...] (Mãe cuidadora – F14)”.

Pessoas que não são hipertensas e se deparam com outras que possuem a condição crônica podem considerar estas últimas como portadoras de uma patologia grave, que lhes dificulta ou impossibilita a realização das atividades diárias e empregatícias:

“[...] Até eu fiquei revoltada quando eu tava trabalhando [...], minha patroa descobriu que eu tava com pressão alta, me deu as contas [...] (Hipertensa - F12)”.

Em outros casos, provavelmente quando os níveis pressóricos estão alterados, a pessoa até se considera doente, mas essa fase doentia foi visualizada como temporária e tem suas características próprias, como, provavelmente, a existência de sintomas e a necessidade de internamento:

“Ah, eu considero que eu não tenho mais nada [...] (Hipertenso - F7)”.

A semelhança dos relatos dos entrevistados sobre ser saudável pode refletir uma consciência geral das pessoas de que ter saúde é estar bem fisicamente, não possuir sintomas físicos perceptíveis que as façam considerar-se portadoras de uma patologia. Em uma família, observou-se que o entrevistado referiu não se considerav doente possuindo somente a hipertensão. Atualmente, esta pessoa está em fase de recuperação de um AVE, e, devido à dependência, passou a se referir como doente:

“Eu não, eu achava que não era [doente]. [Após o AVE] Eu tô doente mas, perto dos outros eu tô são (Hipertenso e portador de AVE - F1)”.

Alguns relatos encontrados podem justificar esta posição dos entrevistados de não se considerar doentes:

“Você não pode pôr na cabeça que é doente, porque se você pôr que é, você fica mesmo [...] (Esposa cuidadora e Hipertensa - F1)”.

“A pessoa se pôr na cabeça que ela é doente, mesmo que ela tenha saúde, ela se torna uma pessoa doente [...] (Hipertenso - F8)”.

Isto pode revelar que as famílias tentam se sobrepor à condição crônica e não se entregar a ela, para que não haja o sofrimento emocional, que dificulta ainda mais o controle dessa condição.

Por outro lado, um familiar que convive com a hipertensão arterial e diabete referiu que o número de medicamentos que precisava tomar para o tratamento o faz considerar-se doente:

“Eu me considero [doente] pelo índice de remédios que eu tomo (Filho cuidador e Hipertenso - F10)”.

Este familiar utiliza quatro tipos de medicamento, tanto anti-hipertensivos quanto hipoglucemiantes, o que considera como “muitos medicamentos”. Entretanto, quando ele referiu esta concepção, foi repreendido pela esposa, que também participou da entrevista. Ela disse que, quando a pessoa fala que é doente, ela prejudica ainda mais o estado da doença. Por isso acha que a pessoa nunca deve falar que não tem saúde.

O quadro 5 mostra a codificação desta categoria:

Códigos conceituais	Categoria
Desconsiderando hipertensão como doença Considerando a hipertensão como uma anormalidade Sentindo-se saudável com a hipertensão Considerando-se doente devido à quantidade de medicamentos utilizados Sentindo-se discriminada no trabalho por possuir hipertensão Tendo cuidados diferenciados com a criança hipertensa.	Sentindo-se saudável com a Hipertensão Arterial

Quadro 5: Códigos conceituais que formaram a categoria “Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial”.

4.4 TEMA 2: REALIZANDO CUIDADOS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Este tema revela os cuidados que são tomados para o controle da hipertensão arterial e as dificuldades enfrentadas pelas famílias para a realização destes cuidados. Foi formado a partir da junção de três categorias: cuidando da pressão arterial; interferindo no controle da pressão arterial; enfrentando dificuldades para o controle da pressão arterial (Figura 2).



Figura 2: Representação gráfica do tema 2: Realizando cuidados para o controle da Hipertensão.

4.4.1 Categoria 1: Controlando a pressão arterial

Esta categoria reuniu os cuidados tomados para controlar a hipertensão se decompõe em duas subcategorias: “Realizando o tratamento medicamentoso” e “Realizando o tratamento não-medicamentoso”.

4.4.1.1 Subcategoria 1: Realizando o tratamento medicamentoso

Muitas pessoas com hipertensão arterial referiram utilizar o medicamento de forma correta, conforme as orientações profissionais:

“Depois que eu comecei a controlar com a medicação, acabou a dor de cabeça [...] Daí eu comecei a cuidar tomando direitinho [...] (Hipertenso - F8)”.

“[...] a pressão é o seguinte: você pode esquecer de comer, mas de tomar o remédio não pode. Se quiser que a pressão fique normal, tem que tomar o remédio certinho [...] (Esposo cuidador e Hipertenso - F5)”.

Algumas famílias referiram que o cuidado era correto, mesmo antes da ocorrência de complicações decorrentes do descontrole da hipertensão:

“Ele se cuidava, tomava certinho a medicação [...] até hoje ele toma [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“Eu tomava o remédio direto [...] (Hipertenso - F7)”.

Destes relatos, foi observado que somente um mencionou primeiramente a necessidade de controle emocional e a realização de uma dieta controlada:

“[...] aí depois que acabou este problema da ansiedade, a gente se tranqüilizou mais aqui, então eu vou sempre no postinho, e a pressão tá normal, só vou cuidando com a alimentação e os remédios e vou levando uma vida normal (Hipertensa - F11)”.

Nos demais, notou-se uma ênfase na utilização do medicamento para o controle da pressão arterial, o que pode revelar uma crença prevalente de que o simples uso da medicação garante o controle da pressão. Isto pode ser observado no relato acima, em que a família 5 enfatizou que é mais importante utilizar a medicação do que se alimentar.

Outra família coloca a orientação médica como fator estimulante para a utilização do medicamento de forma correta:

“E o médico falou: o remédio tem que tomar todo dia. E daí eu tava tomando um comprimido (Esposo cuidador e Hipertenso - F3)”.

Em famílias que convivem com a hipertensão e o AVE também há uma conscientização e preocupação sobre o uso contínuo do medicamento:

“Porque é aí que tá o problema. Se parar [o medicamento] e falar: “Ah, eu tô bom, eu vou parar!”, e daí quando vem, vem de uma vez e derruba a gente, daí é pior (Esposo cuidador e Hipertenso - F3)”.

“Eu acho que a gente tem que se cuidar, tomar os remédios certinho (Esposa cuidadora e Hipertensa - F1)”.

“Então, tendo o medicamento, é mais fácil de evitar essas coisas, derrame, infarto, todas essas coisas. Aí vai depender do cuidado da gente (Esposo cuidador e Hipertenso - F5)”.

“Daí passou esse medo em mim lá, daí acabou, comecei a tomar o remédio, daí não parou mais. Comecei a fazer consulta com o doutor que assumiu e tomo direto [o medicamento][...](Esposo cuidador e Hipertenso - F3)”.

A cuidadora da criança com hipertensão também se preocupava com que esta usasse corretamente a medicação, ficando atenta aos horários de uso do medicamento e à realização do tratamento.

“Era três vezes no dia. Era às oito da manhã, três da tarde e 11 da noite. Então chegava aquele horário, já tava gravado na minha cabeça. Eu levava o remédio dele na escola [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

Todos os relatos fazem referência ao tratamento com medicamentos, podendo demonstrar, por um lado, a preocupação com a utilização correta e assídua do medicamento, e por outro, a ênfase em medicamentos, como se estes, por si sós, pudessem controlar eficazmente a pressão.

O quadro 6 mostra os códigos que revelaram esta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Cuidando com o tratamento medicamentoso correto.</p> <p>Utilizando corretamente a medicação após a orientação médica. Cuidando da medicação para a não-ocorrência de complicações.</p> <p>Tendo dificuldade para encontrar a medicação correta.</p> <p>Recebendo orientação médica para o uso do medicamento.</p> <p>Controlando a hipertensão com a utilização correta do medicamento.</p> <p>Cuidando para não esquecer a medicação da criança hipertensa.</p>	<p>Realizando o tratamento medicamentoso</p>	<p>Controlando a pressão arterial</p>

Quadro 6: Códigos conceituais que revelaram a subcategoria “Realizando o tratamento medicamentoso”.

4.4.1.2 Subcategoria 2: Realizando o tratamento não-medicamentoso

O cuidado com os fatores que auxiliam no aparecimento da hipertensão arterial, na maioria dos casos, é mais acentuado após o aparecimento da condição crônica. Muitas famílias referem que precisaram mudar alguns hábitos e costumes para ajudar a manter a pressão em níveis adequados:

“Daí eu comecei a cuidar [...] diminuindo o sal [...] (Hipertenso - F8)”.

“O óleo é bem pouquinho, porque a doutora falou que não pode comer mais que uma lata de óleo por mês. Uma lata tem que fazer dar pra um mês. Eu tô fazendo (Esposo cuidador e Hipertenso - F5)”.

“Cuido da alimentação, o que eu vejo que tá salgado, eu deixo de comer [...] (Hipertensa - F11)”.

“[...] já como há muito tempo sem sal, não como comida forte de sal. Jamais eu coloco bebida de álcool na minha boca [...] (Hipertensa - F12)”.

Entretanto, algumas famílias relataram alguns costumes alimentares anteriores que podem ter concorrido para o aparecimento da hipertensão, suas complicações e a dificuldade em mudar esses costumes, como, por exemplo, o longo tempo de realização de uma prática alimentar de sabor agradável, utilizando elementos como a gordura animal:

“Não fica gostosa a comida, a gente do sítio só comia gordura (Esposo cuidador e Hipertenso - F5)”.

Outra família referiu que tem controlado as condições crônicas com o uso de medicamento e a adequação da dieta, mas não deixa de relatar a dificuldade para seu controle:

“Eu tô conseguindo controlar só com comprimido e dieta, mas é difícil de controlar (Esposa cuidadora e Hipertensa - F1)”.

A maior dificuldade observada entre as famílias é a adesão a alimentos mais saudáveis, pois se convive em ambientes em que muitos alimentos inadequados são comumente oferecidos. A falta de adesão de toda a família a mudanças nos hábitos alimentares também pode prejudicar o controle, especialmente nos casos em que os alimentos são diferentes entre os membros da família: como nem todos os alimentos podem ser separados, o hipertenso é levado a ingerir, sem nenhuma restrição, alguns alimentos que não lhe fazem bem. No relato citado acima (F1) o familiar explicitou a dificuldade em controlar a hipertensão e o diabetes. Refere também que, muitas vezes, ao preparar alguns tipos de alimento para a família, precisa resistir a ingeri-los, para evitar o descontrole da condição crônica:

“Às vezes eu faço pudim, porque ele [o marido] gosta, mas muitos doces eu parei de fazer, porque se você faz, você vai querer comer um pedaço. E a turma fala que é a boca, mas não é a boca, é o olho, porque se você ver, você quer comer (Esposa cuidadora de familiar com AVE e hipertensa - F1)”.

A participação de toda a família no regime alimentar é importante para estimular a adesão do familiar com hipertensão às novas práticas alimentares. A utilização de uma alimentação saudável para toda a família favorece a prevenção de condições crônicas em pessoas que não as possuem e o controle da pressão arterial daqueles que as possuem com o agravo:

“A do meu irmão e a nossa eu já faço com menos sal, para todos [...] (Filha cuidadora - F2)”.

“Hoje ele come [comida com sal], mas tem que ser menos sal. Aqui em casa ninguém come sal [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

A realização de atividades físicas também esteve presente entre os relatos dos entrevistados, sendo concebida como meio para o controle do peso e como prática saudável:

“Ele fazia caminhada. Eu tinha que ir com ele porque ele perdia o equilíbrio (Esposa cuidadora de familiar com AVE -F4)”.

“Eu tinha começado todas as minhas caminhadas [...].Era uma hora e vinte, uma hora e meia, eu tava fazendo uns 10 quilômetros (Hipertenso - F7)”.

“Eu caminhava bastante [...](Hipertensa - F9)”.

“Eu tenho andado, eu caminho bastante. Esses últimos tempos eu parei por causa desse negócio da hemorragia (Hipertensa - F11)”.

“Fazia caminhada, fazia bicicleta, e depois eu fui ficando mais gordinha, fui pegando essa fibromialgia, que ataca as juntas; nem a bicicleta eu agüentava fazer mais; caminhar então é pior [...] (Hipertensa - F12)”.

Não obstante, a prática de atividades físicas ainda é pouco freqüente entre as famílias entrevistadas, pois somente cinco famílias das entrevistadas referiram realizá-las, sendo tais atividades, na maioria dos casos, as caminhadas. Esta é uma atividade sem custos, podendo ser praticada sem grandes riscos à saúde de pessoas que sofrem de algum agravo, após liberação médica. Observa-se, também, que todas as citações estão no passado, pois devido às condições de saúde em que seus familiares se encontravam, a prática deste exercício teve

que ser evitada por um período. Nota-se que alguns cuidadores acompanhavam seus familiares na realização destas caminhadas, mas também deixaram de realizá-las quando estes não podiam praticar mais o exercício:

“A atividade física eu larguei, desde que ele ficou doente eu nunca mais fiz (Esposa cuidadora e Hipertensa - F1)”.

“O dia que eu posso fazer uma caminhada, eu faço, mas a maioria eu não posso, não tem condição (Esposo cuidador e Hipertenso - F3)”.

Outro cuidado bastante referido pelos entrevistados é a aferição constante da pressão arterial, com vistas a monitorar os níveis pressóricos e os resultados dos cuidados realizados:

“Ia no postinho [...] ela ia e verificava, só que tava mais ou menos, não tava nem alta, nem baixa (Esposo cuidador e Hipertenso - F3)”.

“Media na segunda, na quarta e na sexta [...]. Lá você não entra sem medir a pressão...(Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

“Eu tava medindo a pressão todo dia em casa. Eu tenho aparelho [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“[...] media a pressão todo dia (Hipertenso - F7)”.

A realização de exames de rotina também teve destaque entre os relatos das famílias. Foi considerada como uma forma de cuidado realizada constantemente para verificar a saúde física:

“[...] e até hoje, todo ano ele faz o checkepe [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“[...] então tem que tá sempre procurando, se cuidando, passar sempre por um checkepe pra ver se tem alguma coisa ou não [...] (Hipertenso - F8)”.

“Fazia exames, não tinha nada, fiz do coração, tirei o eletro e tudo deu normal [...] (Hipertensa - F12)”.

Dois entrevistados também referiram a participação em grupos de hipertensos organizados pelas unidades de saúde. Eles consideraram estes grupos como um auxílio para o controle da pressão, pois além de receberem orientações de profissionais, também recebem a receita junto com a medicação, que é distribuída nestes grupos:

“[...] eu comecei a participar ali, nessa reunião. Então eles explicava: a pressão é devido a isso, comida muito salgada - e veio explicando pra gente (Hipertenso - F7)”.

“Eu comecei a ir na reunião [...]. Era bom porque media a pressão, pesava, e, no meu caso que é difícil tá saindo, a gente se esforçava e ia. A gente precisava pegar a receita, o captopril (Hipertensa - F9)”.

Este último relato revela que a organização de grupos de hipertensão facilitou o acesso ao atendimento, muitas vezes dificultado pela distância a que as pessoas residem das unidades de saúde, pela dificuldade de agendamento de consultas devido à demanda da pessoas por atendimento na unidade e/ou pelas condições de saúde em que os usuários se encontram, como é o caso da família 9, em que uma das pessoas com hipertensão possuía doença pulmonar associada, o que não lhe permitia percorrer grandes distâncias.

O Quadro 7 revela os códigos conceituais que compuseram esta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Mudando as práticas alimentares após a hipertensão. Realizando atividades físicas constantes. Realizando consultas médicas. Cumprindo as orientações médicas sobre a dieta. Realizando exames constantes para controlar a saúde. Realizando dietas para o controle da hipertensão. Participando de reuniões de grupo de hipertensos. Conscientizando-se de que a atividade física é necessária. Controlando o sal da dieta de todos os membros familiares.	Realizando o tratamento não-medicamentoso	Controlando a pressão arterial

Quadro 7: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Realizando o tratamento medicamentoso”.

4.4.2 Categoria 2: Interferindo no controle da pressão arterial

Esta categoria reuniu um grupo de códigos que expressam as atitudes e crenças da pessoa com hipertensão arterial. Estes códigos possibilitaram a formação de duas subcategorias: “Atitudes que interferem no controle da pressão arterial”; e “Crenças que podem interferir no controle da pressão arterial”.

4.4.2.1 Subcategoria 1: Atitudes que interferem no controle da pressão arterial

A hipertensão arterial, por ser uma condição, na maioria das vezes, assintomática e silenciosa, pode levar muitas pessoas a subestimar os cuidados que devem ser realizados. Nesta subcategoria é possível observar a existência de alguns fatores que interferem positiva e/ou negativamente no controle da pressão.

Como fatores negativos foi possível encontrar os seguintes: dificuldades em mudar hábitos; tempo restrito para realizar cuidados, devido às atividades empregatícias; e descrença de que alguns fatores possam interferir de fato na hipertensão.

As pessoas com diagnóstico de hipertensão muitas vezes utilizavam os medicamentos corretamente, mas não adotavam outros cuidados necessários para controlar a condição crônica, mantendo as mesmas atitudes e hábitos inadequados:

“Ele não se cuidava não, não se alimentava nas horas certas, extrapolava muito, nas comidas, tipo assim, às vezes estava lá pelo centro e resolvia comer aquelas coisas de rodoviária: coxinha, pastel, mas não se cuidava não (Filha cuidadora - F2)”.

“Sempre assim, ela não controlava direito, tomava os medicamentos e assim mesmo ficava ruim, ia pro hospital abaixar a pressão [...] (Esposo cuidador - F5)”.

“[...] antes do derrame ela gostava de comer muita gordurinha, assim, aquelas carnes gordurosas (Filha cuidadora - F6)”.

Uma família que também convive com o AVE refere que o familiar, além de manter práticas inadequadas, não encontrava tempo para realizar os cuidados, fazer exercícios. Despendia muito tempo com o trabalho e o cuidado de si era negligenciado:

“Não, ele viajava direto e achava que não tinha tempo e antes do derrame, fazia 10 dias que ele tinha tido uma hemorragia gástrica [...] mas ele achava que nunca tinha tempo de se cuidar (Esposa cuidadora - F4)”.

Todas as famílias acima convivem com o AVE e referem que, antes da ocorrência desta complicação, os familiares não realizavam os cuidados necessários para controlar a hipertensão. Nota-se esta dificuldade também para alguns familiares que não convivem com dependências decorrentes da hipertensão, vindo ela associada à descrença de que determinados fatores possam interferir realmente na hipertensão:

“Que nem o meu irmão, ele tem os medicamentos, ele tem que tomar todo dia, mas não toma não (Filha cuidadora - F2)”.

“[...] mas agora, a gordura não tem jeito de economizar muito. Eu e meu filho, nós gasta, não dá para uma semana uma latinha de óleo [...].Mas eu acho que não faz tanto mal não [...] (Hipertenso - F7)”.

Em outros momentos existe o conhecimento de que algumas práticas poderiam melhorar a pressão, porém estas ainda não são adotadas em vista de alguns fatores percebidos como dificultadores, ou simplesmente porque já conseguem manter a pressão dentro dos padrões de normalidade:

“Eu precisava fazer [...] eu vou fazer uma caminhada sim, que não force muito a perna ainda, mas eu vou começar a fazer, porque é necessário (Hipertenso - F8)”.

“Eu levo minha pressão normal [...] Eu faço só o serviço de casa [...] (Filha cuidadora e Hipertensa - F9)”.

Os fatores que interferem positivamente no controle da hipertensão se referem a algumas técnicas adotadas pelas pessoas para evitar que a pressão atinja níveis indesejáveis. O

nervosismo, por exemplo, tem relação direta com o aumento da pressão. Algumas pessoas, quando se encontram em situações de contrariedade que as possam levar a tensão maior, realizam algumas atitudes, tais como dormir e isolar-se, visando conseguir o autocontrole:

“Quando eu tô nervosa demais eu procuro me isolar um pouco. Eu me isolo, tomo um chá, às vezes eu fecho a casa e deito, tiro um soninho e acordo mais calma [...] (Hipertensa - F12)”.

“[...] eu quando vejo que já vou ficando nervoso, eu já mudo de som para o outro lado e eu já não penso naquilo ali, no problema (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

A codificação desta subcategoria é demonstrada pelo quadro 8:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Negligenciando os cuidados com a hipertensão - alimentação, exercícios físicos, uso de bebidas alcoólicas - antes da ocorrência da complicação (AVE). Evitando situações de estresse que elevam a pressão. Controlando a ansiedade para evitar o aumento da pressão arterial.	Atitudes que interferem no controle da pressão arterial	Interferindo no controle da pressão arterial

Quadro 8: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Atitudes que interferem no controle da pressão arterial”.

4.4.2.2 Subcategoria 2: Crenças que podem interferir no controle da Pressão Arterial

Algumas crenças reveladas pelas pessoas e famílias que convivem com a hipertensão podem respaldar as atitudes que muitas vezes são tomadas mas nem sempre são demonstradas em suas falas. Estas podem ser relacionadas com a alimentação e com o uso dos medicamentos. Por exemplo, duas famílias, quando se referiram às mudanças de hábitos

alimentares, afirmaram realizar corretamente as orientações sobre a alimentação, porém em alguns momentos elas relataram os seguintes pensamentos sobre esta prática:

“Não fica gostosa a comida, a gente do sítio só comia gordura[...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

“Eu e o filho aqui, uma lata de óleo não dá nem pra uma semana. Mas eu acho que não faz tanto mal não[...] (Hipertenso - F7)”.

Essas falas podem expressar dificuldades em mudar os hábitos, pois acreditam que alguns costumes anteriores não interferem nos níveis pressóricos.

Com relação ao uso dos medicamentos, algumas famílias acreditavam que o uso da medicação as ajudava a voltar da condição de dependência à de independência, após o AVE, ou a prevenir um estado de maior dependência física:

“Ela mesmo [a mãe com AVE] se medicava. Tirou um [comprimido] e ficou só com o outro. Então só por isso que ela não andou (Filha cuidadora - F6)”.

“[...] tem que tomar esse remédio, porque se der a pressão ou se der o derrame de novo, dá fraco, não dá muito forte. Então, tomando o remédio, ele dá mais fraco (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“Se você fica sem tomar o remédio, daí o que acontece: fica doente, dá o derrame, essas coisas (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Estas concepções podem influenciar de maneira positiva o tratamento, pois ao saber que a utilização do medicamento pode reduzir a possibilidade de um AVE, como referido no relato das famílias 3 e 5, os cuidadores que também possuem hipertensão irão utilizar corretamente a medicação, para não virem a sofrer com este problema futuramente.

Outra família também considerava que a despreocupação com o diagnóstico da hipertensão e a manutenção de uma vida feliz podem fazer com que a pressão se mantenha controlada:

“Eu lembro que ela [a mãe] tinha 40 anos e a pressão dela foi alta, e ela não se preocupou com aquilo, ela superou e agora com quase 80 anos que ela tá tomando remédio [...] (Hipertensa - F11)”.

Por um lado, essa despreocupação do membro familiar, relatada pela família 11, revela que a hipertensão, em alguns casos, não prejudica a qualidade de vida da pessoa. Dependendo de como a pessoa enfrenta a condição, sua vida pode permanecer próxima à normalidade, sem padecer sofrimentos tão intensos. Por outro lado, revela uma negação ou um descrédito na hipertensão como uma condição séria, que necessita de tratamento específico.

Em outro momento, este mesmo familiar refere que a alegria e a felicidade de viver em família e a prática de atividade física são receitas para controlar a pressão, baseando-se na vivência de sua mãe:

“Mas como ela [a mãe] nunca se preocupou com isso, e sempre fez exercícios, e cuida dos netos, isso ajuda muito. Ela ter vivido com os netinhos, aquilo alegrou o coração dela. Alegrou muito e fez ela esquecer (Hipertensa - F11)”.

A crença na utilização de chás para reduzir os níveis pressóricos também se fez presente entre os relatos. Uma família utilizava o chuchu para baixar a pressão, tanto em forma de chá como cozido e frito. Apesar da realização correta do tratamento medicamentoso, referiam que o familiar mantinha a pressão dentro dos padrões aceitáveis.

“Eu trazia meio saco de chuchu. Comia chuchu todo dia, e eu com a pressão alta (Hipertenso - F7)”.

Outros chás também são utilizados para controlar a pressão. Além desta função, são utilizados também para outros fins, como diminuir o estresse:

“Eu costumo tomar chá de alecrim quando eu vejo que não estou muito bem. Eu faço um chá de alecrim com camomila e acho que me ajuda a ficar mais calma [...] (Hipertensa - F12)”.

A tentativa da utilização deste método para controlar a pressão também foi relatada por outras famílias (F3, F9 e F13). O relato da família 13, que convive com uma criança com

hipertensão arterial, foi o que causou maior preocupação, pois nesta família a cuidadora já havia feito a substituição da medicação anti-hipertensiva pelo chá:

“[...] porque ele urina normal, não precisa tá tomando muito remédio pra pressão. Em vez de dar de 8 em 8 horas, eu dava de 12 em 12, que nem continua até agora. Mas se eu vejo o que ele tá sentindo, quando ele queixa, eu corro ali na chácara, ali tem um pezinho [não se lembrou o nome da erva], aí eu dou o chá pra ele [...] (Avó cuidadora - F13)”.

Entretanto, torna-se importante discorrer que estas práticas não interferem no tratamento desde que sejam associadas aos tratamentos convencionais, não devendo haver a substituição de uma forma de tratamento pela outra, sem o conhecimento de sua real eficácia.

O quadro 9 mostra os códigos conceituais que deram origem a esta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Crendo que a medicação anti-hipertensiva evita dar o AVE mais grave. Crendo que os medicamentos fazem regredir as seqüelas do AVE. Acreditando que o uso do sal e óleo não faz tanto mal. Crendo que o chuchu controla a pressão. Acreditando que o medicamento diminui a possibilidade do AVE. Utilizando chás para auxiliar no controle da pressão. Tendo alegria de viver em família e despreocupação com a doença, concebidas como método para controlar a pressão. Trocando o medicamento pelo chá.	Crenças que podem interferir no controle da pressão arterial	Interferindo no controle da pressão arterial

Quadro 9: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Crenças que podem interferir no controle da pressão arterial”.

4.4.3 Categoria 3: Enfrentando dificuldades para controlar a pressão arterial

Nesta categoria foram agrupados alguns comportamentos e situações referidos pelos entrevistados que podem interferir no controle adequado da pressão arterial. Os códigos conceituais deram origem a duas subcategorias: Dificuldades relacionadas ao indivíduo; Situações que dificultam o controle da pressão arterial.

4.4.3.1 Subcategoria 1: Dificuldades relacionadas ao indivíduo

As dificuldades relacionadas com as condições dos indivíduos referem-se, principalmente, ao desconhecimento do tratamento medicamentoso e à não-utilização do medicamento, além do não-cumprimento de práticas saudáveis de alimentação.

Alguns comportamentos relatados pelas famílias, apresentados antes da ocorrência da dependência, demonstraram que estes levavam a um agravamento maior, em decorrência da hipertensão não tratada, pois quando os níveis da pressão não são adequados, maiores são as chances de complicação:

“Mas daí ela [a esposa] parou com o negócio do remédio [...] deram o remédio, tomou ali um mês, dois meses e depois parou [...]. Eu achava que o remédio podia tomar um dia, depois não tomar (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

O relato desta família referiu-se ao desconhecimento sobre as complicações que podem ocorrer quando não realizam adequadamente o tratamento para uma condição crônica. A inexistência de incapacidades físicas no primeiro AVE levou a família a tomar a decisão de abandonar o tratamento medicamentoso, mesmo sendo este tipo de tratamento muito valorizado pelas pessoas. O mesmo familiar também refere o seguinte pensamento, após a ocorrência do primeiro AVE:

“Daí ele [o médico] falou: Tem que ir tomando o remédio. Mas daí a gente nem ligou mais, a gente já parou e não teve problema. Ela andava, fazia

todas as coisas em casa, todo serviço. A primeira vez não ficou com seqüela nenhuma (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Também existia desconhecimento sobre o controle da dieta:

“Não sabia de nada. Depois que deu a segunda vez foi que daí eles falaram: olha, tem que tirar o sal (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Em outras situações, o conhecimento sobre os fatores que auxiliam no controle da pressão foram evidenciados, mas existia uma resistência da família ou do familiar em aderir a estas mudanças:

“Agora a doutora falou que uma lata de óleo tem que dar pra um mês. Ah! Meu Deus! Eu e o filho aqui, uma lata de óleo não dá nem pra uma semana[...] (Hipertenso - F7)”.

“Então, como é uma comida que tá muito sem sal, ele vai e põe um pouco de sal. Eu falo: Não come sal! Ele diz: “Não, vó, se Deus quiser, não vai fazer mal não”. Ele come um pouco de sal [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

Esta dificuldade também pode estar relacionada aos costumes da família. O familiar não assumiu estas informações como corretas, mas ainda pode mudar, se houver uma atenção mais próxima do profissional de saúde com o próprio familiar. Na família 7, o membro referiu a importância de usar corretamente a medicação anti-hipertensiva, mas não experienciava o controle de sua pressão arterial, o que resultou em diversos internamentos hospitalares:

“Tomo [o medicamento] todo dia. Mas não tá resolvendo nada. Aí ia lá no postinho e tava dezesseis, dezessete, dezoito[...] (Hipertenso - F7)”.

Durante a entrevista junto a esta família, foi verificado que os cuidados para evitar a elevação da pressão não eram realizados de forma adequada, embora, quando questionado especialmente sobre isto, o familiar referisse que os realizava corretamente. Neste momento, pôde-se perceber que as concepções sobre o tratamento apresentadas pela família podem estar debilitadas, necessitando de maiores investimentos dos profissionais de saúde para fornecer

subsídios que instrumentalizem a família para a adoção de práticas adequadas relacionadas ao controle da pressão arterial.

O incentivo e a intervenção da família para a realização do tratamento correto também se fazem necessários. Em alguns casos, os cuidadores ficavam atentos a horários de dar medicamentos a seus familiares, para que não ocorressem interrupções e complicações por tratamento incorreto:

“Hoje ele dá mais trabalho pra tomar o remédio do que quando ele era pequeno. Tem vez que cisma que na quer tomar e não toma mesmo [...]. Se eu não der, ele não lembra. Ele levanta de manhã [...] e eu tô com o remédio na mão. Aí é aquela briga. Tem dia que ele toma e tem dia que ele não toma [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

Os códigos que deram origem a esta subcategoria estão listados no quadro 10:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Utilizando incorretamente a medicação anti-hipertensiva. Descuidando da saúde. Desistindo do medicamento devido à inexistência de dependência após o AVE. Desconhecendo as orientações para controle da dieta. Tendo dificuldades para o controle da dieta antes do AVE. Tendo dificuldade para controle da alimentação (redução do sal e óleo). Enfrentando dificuldades para controle da PA só com os medicamentos. Enfrentando dificuldades, referentes à criança, para a adesão ao tratamento medicamentoso. Tendo crises de H.A. pela não utilização do medicamento. Resistindo a diminuir o sal na dieta.	Dificuldades relacionadas aos indivíduos	Enfrentando dificuldades para o controle da pressão arterial

Quadro 10: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Dificuldades relacionadas ao indivíduo”.

4.4.3.2 Subcategoria 2: Situações que dificultam o controle da pressão arterial

Algumas situações vivenciadas pelas pessoas com hipertensão podem também interferir negativamente no controle da condição. Geralmente, essas situações estão relacionadas a barreiras impostas pelas atividades empregatícias, às rotinas escolares, ao aumento das ocupações domiciliares após a ocorrência do AVE em membros da família - o que o cuidador refere como empecilho para a realização do cuidado próprio - e à existência de outras conseqüências que podem ser decorrentes ou agravadas pela hipertensão, como a presença de úlceras vasculares. Estes fatores são justificados pelas pessoas como dificultadores da realização de um tratamento adequado:

“[...] na estrada, quando você vai faz misturada. Ele comia só em restaurante, era difícil [...] (Hipertenso e portador de AVE - F1)”.

“A gente comia na estrada, não sabia nem o que comia, e o estresse, noites e noites sem dormir [...] (Hipertenso - F8)”.

A alimentação servida em escolas também foi relatada como dificultador por uma família, pois não há restrição nos condimentos inseridos na dieta nem separação de alimentos para aqueles alunos que devem restringir o uso do sal. Com isso, a família sempre era convocada pela escola após seu membro ingerir alguns alimentos durante o intervalo escolar:

“O dia que eles dava pra ele a sopa com sal, aí pensava que não, aí eles me chamava: olha, vai na escola que o seu neto tá ruim [...]. Ia no postinho e a pressão tava alta [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

Uma senhora que assumiu o cuidado do esposo após um AVE referiu que após a dependência parou de realizar as atividades físicas para se dedicar ao cuidado do familiar. Todavia, a cuidadora também refere certo comodismo próprio, pois atualmente o familiar se encontra em bom estado de recuperação e mais independente, sendo-lhe possível ficar com algum dos filhos em casa:

“Antes eu fazia caminhada, fazia natação, e parei desde que ele ficou doente, e parece que a gente se acomoda (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Outra situação observada foi a de um familiar com hipertensão arterial que possuía uma úlcera isquêmica no membro inferior. Justificava que a não-realização de atividades físicas se devia à possibilidade de agravamento desta úlcera:

“Mas como eu tava com a minha úlcera atacada era difícil, mas agora que está melhor, eu vou procurar fazer uma caminhadinha sim [...] (Hipertenso - F8)”

Nota-se também que esse homem tinha consciência da importância de fazer atividades físicas, que também eram estimuladas pelos profissionais de saúde que o assistiam; entretanto, pela situação em que se encontrava, ele acreditava-se impossibilitado de realizar tais atividades.

O Quadro a seguir revela os códigos conceituais desta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategorias	Categorias
Tendo que dirigir durante toda a noite para cumprir as obrigações do emprego. Deixando de realizar a caminhada devido à situação do esposo em casa. Tendo dificuldades para realizar atividades físicas por ter uma úlcera vascular. Tendo descontrole da pressão devido a insônia e ansiedade.	Situações que dificultam o controle da pressão arterial	Enfrentando dificuldades para o controle da pressão arterial

Quadro 11: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Situações que dificultam o controle da pressão arterial”

4.5 TEMA 3: VIVENCIANDO A SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Este tema descreve a convivência do familiar com a dependência, o enfrentamento da situação atual, a mudança de conceitos e o cuidado próprio após o acometimento pelo AVE. Destacam-se três categorias, presentes na figura 3.



Figura 3: Representação gráfica do Tema 3: Vivenciando a situação de dependência.

4.5.1 Categoria 1: Convivendo com as seqüelas do Acidente Vascular Encefálico

Alguns membros das famílias entrevistadas constantemente relembavam o período em que podiam realizar todas as atividades; mas durante a entrevista eles revelaram a esperança de retornar às atividades que outrora realizavam, tais como as atividades domésticas, empregatícias e de lazer. Nesta categoria foi possível reunir alguns dados que

demonstram a convivência dos familiares com a dependência. Os códigos conceituais permitiram o agrupamento em duas subcategorias: “Querendo retornar às atividades” e “Interferindo na convivência em família”.

4.5.1.1 Subcategoria 1: Querendo retomar às atividades

Esta subcategoria engloba as esperanças e expectativas dos familiares que experienciaram o acidente vascular encefálico (AVE). Geralmente, dentre as complicações que a hipertensão pode ocasionar, esta é a que causa maior dependência física. Foi possível observar que as famílias têm esperança de que seus membros melhorem das seqüelas e retomem as atividades que realizavam outrora, tendo uma vida considerada normal e independente.

Esta esperança foi relatada, por exemplo, por uma família em que a esposa, que convive com as seqüelas, já consegue realizar algumas atividades domésticas com a ajuda do esposo, que assumiu o papel de cuidador principal:

“A gente tem esperança de ir melhorando [...] A gente tem esperança dela ficar bem (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Também foi encontrada a expectativa de retorno ao trabalho, que geralmente é maior por parte do familiar sujeito à dependência:

“Ele achava que era o remédio que ia sarar, que o braço ia voltar [...]. Ele sempre quis fazer [a fisioterapia] porque ele achava que ia ficar bom para voltar a trabalhar (Esposa cuidadora - F4)”.

Durante a entrevista foi possível observar que o trabalho sempre foi muito valorizado por todos os membros da família 4. A cuidadora referia-se a seu esposo e aos filhos como “muito trabalhadores” e se orgulhava quando falava de seus filhos estarem todos formados e bem-empregados. Atualmente, muitas das despesas dos pais são custeadas pelos filhos, os quais também compraram a casa onde eles residem.

O entusiasmo e a emoção da família também estão presentes quando o familiar retorna a algumas atividades:

“E hoje [cinco anos após dois AVEs], olha, anda de bicicleta para a rua [choro] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

O próprio familiar referiu que ainda não desistiu e que seu próximo passo é voltar a falar normalmente. Segundo a esposa, os médicos acreditavam que o retorno normal da fala seria difícil, devido à região da lesão cerebral:

“Eu sempre falo, se eu tivesse morrido, aí eu não via nada. Aí voltou e eu continuei. Eu quero agora ver se eu falo (Hipertenso e portador de AVE - F1)”.

De acordo com o relato, é possível observar que o familiar vê a condição em que se encontra como uma nova possibilidade de viver. Neste caso, a motivação para o retorno às atividades é mais expressiva do que a verificada em outras famílias. O estímulo e auxílio da família e a união de todos também foram relatados como essenciais para o enfrentamento da situação.

No quadro 12 estão os códigos que deram origem a esta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Sentindo ânimo para realizar as atividades como andar, falar e dirigir. Crendo que os medicamentos irão reverter as seqüelas. Utilizando medicamentos para o controle da ansiedade para voltar às atividades normais. Tendo esperança para a reabilitação do familiar com dependência.	Querendo retornar às atividades	Convivendo com as seqüelas do AVE

Quadro 12: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Querendo retornar às atividades”.

4.5.1.2 Subcategoria 2: Interferindo na Convivência em Família

As seqüelas decorrentes do AVE podem variar de imperceptíveis a muito graves. Verificou-se que de sete famílias em estudo, cinco possuíam problemas na fala, e que esta condição foi percebida como freqüente pelas famílias:

“A maioria das pessoas que têm derrame tem problemas até para falar (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Este tipo de seqüela interfere no diálogo dentro da família. Os familiares entrevistados que convivem com esta situação desenvolveram formas de comunicação, mas esta comunicação é restrita a algumas pessoas da família e, na maioria das vezes, voltada ao suprimento de algumas necessidades básicas:

“Ela não conseguia expressar com a boca, mas fazia com os gestos [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“[...] só falar que não conseguia mais [...], a gente entendia, mas as outras de fora não (Filha cuidadora - F9)”.

Um familiar relatou com pesar as limitações físicas atuais da esposa e a dificuldade de se comunicar com ela:

“Eu gostaria que essa mão dela tivesse movimentando, que ela falasse, que voltasse a falar como ela falava antes, porque eu tô com saudade de conversar com ela, mas por enquanto não tem jeito [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Rotineiramente, a mulher é quem assume o cuidado da casa, dos filhos e do marido. Neste sentido, o cuidador da família 5 revelou o sofrimento da esposa por não conseguir mais realizar as atividades do domicílio:

“Ela sofreu muito, ela era muito trabalhadeira, gosta das coisas tudo no lugar. Até hoje ela chora muito porque ela não pode fazer (Esposo cuidador - F5)”.

Já nas manifestações da família 6, foi possível verificar referências à desistência do tratamento e à falta de ânimo para retornar às atividades, condições referidas pela cuidadora como perda do ânimo de viver:

“Ela fazia fisioterapia [...]. Só que ela não demonstrava interesse, não queria fazer o que mandavam [...]. Pouco caso. Lá eles viram que tem gente que precisa mais [...]. Depois ela foi ficando ruim, começou a perder o ânimo de viver, aí quando você perde o ânimo, você perde as forças [...] Os braços não se movimentavam também, a perna não teve força mesmo, porque ela não se ajudou (Filha cuidadora - F6)”.

O membro familiar, ao desistir da reabilitação e da vontade de viver, pode se encontrar em um processo de desânimo, tornando-se também difíceis as relações entre a família.

Mesmo entre as pessoas que resolvem enfrentar a situação, pode-se encontrar um período de desânimo e depressão. Na família 1, mesmo lutando contra a dependência e as alterações da pressão arterial, o familiar manifestou um período de desânimo:

“Ah! Ele chegou até tomar aqueles remédios. Deu aquela depressão (Esposa cuidadora - F1)”.

Por outro lado, o atual empenho e a vontade do familiar com dependência de retomar a fala tem alegrado sua família, que o apóia para que a reabilitação ocorra. Apesar de todas as dificuldades, ele não desistiu das sessões de fonoaudiologia, que já foram realizadas por três anos:

“Eu acho que tô andando quase perfeito, mas a fala é duro [...]. Eu quero agora ver se eu falo (Hipertenso e portador de AVE - F1)”.

De acordo com a experiência relatada pelas famílias, nota-se que esta nova forma de viver, marcada pela necessidade de adaptações, é negada inicialmente tanto pelo membro com dependência quanto pelos familiares; mas a partir do momento em que sofreram o AVE

se vêm em uma condição de dependência, as pessoas podem adotar uma de duas opções: enfrentar o problema e buscar tratamento e apoio para chegar o mais próximo possível da normalidade física, não obstante uma fase de desânimo, como é observado na família 1; ou se entregar à situação de doença, rejeitando todos os tipos de tratamento para o retorno a alguma atividade, como pode ser observado na família 6, em que o familiar sistematicamente não aderiu às formas de tratamento oferecidas até a ocorrência da morte.

O quadro 13 demonstra os códigos que originaram esta subcategoria.

Códigos Conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Apresentando incapacidades físicas.</p> <p>Sentindo dificuldades em comunicar-se com a família.</p> <p>Tendo dificuldades em aceitar as seqüelas do AVE.</p> <p>Sentindo-se impossibilitado de auxiliar a família.</p> <p>Sofrendo com a dependência após o AVE.</p> <p>Tendo dificuldades para desenvolver a fala.</p> <p>Sentindo desânimo após ocorrência do AVE.</p> <p>Sofrendo por não conseguir realizar as atividades domésticas.</p> <p>Perdendo a vontade de viver.</p> <p>Desinteressando-se de realizar a reabilitação física após o AVE. .</p>	<p>Interferindo na convivência em família</p>	<p>Convivendo com as seqüelas do AVE</p>

Quadro 13: Códigos que originaram a subcategoria “Interferindo na convivência em família”.

4.5.2 Categoria 2: Enfrentando o Processo de Reabilitação

Esta categoria objetiva descrever as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas famílias durante a reabilitação do familiar com dependência física e os sucessos e insucessos deste processo. Foi dividida em três subcategorias: “Aceitando o cuidado”; “Retomando algumas atividades da vida diária”; e “Desistindo do cuidado”.

4.5.2.1 Subcategoria 1: Aceitando o cuidado

Algumas famílias que convivem ou conviveram com o AVE revelaram ter precisado passar por uma fase de adaptação em sua rotina, pois o tratamento das seqüelas exige um longo período de sessões de fisioterapia e fonoaudiologia, o que muitas vezes requer que a pessoa seja deslocada até clínicas especializadas. Além disso, tais pessoas necessitam de cuidados médicos, de enfermagem e cuidados domiciliares que, em alguns casos, podem ser realizados pelos próprios familiares após treinamento e informações, como, por exemplo, cuidados com as lesões de pele e com a auto-estima do familiar. Quando existe a aceitação do cuidado por parte do familiar com AVE e dos membros de sua família o processo de reabilitação parece ocorrer mais rapidamente. Na família 1, por exemplo, além da dedicação e envolvimento de toda a família na recuperação, houve um empenho do próprio familiar em querer melhorar:

“[...] então tem que lutar. Teve o interesse dele também (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Seu empenho foi tamanho que os resultados, segundo a esposa, surpreendeu até os profissionais envolvidos em sua recuperação:

“[...] até as meninas lá [do local onde realizava fisioterapia] falavam assim: como é que pode se recuperar tão rápido assim do jeito que ele tinha chegado[...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

A vontade de retornar às atividades constitui motivação importante para algumas pessoas que foram acometidas por seqüelas de AVEs. A motivação é um fator positivo para a recuperação da pessoa, e quando se estabelecem metas a serem atingidas, torna-se mais fácil trilhar um caminho até que obtenha este alvo. Na família 4, por exemplo, foram necessários anos para retornar a algumas atividades, como andar e comer sem ajuda:

“[...] foi quatro anos fazendo a fisioterapia, três vezes por semana [...] ele sempre quis fazer, porque ele achava que ia ficar bom para voltar a trabalhar (Esposa cuidadora - F4)”.

Entretanto, no caso específico desta família, persistia a vontade de falar, pois apesar do esforço do familiar, ele conseguia pronunciar pouquíssimas palavras. Neste caso, devido à pouca evolução do quadro, ele desistiu de fazer fonoaudiologia:

“Ele fez bastante fono, mas não resolveu. Ele começou a ficar nervoso porque eu acho que ele não conseguia (Esposa cuidadora - F4)”.

Recuperações rápidas e imediatas são esperadas por muitas pessoas que tiveram AVE e ficaram com seqüelas; por isso é importante que toda a família e o paciente recebam acompanhamento de profissionais que possam ampará-los e orientá-los quanto à lentidão dos resultados, e principalmente, apoiá-las, pois a ansiedade do paciente atinge toda a família, especialmente o cuidador.

Os códigos conceituais que compuseram esta subcategoria estão listados abaixo (Quadro 14):

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Realizando fisioterapia após o AVE. Retornando a independência após o AVE. Realizando fonoaudiologia para tratamento da fala. Desanimando-se ante a demora dos resultados do tratamento. Interessando-se pela recuperação após resultados positivos.	Aceitando o cuidado	Enfrentando processo de reabilitação

Quadro 14: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Aceitando o cuidado”.

4.5.2.2 Subcategoria 2: Retomando algumas atividades da vida diária

Com a aceitação do tratamento, o apoio da família e o empenho do familiar acometido pelo AVE, os resultados geralmente são satisfatórios. A melhora possibilita que os familiares com dependência possam realizar algumas atividades que outrora realizavam, deixando-os motivados para continuar o processo de reabilitação:

“Hoje ela lava alguma roupa com uma mão só, limpa o armarinho, toma banho sozinha, come sozinha, se cuida, troca a roupa [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

“Até o dia que ela morreu, ela comia sozinha com a mão esquerda[...] ela ajudava a gente na hora de sentar na cadeira e, às vezes, até quase sentava sozinha [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“Ela não era aquela pessoa inútil, ela tomava os remédios dela, tomava o banho dela, arrumava as camas, limpava o chão [...] (Filha cuidadora - F9)”.

A recuperação também foi um fator de motivação para a família 1, que participou com o familiar do processo de reabilitação:

“E hoje, olha, anda de bicicleta para a rua [...]. Foi com a fisioterapia que melhorou (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Na família 6 o cuidador referiu que, em alguns momentos, o familiar não tinha vontade de melhorar e isto o levava a não aceitar nenhum tipo de tratamento. Não obstante, observa-se no relato acima que a mãe voltou a se alimentar sozinha, pois, segundo a filha, ela não gostava de ser alimentada por ninguém, e isto a estimulou a realizar este procedimento sem muita ajuda, embora com sacrifícios.

Os códigos desta subcategoria são demonstrados no quadro 15:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Conseguindo caminhar e se alimentar sem auxílio após melhora do AVE. Conseguindo se alimentar e sentar sozinho. Realizando atividades domésticas após melhora do AVE. Realizando atividades como andar de bicicleta após realização do tratamento fisioterápico.	Retomando algumas atividades da vida diária	Enfrentando o processo de reabilitação

Quadro 15: Códigos que originaram a subcategoria “Retomando algumas atividades da vida diária”.

4.5.2.3 Subcategoria 3: Desistindo do cuidado

Algumas pessoas que convivem com seqüelas não têm a mesma visão sobre a recuperação, e vão sendo desmotivados por causa da lentidão dos resultados ou diante dos obstáculos que aparecem no decorrer do processo de recuperação. Na família 2, por exemplo, o paciente foi resistente ao tratamento fisioterápico, não dando continuidade ao processo devido às dores que sentia durante os exercícios realizados:

“Fez [fisioterapia] no começo [...]. Só que ele dizia que doía muito, então ele fazia muito escândalo, não deixava as mulher fazer o cuidado [...] aí minha cunhada foi um pouco assim, abandonando (Filha cuidadora - F2)”.

Observou-se também a desistência do próprio cuidador, pois não houve a cooperação do familiar acometido, fato que dificultou o tratamento. Na família 6, o cuidador referiu que até os profissionais que realizavam atividades de reabilitação com o familiar haviam desistido de continuar o tratamento, diante da desmotivação da pessoa acometida pelo AVE:

“Ela fazia fisioterapia [...]. Só que ela não demonstrava interesse. As professoras não querem perder tempo com as pessoas que não mostram interesse [...] então não tinha como ajudar uma pessoa que não quer andar (Filha cuidadora - F6)”.

Sem a realização de atividades de recuperação as atrofias geradas pelo AVE podem evoluir, comprometendo ainda mais a dependência com o passar dos anos e dificultando o cuidado a ser prestado pela família.

O cuidador da família 6 também refere que, desde o internamento hospitalar decorrente do primeiro AVE, sua mãe já era resistente aos cuidados:

“Três vezes ela pôs a sonda [nasogástrica] e três vezes ela arrancou (Filha cuidadora - F6)”.

Este comportamento do familiar gerava estresse no cuidador, que já possuía limitações para cuidar por causa de problemas de saúde e ansiedade, e referiu sofrer ao se deparar com a falta de cooperação da mãe para a efetivação dos cuidados e à não-aceitação dos tratamentos profissionais.

O Quadro 16 demonstra a codificação que deu origem a esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Tendo dificuldade para realizar a fisioterapia após a complicação. Resistindo em aceitar o tratamento após o AVE. Desistindo de realizar a fisioterapia após o AVE. Desistindo de auxiliar a pessoa quando ela não quer realizar o tratamento.	Desistindo do cuidado	Enfrentando o processo de reabilitação

Quadro 16: Codificação que originou a subcategoria “Desistindo do cuidado”.

4.5.3 Categoria 3: Cuidando da hipertensão após o acidente vascular encefálico

Muitos membros familiares introduziram alguns cuidados com a prevenção e/ou tratamento da hipertensão após a ocorrência de um AVE em sua família. Outros, no entanto, continuaram com os mesmos hábitos, apesar de serem prejudiciais à sua condição de hipertensão. As condutas da família, enquanto unidade, após o AVE em um de seus membros, originaram esta categoria, que é constituída de duas subcategorias: “Mudando os hábitos após o AVE” e “Continuando a realizar o tratamento incorretamente”.

4.5.3.1 Subcategoria 1: Mudando os hábitos após o acidente vascular encefálico

O conhecimento de alguns cuidados para a prevenção de condições crônicas é um fator fundamental para que estes sejam efetivamente adotados pela família. Entretanto, fatores culturais, crenças e costumes podem interferir neste processo. Para que ocorram mudanças é necessário à família romper com alguns hábitos, o que pode gerar dificuldades e insatisfações

por parte de alguns membros, até que se atinja um equilíbrio entre todos. Nesse momento começa a haver o controle de condições crônicas entre familiares que convivem com tais condições e a prevenção destas em pessoas que não as têm.

Na família 1 é possível verificar que, embora a esposa fosse hipertensa, as mudanças começaram a ocorrer principalmente após o AVE do esposo:

“Mudou principalmente na comida. Eu mudei totalmente o jeito de cozinhar. Porque a minha comida eu gostava de mais óleo, mais tempero, mas daí mudei tudo (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Os cuidados com a medicação, segundo a família, passaram a ser mais bem controlados após a ocorrência desta condição:

“Agora ele sabe tudinho da medicação. Chegou o horário, ele já pega e vai tomar o remédio (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

No relato da família 3, no entanto, o cuidador deixa transparecer que, quando não há a ocorrência de limitações após um AVE, nem sempre ocorrem mudanças nos cuidados com a doença. Segundo a família, somente a partir do segundo AVE, que ocasionou sérias limitações físicas, é que realmente começaram a realizar os cuidados. Observou-se, nessa família, que a gravidade desta complicação, representada pela presença de seqüelas, interferiu sobremaneira na conduta da família:

“Foi só a partir do segundo derrame [...] o doutor fazia visita aqui toda semana e tava controlando. Daí eu fui lutando, fui tirando o sal, um pouco, porque sem sal também não dá para comer (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Como o primeiro AVE deste familiar não gerou dependência, a família adotou o tratamento medicamentoso por apenas dois meses após sua ocorrência. A família também refere que nesse tempo não existiam visitas domiciliares e que eles não sabiam dos fatores que agravam a hipertensão, por isso os cuidados não foram realizados:

“[...] antigamente não fazia visita. Depois que começou a fazer a visita [...] aí melhorou. Se não fosse as visitas, aí seria pior (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

As visitas domiciliares dos profissionais integrantes das equipes do programa saúde da família, além de possibilitar maior conhecimento da saúde da população e dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, proporcionam também às famílias maior acesso às informações. Segundo elas, sem as visitas domiciliares o controle da pressão arterial poderia estar sendo prejudicado, mesmo porque o acesso à unidade de saúde é dificultado pelas condições de locomoção do familiar com AVE.

O quadro 17 demonstra os códigos que originaram esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Mudando a alimentação após o AVE. Utilizando corretamente a medicação após AVE. Mudando hábitos alimentares após os AVEs. Controlando corretamente a hipertensão do familiar após a ocorrência do AVE.	Mudando os hábitos após o AVE.	Cuidando da hipertensão após o AVE.

Quadro 17: Códigos que originaram a subcategoria “Mudando os hábitos após o AVE”.

4.5.3.2 Subcategoria 2: Continuando a realizar o tratamento incorretamente

Algumas famílias não se preocuparam em realizar corretamente o tratamento, mesmo após a ocorrência de complicações decorrentes da pressão não controlada. Na família 3, por exemplo, o início do tratamento para hipertensão arterial foi realizado somente após o segundo episódio da condição, pois no primeiro não houve a ocorrência de seqüelas e dependência física:

“Mas daí a gente nem ligou mais, a gente já parou [...]. Ela andava, fazia todas as coisas em casa, todo o serviço [...]. A primeira vez não ficou com seqüela nenhuma (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Este relato é também um exemplo de que doença é concebida como ausência de sintomas físicos. Como o familiar não encara a hipertensão como doença, é possível que isto interfira na realização do tratamento, seja o medicamentoso seja o não-medicamentoso.

Na família 6, o familiar, além de não aceitar nenhum tipo de tratamento, também continuou a tomar incorretamente os medicamentos:

“O remédio dela, ela fazia que tomava, ela jogava debaixo da cama (Filha cuidadora - F6)”.

Quando descobriu esta situação sua filha teve uma sensação de abandono da vida, de entrega de sua mãe à morte. A filha também achava que se a mãe tivesse realizado o tratamento corretamente, teria melhorado e retomado algumas atividades da vida diária.

O quadro 18 revela os códigos que compuseram esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Realizando o tratamento medicamentoso incorretamente após o AVE. Deixando de tomar o medicamento após o AVE devido à inexistência de sintomas. Não aceitando a medicação	Continuando a realizar o tratamento incorretamente	Cuidando da hipertensão após o AVE

Quadro 18: Códigos que formaram a subcategoria “Continuando a realizar o tratamento incorretamente”.

4.6 TEMA 4: RECEBENDO O CUIDADO FAMILIAR

A hipertensão é uma condição crônica que tem sido experienciada por muitas pessoas. Quando não é cuidada pode gerar outras conseqüências, sendo as mais comuns o AVE e problemas cardíacos. Quando ocorre alguma complicação decorrente da hipertensão no seio familiar, o comprometimento e a participação dos outros membros da família no cuidado são maiores, o que não ocorre na mesma intensidade em famílias em que não há a presença de dependência. O comportamento da família em relação ao cuidado do indivíduo com

hipertensão deu origem ao tema “Recebendo o cuidado familiar”, que é constituído de três categorias: “A família se envolvendo no cuidado”; “Tornando-se cuidador”; e “Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado” (Figura 4).

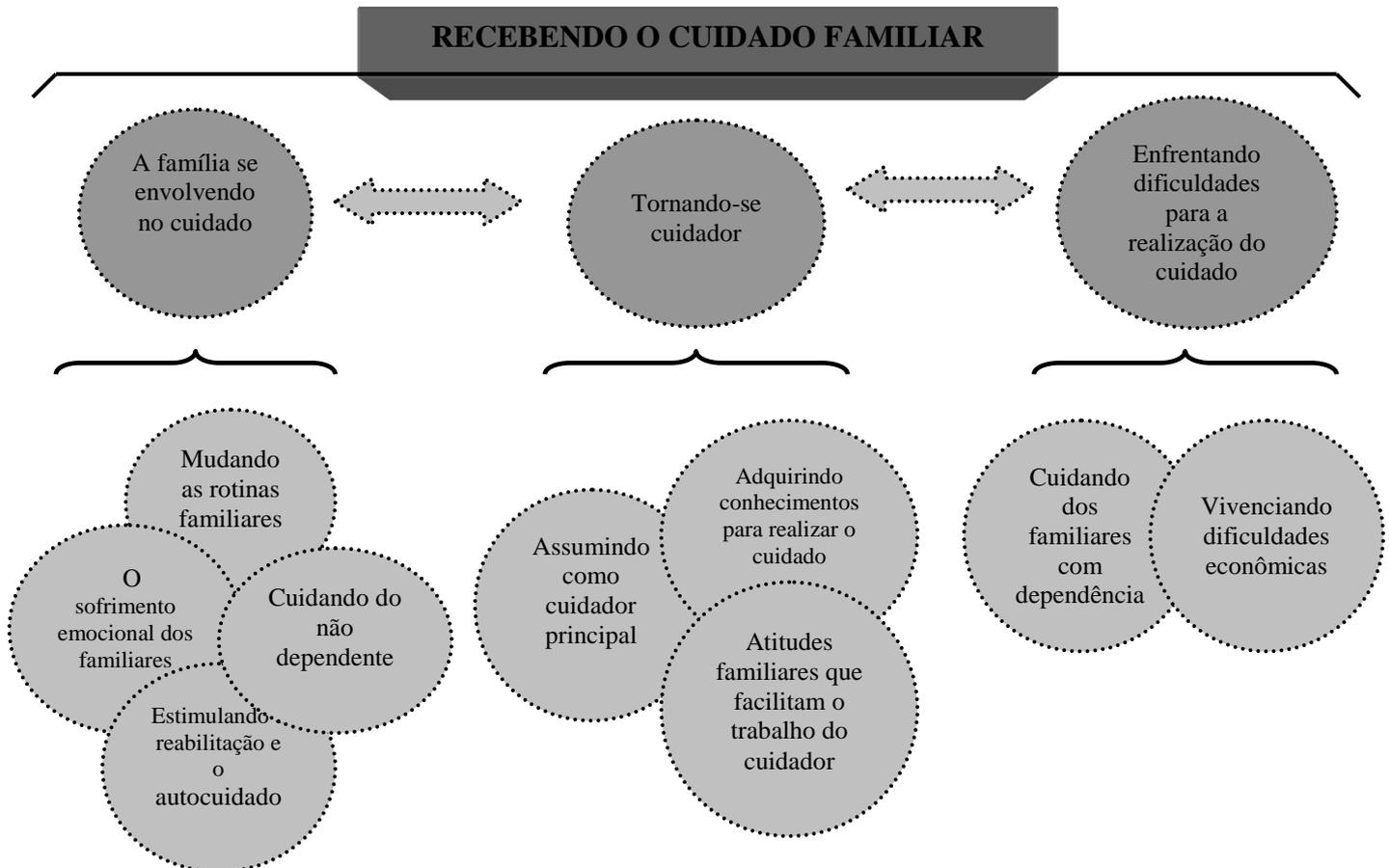


Figura 4: Representação gráfica do tema 4: O cuidado da família ao hipertenso.

4.6.1 Categoria 1: A família se envolvendo no cuidado

Esta categoria engloba as vivências da família relacionadas com sua participação no cuidado ao familiar hipertenso ou com as conseqüências ocasionadas pela hipertensão. Ela é constituída de cinco subcategorias: “Estimulando a reabilitação e o autocuidado”; “Mudando as rotinas familiares”; “O sofrimento emocional dos familiares”; “Cuidando do não-dependente”.

4.6.1.1 Subcategoria 1: Estimulando a reabilitação e o autocuidado

Esta subcategoria se originou a partir dos códigos conceituais que revelaram as atitudes tomadas pelos familiares para estimular os membros dependentes a buscarem a independência e realizarem o autocuidado.

Entre as famílias entrevistadas, observou-se que algumas vezes o familiar acometido, não se conformando com sua situação de dependência, além de realizar seu tratamento de forma correta e disciplinada, também sentiu a necessidade de retornar a algumas atividades de autocuidado. Observando-se o relato de algumas famílias, verificou-se que esta se adapta à situação para facilitar e estimular o autocuidado:

“Ele come sozinho hoje. Eu procuro fazer a carne mais cozida, carne moída [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

“Toma banho sozinha, come sozinha, se cuida, troca roupa, só tem que abotoar o sutiã atrás, mas o resto ela faz tudo [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Em outras famílias, verifica-se que o cuidador sempre estimula a realização de alguma atividade de cuidado, muitas vezes dela participando:

“A gente pede para lavar os órgãos dele no banho [...] (Filha cuidadora - F2)”.

“Eu ando com ele, eu vou no centro com ele [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

Quando algumas atividades de autocuidado eram conseguidas pelo familiar com dependência, a família se alegrava pela reabilitação do familiar, pois os resultados obtidos indicavam o investimento de todos os familiares no cuidado. A vontade de recuperar-se do familiar também foi vista como fator positivo pela família:

“Para nós era uma festa [...]. Nós achava bom porque ele tava querendo andar [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

O esforço de alguns familiares acometidos por seqüelas físicas para falar, andar e realizar algumas atividades da vida diária também foi referido por outras famílias:

“Ela nunca falou de não ir [à fisioterapia]. Ela é esforçada, porque tem pessoa que não quer fazer a fisioterapia. Tinha dia que eu pensava que ela não ia, mas ela mudava de idéia e ia. É sempre animada [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Algumas famílias referiram o estímulo para o desenvolvimento de atividades; todavia, a não-reação do familiar ao tratamento e a acentuação das seqüelas foram encaradas com sofrimento pelo familiar. Para estimular a fala, a família 3 se reportou à dificuldade para manter o diálogo:

“A gente conversa bastante com ela. O problema é que pra conversar com ela, tem que falar alto, se não ela não escuta [...]. A gente tem que ter muita paciência. Tem hora que estora a paciência, mas a gente vai tocando (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Em outros momentos ocorria a necessidade de o cuidador tomar medidas mais drásticas, para a mudança de hábitos e realização do cuidado:

“[...] evitei de fazer [doce], porque se ela visse, sentia vontade de comer, lógico. Se eu fizesse, tava fazendo mal para ela e ela gostava de doce [...] (Filha cuidadora - F6)”.

O cuidador assume um compromisso com o membro familiar, e muitas vezes acaba modificando também seus costumes, pois existem sentimentos envolvidos entre os membros familiares, e estes podem ser mais intensamente vivenciados quando em situação de doença. O estímulo à realização de atividades que promovem a independência e o autocuidado auxilia no desenvolvimento do familiar com incapacidade física, além de favorecer a visualização de uma melhora física por parte deste membro, e conseqüentemente, animá-lo para a realização de atividades que promovam sua reabilitação.

O quadro 19 revela os códigos que originaram esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Estimulando o banho próprio e a alimentação Realizando atividades físicas junto ao membro familiar com dependência. Evitando fazer comidas que não fazem bem ao familiar com AVE. Insistindo para a realização das atividades, de fisioterapia e de estudos. Necessitando de paciência para a realização do cuidado. Estimulando a fala e o diálogo. Estimulando o familiar a deambular sem auxílio.	Estimulando a reabilitação e o autocuidado	A família se envolvendo no cuidado

Quadro 19: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Estimulando a reabilitação e o autocuidado”.

4.6.1.2 Subcategoria 2: Mudando as rotinas familiares

Quando a família se depara com uma situação de doença em seu meio, muitas das rotinas precisam ser alteradas e adaptadas. Pode ocorrer a necessidade de adaptações da vida diária, tanto na família quanto na vida da pessoa com hipertensão:

“É difícil, porque as coisas têm que mudar tudo [...] (Filho cuidador e hipertenso - F10)”.

Entre as famílias que possuem um membro com dependência física, percebeu-se que algumas pessoas precisaram deixar suas atividades empregatícias para auxiliar no cuidado ao familiar com dependência:

“Quando deu o derrame nela, eu trabalhava fazendo jogo de bicho, e no dia que ela ficou doente, eu já parei para cuidar dela [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Em algumas famílias em que o homem assumiu a responsabilidade do cuidado, os sentimentos por terem que adaptar sua rotina foram mais intensamente expressados:

“[...] isso aí a gente sente, não pode sair mais para lugar nenhum (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Na família 5, o cuidador referiu o seguinte:

“[...] eu fui tomar conta de tudo [...]. Eu tenho cinco filhos, tudo homem, a gente nunca teve uma filha. É tão bom ter uma filha [...]. (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

O questionamento realizado ao cuidador sobre a participação dos filhos na assistência levou-o a descrever a importância da participação feminina no cuidado da família; todavia, em outro momento, ele também relatou que não é tão difícil aprender a realizar as atividades de cuidado no lar:

“Sempre assim, eu aprendendo a fazer as coisas, fazer pão, fazer bolo, fazer as coisas que precisava fazer. Eu faço todas as coisas. Não é difícil de aprender, tudo é fácil de fazer (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Em todas as famílias, não foi raro observar relatos de mudanças nas rotinas diárias da casa e nas atividades de lazer, que acabaram por ser negligenciadas, principalmente quando não havia outro membro da família com quem o cuidador pudesse se revezar em alguns dias na semana. Esta situação foi exposta pela família 2. A necessidade de cuidados constantes e a responsabilidade em cuidar também limitaram a liberdade do cuidador:

“[...] de dois anos pra cá tá mais tranqüilo, mas nos dois primeiros anos era sofrido mesmo, porque você não pode fazer nada, porque você sabe que tem que tocar sua vida pra frente, mas prende você, prende muito [...] (Filha cuidadora - F2)”.

As mudanças na rotina também ocorrem na vida do próprio hipertenso, sendo dependente ou não. A mudança na alimentação e as dificuldades para realizar atividades de

lazer foram citadas pelas famílias e, muitas vezes, também se refletiram na rotina dos demais familiares:

“Não tinha como sair. Como eu ia deixar a minha mãe sozinha [...]. Não podia ir na Igreja. Se ela não queria ir, não dava para eu ir[...] (Filha cuidadora - F6)”.

“[...] é difícil, porque ele não dirige mais. Então para sair de casa, a gente tem que depender dos outros [...] (Esposa cuidadora - F1)”.

Neste último relato é possível identificar que a perda de algumas habilidades do familiar acometido pelo AVE dificultou a realização de algumas atividades de lazer às quais a família estava acostumada. Neste caso, para sair de casa havia a dependência de outros membros da família, tais como filhos e outros parentes próximos, os quais nem sempre tinham disponibilidade para efetuar tais atividades com a família.

Observou-se também uma doação do cuidador para com o membro dependente. Muitas vezes, este acabava por deixar seu próprio cuidado para cuidar do membro da família:

“A atividade física eu larguei. Desde que ele ficou doente, eu nunca mais fiz[...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Quando a pessoa com hipertensão é criança, o que se observou foram as mudanças nas rotinas de atendimento à saúde, como levar ao médico para acompanhamento e conviver mais constantemente com situações de doença. Isso pôde ser observado na família 14: segundo referiu a mãe, com a vinda de seu último filho, que mais tarde desenvolveu a hipertensão, a rotina modificou-se totalmente em relação aos demais filhos:

“[...] Tem que ficar levando no médico, fazendo inalação. Precisei comprar o inalador por causa dele [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

Os códigos conceituais que deram origem a esta subcategoria são demonstrados no quadro 20.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Deixando de realizar as atividades diárias para se envolver no cuidado Tendo dificuldades para sair de casa. Perdendo a liberdade para realizar atividades da vida diária. Deixando as atividades empregatícias para realizar o cuidado Mudando as rotinas familiares por ser cuidadora de esposo com AVE. Tendo que adquirir aparelhos para o conforto da criança.	Mudando as rotinas familiares	A família se envolvendo no cuidado

Quadro 20: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Mudando as rotinas familiares”.

4.6.1.3 Subcategoria 3: O sofrimento emocional dos familiares

As mudanças nas rotinas da família, a necessidade de cuidado constante e a sobrecarga dos familiares no convívio com a dependência, a não-participação de todos os membros no cuidado e a convivência com o risco de morte iminente foram os fatores estressores para a família encontrados entre os dados. Em situações de doença esses fatores se tornam mais presentes, podendo ocasionar sofrimento e angústia aos familiares diante da situação a ser enfrentada.

A mudança da rotina da família e a dificuldade de aceitação de uma condição que outrora estivera sob controle de todos foi um fator que gerou estresse e acarretou dificuldades para que os membros pudessem lidar com a situação:

“[...] a língua tava enrolada. Eu pensei: Ai meu Deus, deu derrame na mãe. Aí eu descabelei, eu não chorei, eu descabelei mesmo [...] (Filha cuidadora - F6)”.

A chegada inesperada da doença causou dificuldades em aceitar a situação entre os membros familiares e estes precisaram mobilizar-se e buscar forças para se adaptar:

“Olha, no começo é difícil, não é fácil para aceitar, aquilo é difícil. Um marido que trabalhava, não parava, e ficar numa cama não é fácil não (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Na família 4, a esposa, que se tornou o suporte após o AVE ocorrido no esposo, passou por momentos de intensa angústia, que lhe acarretaram episódios de internamento para a superação e controle do estado emocional:

“[...] depois de quatro anos, quando tava tudo começando a se normalizar, aí veio o derrame. E eu agüentando. Teve uma época que eu não agüentei não, eu caí e fui parar carregada no hospital [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

Os filhos também sofrem quando se deparam com a situação de doença no seio familiar. A dependência física do familiar, vivenciada pela família 4, ocasionou uma mudança brusca nas atividades que os pais realizavam com os filhos. Em uma família, o pai se deparou com a impossibilidade de poder brincar, levar à escola e sair com os filhos, ainda pequenos, o que, segundo a mãe, levou ao sofrimento dos filhos:

“Meus filhos sofreram bastante. Foi uma coisa assim de repente, foi um choque para todos [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

Quando a situação se inverte, ou seja, o filho passa a necessitar de maiores cuidados dos pais, existe o sofrimento destes devido à necessidade de modificação das rotinas consideradas normais pela família. Isto ocorreu na família 14, que convivia com a criança com problema cardíaco e hipertensão. O fato de a criança ter ficado no hospital após a alta da mãe foi uma surpresa para esta e configurou-se em algo que modificou sua rotina após o parto, gerando nela estresse e ansiedade pela expectativa da alta do filho:

“[...] quando ele nasceu, eu vim embora e ele ficou no hospital. Então a gente fica mal [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

Outro fator significativo que gerou sofrimentos para um cuidador foram as críticas e desconfianças de outras pessoas da família quanto à qualidade do cuidado prestado por este:

“Você tá cuidando e as pessoas te criticando, não estavam aqui pra ver o trabalho que eu tinha. Chegava e dava bronca [choro]. Eu falava: Vem aqui ficar 24 horas como eu fico, ouvir ela chorando, chorando [...] (Filha cuidadora - F6)”.

A filha, que era a cuidadora, ao ver a mãe chorando e sofrendo, também sofria. Em sua concepção, quando os filhos são pequenos os pais lhes oferecem o melhor, devendo isso ser retribuído aos pais quando estes necessitam. Por isso, acreditava que o cuidado que ela realizava era o melhor a ser prestado à mãe, que sofria a dependência, porém, além disso, ela convivia com as desconfianças dos familiares quanto à assistência oferecida.

Outro fator se refere à convivência com o risco de morte iminente. Ressalte-se que o sofrimento gerado pela possibilidade de separação dos corpos em decorrência da morte é amenizado ou intensificado de acordo com as concepções de cada ser humano sobre a morte, a doença e a finitude da vida. A intensidade deste sentimento é vivenciada diferentemente por cada familiar, por cada família, dependendo da experiência vivida.

Entre as concepções de morte a família 5 referiu o seguinte, baseando-se na sua crença espiritual:

“Mas eu creio que Deus preparou um lugar sem dor, sem doença, sem morte, que é a vida eterna; e tem lugar pra todos nós, é só cada um fazer a sua parte pra entrar no céu” (Esposo cuidador - F5).

Semelhantemente, a família 6, que vivenciou o óbito da mãe que sofrera AVE, também se baseou em princípios bíblicos para conceituar a morte, e a concebeu como um descanso das pessoas, aguardando a ressurreição:

“Não vai morrer. Morre pra quem não serviu a Deus, daí não vive [...]. Ela tá dormindo. No último dia ela vai ressuscitar pra vida eterna. Dói, mas ela tá segura, tá salva [...] (Filha cuidadora - F6)”.

Possivelmente, estas famílias sofreram ou sofrerão com a separação dos entes queridos. O símbolo de separação de corpos, frente à ocorrência da morte, gerou dor emocional e sofrimento. Entretanto, este sofrimento vivenciado pelas famílias pôde ser amenizado por uma simbologia mais ampla, referindo-se ao descanso e à ressurreição. Este símbolo pode gerar conforto nos membros familiares e a expectativa de um reencontro.

Para as famílias que convivem ou conviveram com idosos dependentes que não responderam ao tratamento, a morte é um evento presente, aparentemente esperado e de maior aceitabilidade para a família. Notou-se a presença de um luto antecipado, uma preparação da família para o evento de morte, que poderia ocorrer a qualquer momento:

“A gente não sabe como vai ser, se Deus vai tirar ele de repente [...] mas ele tá muito acabadinho [...] (Filha cuidadora - F2)”.

“Eu falei: ó Senhor, eu entrego ela nas tuas mãos [...]. Deus sabe a hora que tem que ir [...] (Filha cuidadora - F6)”.

Entre as famílias com crianças hipertensas, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, hemodiálise e cuidados em unidades de terapia intensiva foi a mais comum e a mais colocada. Estes fatos, associados aos símbolos, para essas famílias, do hospital, da UTI e dos procedimentos complexos foram geradores de angústia e expectativa para todos os membros:

“Eu vinha lá de onde eu morava pra ver ele. Eu chegava e pra mim ele tava morto [...]. Aí a médica falou assim: Enquanto esse aparelhinho do coração dele e do cérebro tiver alto, ele tá vivo. Mas pra mim ele tava morto, não chorava, não abria os olhos[...] (Avó cuidadora - F13)”.

A preocupação dos cuidadores com a possibilidade de a criança ter que passar por todos os processos, pela recidiva da doença, e novamente conviver com o risco de morte, esteve presente nos relatos das duas famílias entrevistadas. A mãe de uma das crianças (família 13) referiu o medo de seu filho ter que voltar a fazer hemodiálise:

“Ele toma [o medicamento] para ajudar a estimular o rim. Pra não acontecer de ter, assim, pode acontecer, mas primeiramente Deus é maravilhoso e não vai deixar [...] (Mãe cuidadora - F13)”.

“Eu tenho muito medo dele ter que fazer uma nova cirurgia, porque tem muitos casos que as crianças saem pra fazer a cirurgia como a dele e não retornam bem [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

Os códigos que formaram esta subcategoria estão presentes no quadro 21.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Sofrimento dos filhos com o agravo do pai.</p> <p>Experenciando a sobrecarga emocional pelo cuidador principal.</p> <p>Desesperando-se com a situação de agravamento da doença.</p> <p>Recebendo apoio de outros familiares para reduzir a ansiedade do cuidador principal.</p> <p>Recebendo críticas dos familiares sobre o cuidado oferecido.</p> <p>Sofrimento para a realização do cuidado.</p> <p>Sofrimento da avó pela situação de saúde do neto.</p> <p>Sofrimento da mãe ao vivenciar a hospitalização da criança.</p> <p>Experenciando a morte.</p> <p>Concebendo a morte.</p> <p>Enfrentando a possibilidade de morte iminente.</p> <p>Tendo sensação negativa ao verificar a criança na UTI.</p> <p>Confiança em Deus de que não ocorra agravamento da doença.</p> <p>Tendo medo da necessidade de realização de uma nova cirurgia e agravamento da criança</p>	<p>O sofrimento emocional dos familiares</p>	<p>A família se envolvendo no cuidado</p>

Quadro 21: Códigos conceituais que revelaram a subcategoria “O Sofrimento emocional dos familiares”.

4.6.1.4 Subcategoria 5: Cuidando do não-dependente

Algumas famílias revelaram-se como participantes passivos nas atividades de cuidado a alguns membros que não possuem dependência física, mas que convivem com a hipertensão; todavia alguns familiares acabam também modificando alguns hábitos diários quando se deparam com a hipertensão em algum de seus membros. Estas mudanças vão desde

uma adaptação passiva - em que o familiar modifica seus costumes por entrar na rotina que o hipertenso precisa respeitar - até uma adaptação mais ativa, em que a família auxilia e colabora com as mudanças para um estilo de vida mais saudável, preocupada com os níveis pressóricos do membro com hipertensão.

A participação dos familiares se manifestou de diversas formas. Para alguns, a mudança de certos hábitos, como os de alimentação, foi uma consequência do tratamento a ser realizado à pessoa com hipertensão; ou seja, alguns membros da família ingeriam os mesmos alimentos, pois estes eram feitos da mesma forma para todos:

“Pra todos é a mesma comida, não faz separada não (Hipertenso - F8)”.

“Fazia com pouco sal pra todo mundo [...]. Até a minha filha, ela tem pressão baixa, e ela fala que a pressão dela é baixa de tanto comer sem sal[...] (Hipertensa - F12)”.

Entretanto, esta mudança na alimentação diária da filha, presente no relato da família 12, pode não ter decorrido de uma preocupação desta com a própria saúde. Em outro relato, os filhos desta família (F12) não deixavam de preparar certos alimentos que são prejudiciais à saúde física. Eles cuidavam para que a mãe não ingerisse esses alimentos, mas para eles próprios permanecia a idéia de que tudo é lícito:

“Eles se preocupam na parte assim quando eles vão assar uma carinha, de domingo, e tem uma gordurinha, tem cerveja[...] eles dizem: a mãe não pode tomar[...] (Hipertensa - F12)”.

Em outra família também se observou que os familiares que não possuíam hipertensão ingeriam a mesma comida, mas acrescentavam sal, mantendo os costumes anteriores:

“A comida é a mesma. Ele [o esposo] só coloca um pouco mais de sal na dele, porque a pressão dele é baixa [...] (Hipertensa - F11)”.

Medidas de prevenção de doenças e mudança de hábitos devem ser dirigidas à população em geral. Aparentemente, o símbolo cultivado entre as famílias é o de que se a

peessoa é “saudável” não existe restrição nem a necessidade de cuidados preventivos e que estes serão necessários somente quando o indivíduo possuir uma condição crônica.

Nas famílias que conviviam com criança hipertensa, a preocupação dos cuidadores era maior do que da própria criança. Isto pode estar relacionado, também, à preocupação com a condição patológica que originou a hipertensão, ou seja, se há um aumento da pressão, pode ocorrer o agravamento da doença de base:

“Até os três anos era separada, sem gordura, sem sal, não podia subir a pressão. Hoje ele come, mas tem que ser menos sal. A comida dele é menos sal. Aqui em casa a de ninguém é com sal [...] (Avó cuidadora - F12)”.

Por outro lado, a criança também era visualizada pela família como um membro dependente, que necessitava de vigilância constante de sua saúde por parte de seus pais e/ou cuidadores. Às vezes, mesmo com o auxílio e supervisão destes, os cuidados com a saúde não eram observados pela criança ou adolescente, mesmo estes estando orientados sobre os riscos de condutas inadequadas para a hipertensão:

“Eu falo: Não come sal. Ele diz: “Não, vó, se Deus quiser não vai fazer mal não”. Então ele come um pouco de sal [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F12)”.

O quadro 22 mostra a codificação que deu origem a esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Orientando o hipertenso para auxiliar no controle da pressão. Modificando a alimentação de todos os membros da família. Despreocupando-se das mudanças e cuidados com a saúde quando o familiar não apresenta a condição crônica. Tendo dificuldades para mudar a alimentação da criança com hipertensão.	Cuidando do não-dependente	A família se envolvendo no cuidado

Quadro 22: Códigos que deram origem à subcategoria “Cuidando do não-dependente”.

4.6.2 Categoria 2: Tornando-se cuidador

Quando uma pessoa possui hipertensão arterial, muitas vezes o cuidado é realizado por ela mesma, havendo pouca interferência da família. Já quando a hipertensão gera outras conseqüências, a família passa a vê-la como um problema que exige cuidados. Neste caso, o envolvimento familiar tende a ser mais intenso, principalmente quando estas conseqüências geram seqüelas físicas. Este processo é enfrentado pelas famílias de formas diferenciadas, e muitas vezes podem surgir desentendimentos entre os membros familiares ou uma maior união entre todos. Ele também gera a necessidade de maior apoio do sistema de saúde para lidar com a nova situação. Os depoimentos relacionados com o envolvimento familiar no cuidado expressam os sentimentos experienciados pelos cuidadores, a aquisição de conhecimentos e as facilidades e dificuldades enfrentadas, dando origem às subcategorias que foram agrupadas na categoria “Tornando-se cuidador”.

4.6.2.1 Subcategoria 1: Assumindo como cuidador principal

A família se envolve mais intensamente no cuidado ao familiar com dependência; entretanto, geralmente uma única pessoa assume como cuidador principal, ou seja, aquele que comanda o cuidado e assume a maioria das responsabilidades em relação ao familiar. Na maioria das vezes, esta função é assumida pela esposa ou filhas, pois, culturalmente, a mulher é responsável pelo cuidado familiar.

As atividades referidas pelas cuidadoras entrevistadas eram diversas:

“[...] depois minha mãe ficou quatro anos sem andar praticamente; sem falar, tudo era a gente que fazia [...] banho, pôr na cadeira de rodas, tudo era a gente que fazia [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“[...] eu tive que carregá-lo para pôr na cadeira de rodas, tinha que segurar, porque ele não afirmava [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Apesar de o cuidado ser percebido como uma atividade corriqueira para a mulher, verifica-se que o cuidar após uma situação de complicação na saúde física é envolto em sofrimento e dificuldades, devido à dependência da pessoa acometida:

“Era a mesma coisa de cuidar de uma criancinha que tava aprendendo andar, e é pior ainda, porque para segurar não dá (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“De dois anos para cá tá mais tranqüilo, mas nos dois primeiros anos era sofrido [...] (Filha cuidadora - F2)”.

É interessante observar também que, em duas famílias entrevistadas, o cuidador principal é o homem, que ocupa o papel de esposo do familiar com AVE. Geralmente isso acontece quando o familiar dependente é a esposa/mãe e ela não tem filhas que possam assumir o cuidado:

“Não tinha solução. Se a gente ganhasse bem ainda podia pagar uma pessoa para ajudar, mas a gente não ganha [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“Veio uma cunhada minha para ficar aqui um mês [...]. Depois foi eu. Eu fui tomar conta de tudo (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

O fator econômico também estimula o homem a assumir como cuidador, como pôde ser observado no relato da família 3. Estes também referiram a dificuldade inicialmente enfrentada para realizar os cuidados:

“Ela passou quatro meses e ela não dormia igual ela dorme [...]. Ela se batia na cama [...]. Difícil, porque a gente não dormia [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Atualmente, o homem tem se envolvido mais no cuidado, porém este envolvimento é determinado pela ausência de outras opções, como a existência de uma mulher na casa que possa assumir o cuidado.

Geralmente esta atitude de assumir o cuidado, tanto para a mulher quanto para o homem, é permeada por uma série de fatores, como gratidão, amor e até retribuição ao familiar pelo que este fez durante sua vida:

“É minha mãe, a gente tem que cuidar porque ela cuidou da gente. Então filho é para isso que Deus põe no mundo: pra quando chegar na idade que minha mãe chegou, ajudar a cuidar (Filha cuidadora - F6)”.

É possível observar que o fato de ser filho implica a necessidade de prestar o cuidado aos pais quando idosos ou quando apresentam algum tipo de dependência que necessite de cuidados.

A família possui em seu interior a concepção de que é responsável pelo cuidado de seus membros. Quando nela existem crianças, o cuidado a estas é espontâneo, o que pode confirmar a expressão referida pela filha cuidadora da família 6: “[...] porque ela cuidou da gente[...]”. O fato de existir uma condição crônica em uma criança da família faz com que esta fique mais atenta ao cuidado, visto que a criança possui maiores necessidades e é mais dependente. Este fato pôde ser observado em um relato da família 13:

“Era três vezes no dia [...]. Então chegava aquele horário, já tava gravado na minha cabeça. Eu levava o remédio dele na escola (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

Entretanto, mesmo que o cuidado a seus membros já faça parte das concepções e rotinas familiares, observa-se que a família precisa ser apoiada para que o cuidado em situações de doença seja eficaz. Este apoio provém da prestação, por parte dos serviços de saúde, de cuidados que auxiliem a família e o membro doente no processo de reabilitação. Também são necessários a orientação e o apoio da família, tanto no que tange às práticas de cuidado a serem realizados pela família quanto às necessidades desta.

O quadro 23 apresenta a codificação que compôs esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>As mulheres assumindo como cuidadoras.</p> <p>O esposo assumindo como cuidador principal.</p> <p>Sentindo a necessidade de retribuir o cuidado para com a mãe.</p> <p>Realizando todos os cuidados e atividades- sentar, levantar etc.</p> <p>Preocupando-se com a situação física do pai.</p> <p>Realizando cuidados aos filhos e netos em situação de hipertensão</p> <p>Cuidando para não se esquecer da medicação do neto.</p>	<p>Assumindo como cuidador Principal</p>	<p>Tornando-se cuidador</p>

Quadro 23: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Assumindo como cuidador principal”.

4.6.2.2 Subcategoria 2: Adquirindo conhecimentos para a realização do cuidado

As pessoas que possuem hipertensão podem apresentar outras conseqüências diferentes do AVE e, as vezes, outras condições crônicas associadas. Entre as famílias entrevistadas encontramos pessoas hipertensas com cardiopatias, diabetes e úlceras isquêmicas em membros inferiores. A família, ao se deparar com estas situações, age de acordo com seus conhecimentos, muitas vezes empíricos, baseada em experiências anteriores ou orientada por amigos, vizinhos e parentes. Nesse momento também recorre ao conhecimento de profissionais, no intuito de ser orientada sobre práticas coerentes para a realização do cuidado. Algumas famílias fizeram referência a estas orientações fornecidas pelos profissionais:

“[...] as meninas vinham aqui, ensinavam e eu fui aprendendo a fazer [o curativo] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

Em outros relatos foi possível observar o esclarecimento do cuidador sobre a doença do familiar. Este conhecimento pode subsidiar o entendimento da situação em que o familiar

se encontra e facilitar a compreensão de determinadas práticas de cuidado que precisam ser realizadas:

“Deu derrame do lado esquerdo e paralisou o lado direito. Ela comia com a mão esquerda, tudo era com a mão esquerda. As cordas vocais, ela não falava por isso, porque paralisou o lado esquerdo. Aí se fosse o lado direito, ela ia falar, não ia mexer com as cordas vocais [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“O hidroclorotiazida ele toma pra ajudar a estimular o rim [...] (Mãe cuidadora - F13)”.

“Porque a criança cardíaca tem o sistema imunológico menos resistente que outros [...] então é aonde tem que ter esse cuidado [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

Esta orientação, a partir do momento em que é interiorizada pelo cuidador e pelo próprio indivíduo, pode fazer com que estes se tornem agentes multiplicadores de informações, experiências e cuidados:

“Esses dias eu tava conversando com um cara e ele falou: Eu tomo [a medicação] um dia e outro eu não tomo. E eu falei: Não adianta o senhor fazer isso aí [...] tem que tomar todo dia, porque comigo já aconteceu da pressão já estourar [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“[...] ela pedia o saleiro e dizia: Ai! mãe, a tua comida é muito sem sal. Eu falava: não presta, você vai ter que se acostumar assim [...] (Mãe cuidadora e hipertensa - F9)”.

As experiências vivenciadas pelas pessoas também auxiliam no convencimento e na adesão a determinadas orientações, como, neste caso, o tratamento medicamentoso. Além disso, auxiliam na ilustração durante o repasse destas informações a outras pessoas de seu convívio social.

O quadro 24 revela os códigos conceituais que formaram esta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Aprendendo técnicas para realizar curativo em úlcera isquêmica.</p> <p>Conhecendo a condição crônica e os limites impostos por esta.</p> <p>Repassando informações aos familiares para o cuidado com a saúde.</p> <p>Conhecendo o efeito e a importância do medicamento que o filho utiliza.</p>	<p>Adquirindo conhecimentos para a realização do cuidado</p>	<p>Tornando-se cuidador</p>

Quadro 24: Códigos conceituais que deram origem à subcategoria “Adquirindo conhecimentos para a realização do cuidado”.

4.6.2.3 Subcategoria 3: Atitudes familiares que facilitam o trabalho do cuidador principal

Alguns familiares também se envolvem ativamente no cuidado quando se deparam com algum problema de saúde presente no seio familiar. Esta interação e envolvimento de todos os membros fazem diminuir a sobrecarga sobre o cuidador de referência, de modo que a assistência não seja vista como um fardo pesado a ser carregado por este:

“[...] é a família que me ajudou. Ajudavam assim: vinham ajudar a cuidar dele [...]. Limpavam a casa, faziam tudo; lavavam a roupa, passavam, deixavam tudo em ordem e eu era só para cuidar dele [...]. Todo mundo que chegava aqui ia fazer massagem nele, nos pés, nas mãos, as sobrinhas, a neta, eram os parentes todos, a sobrinhada toda (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

“Quando deu o derrame, a outra cunhada vinha para dar o banho, ajudar a cuidar. Então no começo todo mundo se envolveu. Agora ele tá comigo (Filha cuidadora - F2)”.

Entre os relatos, foi possível identificar situações em que a família inteira ajudou, inclusive primos, sobrinhos e tios. Na família 2, durante a entrevista, os netos adolescentes também se envolviam com o cuidado. Nesta família, um neto de 16 anos era responsável pelo banho diário do avô.

Outros cuidadores referiram que contavam com o apoio de familiares como os filhos, cunhados e a mãe. Nestes casos, não havia o envolvimento de grande parcela de outros membros familiares:

“Tinha o meu filho mais novo, que quando meu marido teve o derrame, ele tinha doze anos e é o que mais ficou com ele. Se eu precisasse sair, eu dizia: Você fica aí, não sai de perto [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

“A mãe no começo ajudou, depois não ajudou mais, porque eu tinha que cuidar dela também e ela começou a ficar doente [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“Os filhos não ajudou não [...]. Veio uma cunhada minha aqui para ficar comigo um mês. Ela já cuidou muito de idosos, da família do marido, assim, e ficou um mês aqui [...] (Esposo cuidador - F5)”.

Embora atualmente tenham uma participação mais ativa no cuidado, observou-se que alguns familiares não se envolvem na assistência direta, principalmente quando são homens. Isto foi observado nos relatos da família 5, em que todos os filhos são homens, e na família 6, em que só existe uma mulher entre os cinco filhos. Nesta família, a participação dos filhos homens era feita por meio de auxílio financeiro ou na locomoção do familiar com dependência para receber atendimento de saúde:

“No cuidado assim com ela, o remédio era tudo eles que compravam. Era tudo os três, porque o de Curitiba não ajudava porque ele estava em má situação [...]. Meu irmão [...] era ele que levava para o hospital, que já sabia o médico certo, as coisas certas pra encaminhar. O outro tem loja, já era mais difícil (Filha cuidadora - F6)”.

O auxílio financeiro, que geralmente é assumido pelos demais familiares, e a participação em algumas atividades que o cuidador não consegue realizar sozinho, tornam mais fácil o cuidado e fazem com que o cuidador se sinta, de certa forma, apoiado pelos demais. Notou-se, também, que os demais familiares que não se encontravam em boa situação financeira eram poupados de despesas originadas do cuidado. Este fator descreve a compreensão e cumplicidade da família, que mesmo em situações de dificuldades maiores, também se preocupa com outros problemas existentes no seio familiar.

Os códigos conceituais que formaram esta subcategoria estão demonstrados no quadro 25:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Envolvendo-se no cuidado após o AVE. Tendo o apoio de alguns membros familiares para o cuidado ao familiar com AVE. Auxiliando nas atividades de autocuidado. Recebendo apoio financeiro dos familiares.	Atitudes familiares que facilitam o trabalho do cuidador principal	Tornando-se cuidador

Quadro 25: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Atitudes familiares que facilitam o trabalho do cuidador principal”.

4.6.3 Categoria 3: Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado

Toda família, por não se encontrar preparada para vivenciar a situação de doença em seu meio, pode encontrar dificuldades para a manutenção do bem-estar do membro com hipertensão arterial. Entre as famílias deste estudo, pode-se observar que essas dificuldades estiveram presentes mais acentuadamente em famílias com dependências físicas.

4.6.3.1 Subcategoria 1: Cuidando dos familiares com dependência física

As principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pessoas que possuem alguma limitação dos movimentos ocorreram durante os primeiros anos de realização dos

cuidados, devido, principalmente, à inexperiência do cuidador e da família em lidar com a situação. Em alguns dos relatos, a dificuldade foi referida como uma situação inicial, que foi se tornando mais fácil com o decorrer do tempo:

“Agora é mais fácil cuidar, no início era difícil [...] (Filha cuidadora - F2)”.

O fator que facilitou o cuidado após os primeiros anos, referido pela família 2, aludiu à condição de dependência e lucidez em que se encontrava o familiar. Os demais familiares referiram, por exemplo, que inicialmente o familiar dependente exigia a todo o momento a atenção da família, às vezes assumindo até atitudes grosseiras, que revelavam a não-aceitação da situação em que se encontrava:

“No início era difícil. Agora ele quase não conhece ninguém, quase não conversa; mas os dois primeiros anos, era de dia e de noite, ele querendo as coisas e pedindo água, e se você não desse água, ele [...] xingava[...] (Filha cuidadora - F2)”.

Ao contrário, para outras famílias, quando o membro se tornou mais independente o cuidado foi facilitado, pois esta condição pode refletir-se em menor sobrecarga para o cuidador:

“[...] aí depois que ela saiu da cama e foi pra cadeira, aí facilitou, porque ela ficou do meu lado (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

A dificuldade inicial e a necessidade de atenção constante também foram referidas pela família 5:

“Só os primeiros meses foi mais difícil, pela situação dela [...]. Ela se batia na cama [...], aí depois ela saiu da cama e foi para a cadeira, aí facilitou [...] (Esposo cuidador e hipertenso – F5)”.

A atenção constante que deveria ser prestada ao familiar ocasionou o cansaço do cuidador, principalmente por este não possuir outra pessoa que pudesse auxiliar no cuidado:

“A gente alugou uma cama daquela de hospital [...] e eu tinha que ficar na cadeira ali do lado [...], foi uns seis meses assim. Difícil porque a gente não dormia [...]. Porque ela virava, ficava de mau jeito, então não tinha como dormir [...] (Esposo cuidador e hipertenso -F5)”.

Além do cuidado prestado, algumas famílias também precisam se adaptar e aprender a realizar todas as rotinas domiciliares. Quando o cuidador é o esposo se torna mais trabalhoso realizar estas atividades, pelo fato de este não ter as tarefas domésticas como seu papel na convivência em família. Para a família 5, por exemplo, o cuidador teve que aprender a fazer todas as atividades diárias da casa:

“Eu faço todas as coisas [...] faço pão[...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

Alguns aspectos referentes à família também podem dificultar que o cuidador realize a assistência e cuide de si mesmo. O não-envolvimento de todos os familiares e a inexistência de outras pessoas que auxiliem no cuidado sobrecarregam o cuidador. Isto pode levá-lo a uma diminuição da sua qualidade de vida, devido às inúmeras atividades que demandam o cuidado de um membro com debilidades físicas.

A família não está preparada para cuidados complexos e específicos, por isso se sente insegura para a realização da assistência ao familiar. Esta dificuldade de adaptação à nova realidade pode ser amenizada com o passar do tempo, com o apoio de outros familiares e de profissionais de saúde que os auxiliem e orientem na prestação dos cuidados.

A participação de outros membros da família nas atividades iniciais de cuidado apresentou-se como facilitador para a família 1. Os parentes realizavam todo o serviço da casa, enquanto a esposa ficava com disponibilidade para cuidar do esposo com AVE:

“[...] porque era difícil, no início tinha que ficar tratando na boca. Eu era só para isso [...] (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Para o cuidado, as famílias podem recorrer ao auxílio de algumas pessoas. Estas podem ser um membro próximo da família ou pessoas que sejam referência por serem mais experientes no cuidado:

“[...] depois do segundo, daí baqueou de uma vez mesmo, mas minha mãe tava aí, ajudava a fazer alguma coisa (Esposo cuidadore hipertenso - F3)”.

“Veio uma cunhada para ficar aqui comigo um mês, ela já cuidou de muitos idosos, da família do marido [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

O cuidador pode também solicitar o apoio de alguém da comunidade sem vínculos familiares, que o auxilie em todas as atividades, como as domésticas, além de cuidar do familiar:

“[...] mas tinha uma ajudante. De dia era essa pessoa e à noite era só eu. No sábado era eu que assumia [...]. O que ela mais fazia era lavar a roupa da mãe, passar a roupa e até a minha ela passava [...] (Filha cuidadora - F6)”.

Em uma família, o adoecimento da mãe que o auxiliava e a inexistência de outros membros familiares para ajudá-lo nas atividades domésticas e de cuidado acarretaram sobrecarga do cuidador principal, que neste caso também é o esposo:

“[...] mas daí piorou de uma vez, porque a mãe ficou doente também. Daí a mãe doente, minha filha desse jeito aí, e ela, aí piorou mais, e eu com a pressão alta [...] (Esposo cuidador e hipertenso- F3)”.

Outros fatores que também dificultam a realização do cuidado foram citados pelos familiares. Um deles se referiu à própria condição física e emocional do familiar com dependência, que muitas vezes dificultava as práticas de cuidado:

“[...] Às vezes eu colocava ele aqui nesse sofá, ele queria ir para aquele [...] não tinha lugar bom para ele. Na hora do banho ele fazia um escândalo, que se os vizinhos ouvissem eles iam falar que tavam judiando do velho [...] (Filha cuidadora - F2)”.

Outra cuidadora também referiu a ausência dos irmãos no cuidado com a mãe com AVE. Estes delegaram à única irmã a responsabilidade pela assistência:

“Família. Tavam aqui e ficavam cinco minutos. Visitinha de médico. Médico é que faz assim, vai no quarto do doente cinco minutos [...] (Filha cuidadora - F6)”.

Estas atitudes dos membros familiares podem dificultar suas relações, além de causar um maior sofrimento ao familiar agravado, que já se encontra em uma situação de vulnerabilidade para o desenvolvimento de quadros de rebaixamento do humor. Além disso, podem levar ao sofrimento emocional dos próprios cuidadores e ao agravamento de suas condições de saúde, pois na maioria dos casos estes também possuíam condições crônicas:

“[...] agora, com 50 anos, eu descobri que tinha pressão alta (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

“A pressão foi depois do derrame dele. Antes eu não tinha nada, só o diabete. Eu já tenho diabete faz 10 anos (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Nestas duas situações, os cuidadores também desenvolveram algumas das condições crônicas após o agravamento da condição crônica do familiar. O estresse ocasionado pela situação vivenciada pode ter contribuído para o desenvolvimento da condição nestes cuidadores.

Para outras famílias, a necessidade de tratamento constante foi descrita como fator dificultador. Para a família 13, a distância entre a cidade em que residia e a aquela em que deveria realizar o tratamento foi uma barreira durante o tratamento do familiar.

“Ele fez [hemodiálise] quase 3 anos. Eu morava em Itaguajé e vinha pra cá em Maringá, todo dia que eu precisava trazer ele. Um dia sim, outro dia não, eu tinha que vir (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

“[...] antes foi bastante difícil. Tinha que levar para fazer exames, levar para Curitiba, sempre saindo. Difícil porque são três filhos, nunca ficaram internados nem por causa de uma gripe, e de repente vem ele assim, já nasce [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

A preocupação da mãe em ter que deixar os filhos sob a responsabilidade do pai ou dos parentes que residem nas proximidades do domicílio também foi referida pela família 14. A família precisou se adaptar a estas situações, muitas vezes necessitando do auxílio de outras pessoas para não que deixasse de ser realizado o cuidado aos outros membros familiares.

No quadro 26 estão presentes os códigos conceituais que revelaram esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Sentindo dificuldades para realizar o cuidado logo após o AVE. Realizando todas as atividades domésticas mesmo antes do AVE. Sentindo a sobrecarga devido ao número de pessoas a serem cuidadas. Tendo dificuldades para realizar o cuidado devido às seqüelas do familiar. Tendo que se adaptar ao cuidado do membro com AVE. Necessitando de auxílio para o cuidado. Tendo dificuldades para se adaptar ao cuidado após o AVE . Não se envolvendo no cuidado ao familiar com AVE. Exigindo que os demais familiares ajudem no cuidado. Desenvolvendo hipertensão após o AVE do familiar Tendo dificuldades de deslocamento para o tratamento da hipertensão da criança. Vivenciando dificuldades para realizar o acompanhamento da hipertensão	Cuidando dos familiares com dependência física	Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado

Quadro 26: Códigos que demonstraram a subcategoria “Cuidando dos familiares com dependência física”.

4.6.3.2 Subcategoria 2: Vivenciando dificuldades econômicas

Além de todas as dificuldades já referidas pelas famílias, também foi possível destacar as econômicas. A existência de uma condição crônica no seio familiar gera gastos financeiros,

seja com a compra de medicamentos que não são ofertados pela rede pública, seja com a manutenção de alguém para auxiliar nos cuidados. As dificuldades financeiras podem advir inclusive do fato de algum membro ter que deixar as atividades empregatícias. Quando a condição afeta o membro que é o provedor da casa, as dificuldades com as finanças podem ser maiores, necessitando, muitas vezes do auxílio de parentes e amigos para manter as necessidades básicas.

Na família 4, o esposo é quem foi acometido pelo AVE. No início do tratamento tentaram manter um atendimento com médicos e fisioterapeutas particulares, visto que a família possuía uma reserva financeira:

“Quando deu o derrame, foi tudo particular [...]. Então se esse dinheiro é dele, nós vamos gastar com ele. Só que depois não deu mais [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

Quando não conseguiram mais pagar o tratamento, recorreram ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a manutenção das despesas domésticas, a esposa contava com o auxílio dos filhos já casados.

Para a família 3, o membro acometido pelo AVE foi a esposa. Como a família não possuía condições de manter uma pessoa para o cuidado, o esposo assumiu esta tarefa, além da manutenção da casa. Para isso, teve que abandonar a atividade empregatícia, mas conseguiu se aposentar por tempo de serviço. Mesmo assim, refere a dificuldade de manter a família com esta renda mensal:

“[...] porque pelo que eu ganho, eu tô passando apuro. Minha filha também não pode ajudar [...]. Se a gente ganhasse bem, podia pagar uma pessoa para ajudar, mas a gente não ganha [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

A dificuldade de manter as despesas domésticas fez com que essa família vendesse sua casa para comprar outra em um local mais simples. Com este procedimento, o esposo referiu que conseguiria fazer uma reserva para auxiliar nos gastos financeiros.

Não é raro verificarmos relatos de dificuldades econômicas entre as famílias. Quando as dificuldades financeiras ganharam maiores proporções, uma das famílias chegou a tomar medidas drásticas para que os demais familiares passassem a auxiliar financeiramente no cuidado:

“Devido a dificuldades financeiras e de envolvimento da família, o filho cuidador decidiu entrar na justiça para buscar seus direitos e exigir que seus irmãos cuidassem e ajudassem nos gastos (Diário de campo - F10)”.

O quadro 27 demonstra os códigos desta subcategoria:

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Aumento dos gastos financeiros com o tratamento. Vivenciando dificuldades financeiras para realizar o cuidado Buscando auxílio judicial para que os demais familiares auxiliem nos gastos financeiros com o membro familiar.	Vivenciando dificuldades econômicas	Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado

Quadro 27: Códigos que deram origem à subcategoria “Vivenciando dificuldades econômicas”.

4.7 TEMA 5: PERCEBENDO A ASSISTÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro está voltado ao atendimento familiar, por meio do Programa de Saúde da Família. Esta estratégia tem possibilitado diversos benefícios à população, tais como a melhoria de seu acesso aos serviços e vigilância à saúde, estreitamento do vínculo profissional-usuário, entre outros. Compuseram este processo os relatos das famílias sobre a percepção da assistência recebida, em especial os seus pontos positivos e negativos e sugestões sobre possíveis melhorias para que as necessidades de saúde destas sejam supridas. A Figura 5 representa graficamente as categorias e subcategorias que o compõem.



Figura 5: Representação gráfica do Tema 5: Percebendo a assistência do sistema de saúde.

4.7.1 Categoria 1: Valorizando o acompanhamento domiciliar

A visita domiciliar realizada pelos profissionais que integram a equipe de saúde da família foi uma das ações mais verbalizadas pelas famílias. A melhora no acesso às ações de saúde e no vínculo com os profissionais foi expressa nos seus relatos:

“Ah, melhorou. Se não fosse as visitas, seria pior (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

“Recebemos visitas, foi tudo beleza [...] (Filho cuidador e hipertenso - F10)”.

Este tipo de serviço/atividade foi valorizado principalmente por famílias que conviviam com a dependência física, pois nestes casos a locomoção até os serviços de saúde é mais difícil. Ressalte-se, por outro lado, que, devido às dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde da família do município, a visita domiciliar não constitui uma realidade experienciada por todas as famílias que convivem com a hipertensão. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais, relacionadas com a debilidade no planejamento das atividades, e a deficiência na estrutura - como a ausência de meio de transporte e a distância das unidades de Saúde da Família (USF) da área de abrangência, interferem na disponibilidade dos profissionais, que precisam restringir suas visitas às famílias com membros acamados ou com dependência física.

A atividade desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) também foi reconhecida pelas famílias. Além do repasse de orientações, os ACSs desenvolvem a vigilância à saúde e comunicam à equipe as necessidades identificadas em sua área de abrangência.

“Aquela moça da saúde [...] sempre eu falava, que vinha mais vezes em casa, ver se a mãe tava bem. Aí onde eles chamavam o médico e o médico vinha [...] (Filha cuidadora - F6)”.

A visita domiciliar também favoreceu e fortaleceu o vínculo profissional-usuário. As estratégias de abordagem da família pelos profissionais podem estreitar o relacionamento entre os atores deste processo e, conseqüentemente, favorecer a saúde de todos os membros da família. O vínculo com a equipe ocasionou segurança para as famílias e proporcionou a possibilidade de resolução dos problemas de saúde:

“Eles vinham, o médico vinha fazer a visita e até hoje o médico nunca se esquece dele [...]. Até hoje as enfermeiras ainda vêm. E o médico, eu não sinto um médico, eu sinto um amigo [...] (Esposa cuidadora - F1)”.

O vínculo estabelecido entre o profissional e as famílias também favoreceu o repasse de orientações, tanto para cuidadores, ao lidarem com os membros com dependência física, quanto para os próprios membros com hipertensão, investindo na aquisição de hábitos considerados saudáveis:

“[...] eles vinham ensinar como lidar com a mãe. Verificava a pressão quando eu chamava, porque tem o médico da saúde [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“Depois que deu dessa segunda vez foi daí que eles falaram: oh! Tem que tirar o sal [...]. Ele [o médico] falava: Tira o sal da comida, olha a comida sem sal, que ataca a pressão alta [...](Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

O trabalho dos profissionais com grupos de pessoas com hipertensão também proporcionou o vínculo do usuário com as equipes, e as informações repassadas nestes grupos também foram reconhecidas pelo hipertenso:

“Essa doutora aqui, ela vem, faz um desenho lá, ela explica [...]. Ajuda bastante, porque se você lembrar do que ela falou, vai fazer uma comida aqui, aí você lembra: a doutora falou que não é para comer essa comida ali [...](Hipertenso - F7)”.

O médico foi o profissional referido com maior frequência entre os relatos das famílias para a realização das atividades de orientação, o que pode estar relacionado com a importância que a população atribui a esse profissional.

O vínculo com a família permite, ainda, conhecer a rotina das pessoas que são assistidas e observar as condutas e atitudes de cuidado com a condição crônica, diagnosticando as falhas e orientando sua correção, com vista à melhoria das condições de saúde:

“[...] até esses dias a doutora me cobrou isso aí [caminhada] (Hipertenso - F8)”.

A realização de um exame físico durante o atendimento domiciliar foi referida pela família 7. Esta prática tem como finalidade a busca de problemas de saúde para tentar solucioná-los:

“Aí bateram palma lá em casa [...] entrou aquela mulher [...] e ficou uma hora conversando comigo [...]. Ela me olhou as pernas, os braços e tava tudo inchado [...](Hipertenso - F7)”.

A confiança nas ações de saúde realizadas pelos profissionais foi exemplificada em um dos relatos da família 7:

“Eles entendem, tanto o médico quanto a enfermeira, é só olhar pra gente e eles já sabem [...] (Hipertenso - F7)”.

O fato de estes profissionais possuírem conhecimentos sobre as patologias e suas formas de manifestação, associado ao vínculo formado durante as visitas domiciliares, faz com que os usuários depositem confiança nos conhecimentos profissionais, facilitando o repasse de orientação e favorecendo a adesão aos tratamentos da hipertensão arterial.

O quadro 28 mostra a codificação dos dados que foram apresentados nesta categoria.

Códigos conceituais	Categoria	Tema
Estabelecendo o vínculo entre profissional e usuário. Recebendo apoio do sistema de saúde para o cuidado. Buscando apoio profissional para controle de doenças. Facilitando o controle da hipertensão por meio da orientação. Realizando aferição da pressão. Ensinando a cuidar do indivíduo com AVE. Realizando vigilância à saúde. Reconhecendo os benefícios da visita domiciliar. Cobrando a visita profissional. Confiando na ação profissional.	Valorizando o acompanhamento domiciliar	Percebendo a assistência do Sistema de Saúde

Quadro 28: Códigos conceituais que originaram a categoria “Valorizando o acompanhamento domiciliar”.

4.7.2 Categoria 2: Avaliando a assistência à saúde

Esta categoria foi formada pela opinião dos usuários sobre o sistema de saúde identificada nos relatos. Entre as falas, foi possível agrupar códigos que revelaram uma

avaliação positiva, uma negativa e a citação de algumas melhorias que ainda podem ocorrer nas atividades profissionais.

4.7.2.1 Subcategoria 1: Avaliação positiva da assistência profissional

De forma geral, todas as famílias avaliaram a assistência como de boa qualidade e afirmaram que esta tem sido melhorada no decorrer dos anos. Geralmente, as famílias fazem comparação do atendimento atual com a assistência que experienciaram alguns anos atrás.

Sete famílias consideraram a assistência recebida do sistema público de saúde de boa qualidade, sem ter gerado reclamações dos familiares:

“Olha, eu não tenho que reclamar não [...] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

“Eu acho que ta boa, tá uma bênção [...] (Hipertensa - F11)”.

A atenção dos profissionais durante a assistência foi destacada por duas famílias, segundo as quais em todas as situações foram bem atendidas. As atitudes dos profissionais e o carinho com que desempenham o cuidado também foram valorizados:

“O médico daqui, ele vem, ele é uma bênção, ele é muito atencioso, leva o caso da gente com amor, se apega com as pessoas, ele ama as pessoas que ele cuida [...] (Hipertensa - F11)”.

“E não tenho que reclamar, porque foi bem atendido, e até hoje a gente é bem atendido (Esposa cuidadora e hipertensa - F1)”.

Outros profissionais também foram lembrados. O atendimento prestado pela equipe de enfermagem tem ganhado espaço e a confiança das famílias, possibilitando que esta categoria auxilie ainda mais nas atividades de caráter preventivo:

“Do atendimento do posto eu não tenho que reclamar não. A médica é ótima, é bem atenciosa. As enfermeiras, pra mim, elas sempre atendem muito bem [...] (Mãe cuidadora - F14)”.

“Eu não tenho que dizer, nem de médico, nem de enfermeira. Quem me socorre as coisas é a enfermeira. Elas fazem muito pra gente [...] (Hipertenso - F7)”.

As visitas domiciliares realizadas pela equipe de enfermagem também têm sido destacadas, demonstrando uma maior valorização de seu serviço a partir do momento em que as visitas começaram a ser realizadas:

“Todas a vezes que eu precisei lá delas, da doutora, então tá de parabéns. E das enfermeiras eu tenho que dizer muito bem, e mais ainda quando vêm visitar a minha casa. Eu só tô bravo porque a médica ainda não veio aqui [...] (Hipertenso - F7)”.

Quando a visita é realizada a uma família esta se sente importante, pois percebe que a equipe está preocupada com o seu bem-estar. Para os profissionais, há uma maior possibilidade de intervir nessa família.

Ter uma boa assistência também foi comparado com a disponibilidade de materiais a serem utilizados pela população:

“A assistência está boa. Sempre tem os medicamentos, o atendimento está bem [...] (Filho cuidador e hipertenso - F10)”.

“[...] a sorte de fornecer esse material [gaze, soro, luvas para curativo], porque se não fornecesse esse material, aí não pode comprar, porque é caro esse material [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F3)”.

A qualidade na assistência, além de ser manifestada pela atenção digna dispensada pelos profissionais, tanto no serviço ambulatorial quanto nas instituições hospitalares, também pode ser reconhecida pelo bom tratamento e suprimento das necessidades dos usuários. O membro de uma família que geralmente ficava internado por complicações relacionadas ao descontrole dos níveis pressóricos manifestou-se contente com a assistência à saúde e com os

alimentos que eram oferecidos pelo serviço, vendo neste fator um símbolo de qualidade da assistência prestada:

“Foi muito bom [...] olha, eu não comi sem carne, e tem hospital que só dá sopa de macarrão [...] (Hipertenso - F7)”.

As pessoas geralmente associam o bem-estar com o suprimento de suas necessidades. Por isso, muitas pessoas podem adotar este parâmetro para avaliar a assistência recebida nos serviços de saúde; ou seja, se os serviços respondem às suas expectativas, são considerados bons para as famílias entrevistadas. O relato da família 8 também revelou esta condição:

“Eu acho que até onde eu fui, eu fui bem atendido [...] (Hipertenso - F8)”.

O familiar relatou que a assistência foi boa até onde ele precisou. Isto revela que os usuários não possuem conhecimento sobre o funcionamento de todo o sistema, e acabam por avaliar a assistência por meio daquilo que necessitam ou necessitaram.

O quadro 29 mostra os códigos conceituais que deram origem a esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Elogiando a assistência recebida no hospital, UBS e domicílio. Melhorando a assistência com o passar dos anos. Recebendo materiais do sistema público. Tendo atenção dos profissionais. Qualificando a assistência como ótima.	Avaliação positiva da assistência profissional	Avaliando a Assistência à saúde

Quadro 29: Códigos conceituais que originaram a subcategoria “Avaliação positiva da assistência profissional”.

4.7.2.2 Subcategoria 2: Avaliação negativa da assistência profissional

Observou-se também que seis das famílias referiram a assistência como negativa. Trata-se de situações que revelaram atitudes profissionais que não corresponderam às expectativas e descontentaram os usuários. Um dos fatores que geraram a avaliação negativa foi o descontentamento com a atitude profissional durante o atendimento a elas mesmas ou a seus familiares, desrespeitando os sentimentos da família em momentos de crise:

“Ele [profissional] falou assim: olha, sua mãe tá podre, podre. Bem assim foi a expressão do doutor [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“[...] E eu fui lá e falei que tava com dor pra ela [médica], e ela só falou que não, que era por falta de exercício, ficava muito parada [...] (Hipertensa - F12)”.

Esta situação de desrespeito foi reconhecida pelas famílias, que emitiram um julgamento das atitudes após a ocorrência do evento:

“Na gramática dele [profissional] não era para ele falar assim não [...] (Filha cuidadora - F6)”.

“O que eu acho errado nos médicos do posto de saúde é que é assim, você vai no médico, e porque eu sou gorda, você pode ter qualquer doença e eles falam que é por causa da obesidade. Então eu acho que não é por aí também [...] (Hipertensa - F12)”.

Diante desta situação, algumas famílias não tomaram nenhuma atitude, o que pode revelar o medo e a passividade dessas famílias ao não manifestarem seu descontentamento pelas atitudes dos profissionais e não exigirem condutas mais humanas e de respeito ao seu sofrimento. Por outro lado, um familiar com hipertensão, durante a assistência, agiu de forma agressiva com um profissional de saúde, tentando agredi-lo fisicamente após considerar-se desrespeitado durante a assistência:

“Diz eles que era vinte e um [a pressão], mas eles nunca falam a verdade. Médico e enfermeira às vezes mede a pressão, e tava quinze, eles falam que tava treze [...]. Então eu fervei assim e mandei a mão. Ia dar encrenca [...] (Hipertenso - F7)”.

No sistema público, muitas vezes o usuário não pode escolher o profissional pelo qual gostaria de ser atendido, tendo que se submeter ao atendimento com profissionais que nem sempre lhe transmitem confiança em suas ações. Diante disso, uma familiar desenvolveu uma estratégia para manter um bom relacionamento com o profissional que a atendia, visando evitar conflitos e descontentamentos:

“Tem que saber a hora que você conversa com ele, porque ele é meio estourado. Ele me atende, me medica direitinho [...] mas não pode questionar com ele não, ele não gosta [...] (Hipertensa - F9)”.

A desatenção e a não-realização de exame detalhado do familiar com algum agravo também geraram o descontentamento de alguns cuidadores:

“[...] esse outro [médico] não examinou, pegou a receitinha e já foi fazendo o exame e pedindo o exame, mas nem fez assim [...]toque nela pra ver o que era [...] (Filha cuidadora - F2)”.

O atendimento somente da queixa do usuário reflete a parcialidade e o olhar reducionista do profissional, que nesta situação não buscou conhecer outros problemas que podiam gerar a condição de doença citada pela família durante a consulta. A ocorrência destas situações gerou a concepção de uma assistência de baixa qualidade:

“[...] mais eu acho um pouco fraca [a assistência] (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

No quadro 30 se podem observar os códigos que compuseram esta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
Descontentando-se com a atitude do profissional de saúde. Julgando o sistema público como fraco. Ficando irritado com a atitude profissional. Julgando a atitude profissional como desrespeito. Buscando o respeito do profissional de saúde. Aprendendo a lidar com o profissional. Atendendo somente à queixa do paciente.	Avaliação negativa da assistência profissional	Avaliando a Assistência à saúde

Quadro 30: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Avaliação negativa da assistência profissional”.

4.7.2.3 Subcategoria 3: As melhorias que ainda podem ocorrer

Algumas famílias também identificaram alguns setores em que poderiam ocorrer melhorias. Maiores recursos no setor saúde, melhor atenção aos serviços prestados, maior frequência nas visitas domiciliares, agilidade nos agendamentos de consultas e exames especializados e desenvolvimento de um atendimento integral foram os fatores destacados pelas famílias como atividades que necessitam ser melhoradas.

Em relação ao investimento de recursos financeiros na saúde, não houve especificação das famílias sobre o porquê de eles reconhecerem que os recursos destinados pelas instâncias governamentais são insuficientes:

“Porque eu acho assim, que deveria ter mais dinheiro do governo, das prefeituras. Ponhá mais dinheiro na saúde [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

“[...] eu acho que deveria investir mais em saúde, melhorando o salário dos profissionais [...] (Hipertenso - F8)”.

Estes dois relatos podem refletir consciências sociais, pois eles não aprofundaram o porquê e a origem da necessidade de maiores investimentos no sistema público de saúde.

A atenção nos atendimentos prestados pelos profissionais de saúde também precisa ser melhorada. Maior importância deveria ser dada aos problemas vivenciados pelos usuários:

“Então eu acho que os médicos do posto, eles não dão muita importância. Eu acho que eles precisavam melhorar mais, dar mais atenção (Avó cuidadora e hipertensa - F13)”.

“Eles têm condições, capacidade para fazer uma coisa melhor. Porque se você chega num lugar daquele é porque você tá precisando, e você chega lá e volta vazia [...] (Filha cuidadora - F2)”.

A deficiente estrutura dos serviços de saúde e a ausência de planejamento das atividades por parte dos profissionais podem ser fatores que dificultam um melhor atendimento. A inexistência de veículos disponíveis para deslocamento diário das equipes de saúde da família até a área de abrangência, que muitas vezes fica longe da unidade de saúde, dificulta o atendimento e a frequência das visitas domiciliares, de modo que esses serviços ficam restritos ao indivíduo doente, não se estendendo à sua família. O intervalo entre estas visitas também é prejudicado:

“O médico vem a cada dois meses. Se viesse de mês em mês, seria melhor, acompanhar mais de perto [...] (Esposo cuidador e hipertenso - F5)”.

O agendamento de consultas e exames especializados foi considerado de difícil acesso para famílias usuárias:

“Ele sempre faz o eco [ecocardiograma] e tem vez que é muito demorado (Mãe cuidadora - F14)”.

Os procedimentos burocráticos para conseguir atendimento constituem um fator de demora e podem até comprometer o tratamento dos usuários:

“ A cada 10 sessões [de fisioterapia] eu tinha que voltar lá de madrugada na consulta pra pegar a guia de novo e levar na clínica de novo para e fazer a

fisioterapia [...]. Terminava as sessões, eu já ia lá no posto, pegava de novo [...] (Esposa cuidadora - F4)”.

Ao conhecer as famílias, os profissionais podem visualizar as concepções de seus membros e buscar com elas as suas necessidades e expectativas de atendimento. As famílias podem trazer aos profissionais informações de como gostariam que seu tratamento fosse realizado, facilitando a busca de estratégias de intervenção na saúde familiar:

“Começa a investigar a vida desse pessoal, aí você vai ver que você vai descobrir algo no interior dessa pessoa, que não é tanto o que ele come, não é tanto uma extravagância que ele faz, não é tanto a falta de exercício físico [...] procura saber como ele tá vivendo, procura saber que é que tá desagradando, por que eu sinto isso. Dormir bem é uma beleza pra pressão alta, ter uma vida feliz, porque eu tenho visto famílias que têm muito problema, com os filhos [...] disso que tá acontecendo hoje. Essa agitação tem feito mal demais pra população, não é tanto comer. É a vida agitada que o povo tá levando hoje [...] (Hipertensa - F11)”.

A abordagem familiar, despertando para os problemas do indivíduo e da família, pode favorecer a assistência prestada pelos profissionais de saúde. O apoio à saúde emocional, o estímulo aos momentos de lazer com a família e o auxílio para a resolução dos problemas presentes no seio familiar podem ser mais eficientes do que somente referir repetidas vezes ao indivíduo as mudanças de hábitos. A assistência profissional deve buscar a integralidade das ações, sem se esquecer de que o organismo biológico está inserido em ambientes que possuem seus costumes e valores e que sofrem alterações por meio das interações vivenciadas por estas pessoas com o mundo social que as cerca.

O quadro 31 destaca os códigos conceituais desta subcategoria.

Códigos conceituais	Subcategoria	Categoria
<p>Tendo que dar mais atenção ao usuário.</p> <p>Profissionais de saúde podem prestar uma assistência melhor.</p> <p>Necessitando de maiores investimentos em saúde.</p> <p>Necessidade de buscar o conhecimento da vivência da família.</p> <p>Precisando investir na resolução de problemas.</p> <p>Tendo que diminuir a demora no agendamento de consultas e exames.</p>	<p>Melhorias que ainda podem ocorrer</p>	<p>Avaliando a assistência à saúde</p>

Quadro 31: Códigos conceituais que formaram a subcategoria “Melhorias que ainda podem ocorrer”.

5 INTERRELACIONANDO TEMAS E CATEGORIAS

A apresentação e discussão do fenômeno “A família convivendo com a hipertensão” possibilitaram a observação das inter-relações entre temas e categorias.

Com o desenvolvimento do fenômeno “A família convivendo com a hipertensão”, as concepções de saúde e doença e algumas atitudes reveladas pelas famílias foram consideradas como condições causais do processo. A família concebe a doença como a presença de sintomas físicos que possam interferir na realização de suas atividades diárias. Além disso, nem as pessoas que possuem hipertensão nem os demais membros da família a consideram como doença. Em outros momentos, as famílias também revelaram que modificam parcialmente seus hábitos para estimular a mudança para um estilo de vida mais saudável do familiar com hipertensão. Observou-se que os cuidados com a doença são realizados somente após sua manifestação, o que demonstra a não-realização de cuidados preventivos com doenças crônicas. Com isso, revela-se o conceito de que os cuidados com a hipertensão precisam ser realizados somente após a instalação da condição crônica. Em vista destes fatores, considera-se que a hipertensão não é prevenida entre as famílias, manifestando-se seu controle como um grande desafio para o sistema de saúde.

O contexto em que o fenômeno “A família convivendo com a hipertensão” se insere foi identificado no tema 5 - “Percebendo a Assistência do Sistema de Saúde”, que revela as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para interagir com a família e assisti-la. Para os profissionais de saúde, suas ações baseiam-se no modelo atual de assistência à saúde da família, em que a atenção domiciliar tem sido considerada uma oportunidade para intervenções nos diversos estágios da hipertensão arterial; ou seja, a intervenção dos profissionais de saúde da família permeia todos os outros processos e pode ser determinante na evolução ou não da doença destes estágios para outros mais graves; entretanto, as práticas profissionais têm-se reduzido ao atendimento das queixas das pessoas e a assistência domiciliar ainda é realizada com atividades pontuais, pautadas no modelo biologicista e de atendimento individual.

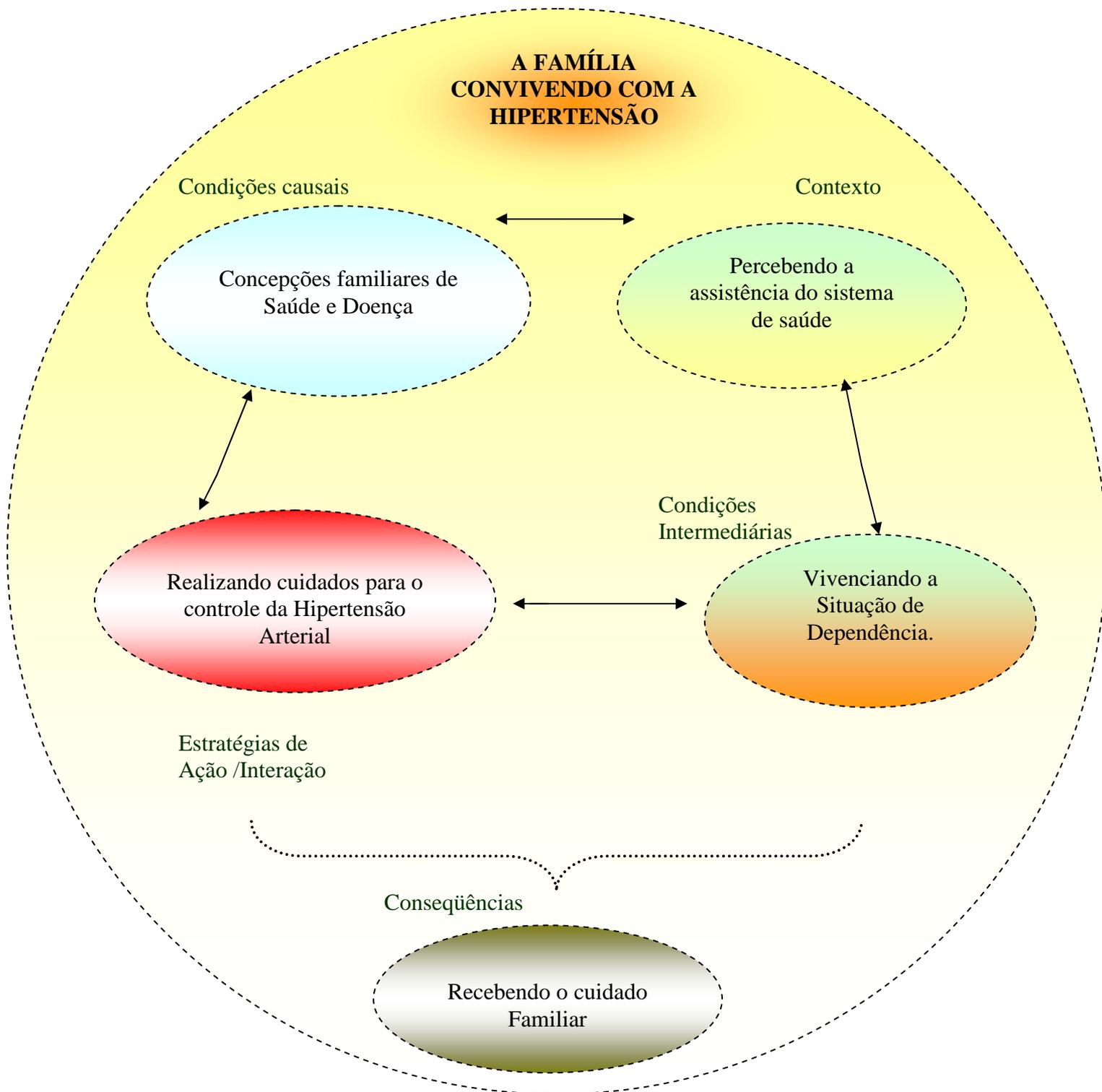


Figura 6: Diagrama do modelo de paradigma, aplicado ao fenômeno “A família convivendo com a hipertensão arterial”.

As condições intermediárias oriundas da hipertensão arterial foram baseadas no desenvolvimento da dependência física de familiares e no envolvimento da família no cuidado de seus membros com hipertensão, sejam estes dependentes ou não. Estas condições foram reveladas pelo tema 3: “Vivenciando a Situação de Dependência”. As famílias, ao conviverem com a dependência, começam a sentir-se como unidade adoecida e abalada, pois a concepção de doença, para estas famílias, é a presença de sintomas e situações que impossibilitem a realização de atividades da vida diária, como pode ser sentido na ocorrência de incapacidades físicas geradas por um AVE. O apoio profissional, tanto para o indivíduo quanto para a família, também é fundamental neste processo. Nesse momento intensifica-se o cuidado familiar, sendo que a família acaba sendo representada por um cuidador principal e por outros membros que se envolvem ou não no cuidado. Este cuidador e familiares necessitam de apoio e capacitação para realizar os cuidados, e a atenção profissional deve estar presente neste cenário.

As estratégias de ação/interação foram identificadas no tema 2 - “Realizando cuidados para o controle da hipertensão arterial”, que revelou algumas atitudes que a família toma para conviver saudavelmente com a condição crônica. As ações que as famílias mais realizam estão baseadas, principalmente, na mudança de hábitos considerados inadequados à saúde, quando o familiar possui a confirmação de uma condição crônica e em práticas populares fundamentadas no conhecimento provindo do meio social. Em algumas famílias foi comum a utilização de chás de ervas para o controle da hipertensão e a cura de condições que alteram os níveis pressóricos.

Todo o processo identificado pelos dados possibilitou a visualização do que acontece na situação em estudo, sendo que o resultado é a realização do cuidado familiar, revelado pelo tema 4: “Recebendo o cuidado familiar”. A maneira como a família e o familiar com dependência vêem a condição atual em que se encontram também influencia as ações de cuidado e a atenção com a hipertensão. Em alguns casos as famílias não se importam devidamente com o agravo e a hipertensão, devido ao desconhecimento da doença e, principalmente, à ausência de incapacidades, levando à não-continuidade dos cuidados e à ocorrência de novos episódios. Esta é uma das dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidado com a hipertensão: o desconhecimento.

No exercício do cuidado, na maioria das vezes a família realiza as atividades necessárias à manutenção da vida do familiar acometido pela doença, envolvendo-se integralmente ou tendo uma participação que é representada por um cuidador principal, com uma participação mais superficial de outros membros.

Diante disso, a interferência do sistema de saúde, por meio de uma assistência direcionada e disposta a trabalhar os problemas familiares em relação à condição crônica, facilita a realização correta de cuidados que devem ser direcionados ao familiar, com vista ao repasse de informações, ao controle da hipertensão e à prevenção de novas complicações.

6 DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO: A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO

Neste item descreveremos o modelo teórico denominado “A família Convivendo com a Hipertensão Arterial”, baseado na experiência da família e seus membros que possuem esta condição crônica, nos seus diversos estágios e manifestações. Este modelo teórico representa a visualização do fenômeno vivenciado pelas famílias sob a ótica do pesquisador envolvido no trabalho. A seguir, os dados serão discutidos e confrontados à luz dos resultados de outras pesquisas desenvolvidas sobre o tema, tendo-se em vista que o confronto dos dados é uma das premissas da metodologia adotada, a qual preconiza que os achados da literatura que se ajustarem aos resultados da pesquisa sejam interpretados como dados de suporte para o tema e os que não se ajustarem sejam analisados de forma que se possam encontrar possíveis explicações para estes casos.

Após o diagnóstico de uma condição crônica em um de seus membros, a família percebe-se como uma unidade adoecida, que necessita adaptar-se, cuidar-se e ser, ela própria, amparada. As diferentes atitudes em face da hipertensão baseiam-se nas interações entre a família, o ambiente e os profissionais de saúde. O cuidado a seus membros está fundamentado nestas informações adquiridas pelos familiares no meio que os cerca. Assim, “A família convivendo com a hipertensão” é o processo central desta teoria, o qual foi assim denominado por causa de sua abrangência na representação do fenômeno. Inclui os cinco grupos amostrais com situações diferentes em que a hipertensão esteve presente, seja como única condição seja como causadora de complicações a ela associadas.

Durante a revisão de literatura foram encontrados diversos estudos que abordavam o tema *doenças crônicas* os quais acabavam por fazer referência à hipertensão arterial em si. Entretanto, estes estudos ora abrangiam muitas condições crônicas, dificultando a identificação de todos os fatores referentes à hipertensão arterial, ora se limitavam a particularidades da hipertensão, muitas vezes não considerando o contexto em que ela está inserida. A abordagem familiar, nestes trabalhos, mostrou-se ainda muito incipiente, ficando essas pesquisas restritas à pessoa que possui a condição crônica.

Na presente pesquisa pretendeu-se trabalhar com algumas situações familiares em que a hipertensão está presente, seja como condição única, seja como causa de outras complicações, seja ainda como conseqüência de outros problemas. Não obstante, mesmo

abordando-se cinco grupos amostrais, acreditamos que não foram consideradas todas as situações em que esta condição pode estar inserida.

O fenômeno “A família convivendo com a hipertensão arterial” é permeado de concepções, crenças, costumes e experiências que fundamentam as atitudes da família e de seus membros ao conviverem com esta condição crônica. Os temas identificados não possuem uma ordem linear e se integram constantemente, existindo um laço entre as categorias formadas.

As fases identificadas neste estudo também não são vivenciadas por todas as famílias. Por exemplo, algumas pessoas conseguem manter o controle da pressão arterial e, associando outros cuidados e fatores, não chegam a desenvolver as complicações que em geral decorrem do descontrole da pressão, e assim não vivenciam a fase de dependência física.

O primeiro tema, denominado “Concepções sobre a saúde e a doença”, foi formado com base nos dados referidos pelas famílias que revelaram as concepções de saúde e doença, e demonstrou os conceitos das famílias sobre o que é ser saudável e ser doente e sua visão sobre a hipertensão arterial. Este tema foi identificado em todas as famílias e, em alguns momentos, os conceitos variavam de acordo com sua cultura e ambiente em que vivem.

Praticamente todas as famílias concebem doença como a existência de sintomas físicos, e a hipertensão não é vista como doença, pois as famílias referem que esta não possui muitos sintomas e não interfere na realização das atividades diárias. Para elas, ter saúde significa não possuir sintomas físicos, e isso pode gerar a concepção de que a hipertensão não é uma doença, por ser, na maioria dos casos, assintomática.

Cereser (2004) concorda com esta análise, pois ao trabalhar com um grupo de mulheres hipertensas, identificou que estas concebem doença como sendo a impossibilidade de realizar as atividades diárias, e que não se consideram doentes por possuírem a hipertensão arterial. Observa-se que o “Concebendo a hipertensão arterial” começa a ser revelado quando não existe a visualização desta como doença. Este fato pode oferecer subsídios para a assistência, pois ao não se considerar a hipertensão uma doença, a adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso, pode estar sendo prejudicada.

A ausência de sintomas em algumas pessoas, revelada em “A hipertensão como doença (as)sintomática”, também pode ser um dos fatores que contribuem para a desistência do uso de medicamentos entre algumas famílias. Entretanto, várias referiram que, a partir da convivência com a condição crônica, existem alguns sintomas que elas associam com o aumento da pressão, dentre os quais os mais citados foram tontura, cefaléia, cansaço, palpitação e edema. Estes também foram destacados por outros estudos (LIMA; BUCHER;

LIMA, 2004), sendo a cefaléia o sintoma mais freqüente. Ademais, também para Carvalho, Teralolli Junior e Machado (1998) uma conseqüência indireta deste fato é que, em decorrência da capacidade de eliminar estes sintomas, alguns pacientes acabam por ingerir estes medicamentos somente quando apresentam sintomas que os incomodem, aumentando assim a possibilidade de ocorrência de complicações.

As causas da hipertensão foram atribuídas, na maioria das vezes, a fatores externos. Estes fatores, segundo as famílias, estão relacionados ao estresse, nervosismo, obesidade, idade avançada, condições de trabalho e atritos familiares. Há também alguns autores (CARVALHO; TERALOLLI JUNIOR; MACHADO, 1998; PERES; MAGNA; VIANA, 2003; LIMA; BUCHER; LIMA, 2004) que destacam como causa da hipertensão os aspectos emocionais, hábitos alimentares inadequados, herança familiar, obesidade e o cigarro, além de terem encontrado pessoas com hipertensão cuja origem desconhecem.

Nesta pesquisa, com o entrelaçar das categorias, também pôde ser visualizado o “Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial”. Nenhuma das famílias se considera doente por possuir somente a hipertensão. Quando já possuem algum agravo decorrente da hipertensão, como o AVE, então sim elas se reconhecem doentes, pois em todos os casos estudados houve o agravamento físico e a instalação de alguma dependência que prejudicou a realização das atividades diárias. O “Sentindo-se saudável com a hipertensão arterial” também pode resultar da concepção de algumas famílias segundo a qual a pessoa nunca deve se considerar doente, pois quando assim se considera, essa pessoa passa a acreditar que está nessa condição, o que a leva a dificuldades em viver saudavelmente.

“A família convivendo com a hipertensão arterial” revelou os cuidados realizados pelas famílias para o controle da pressão, destacando, assim, o segundo tema: “Realizando cuidados para o controle da hipertensão arterial”. As concepções de saúde e doença e hipertensão e a ausência de sintomas interferem nos cuidados adotados pelos familiares. Entre estes cuidados está a realização do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Ressaltou-se a crença de que os medicamentos controlam melhor a pressão. A concepção destes componentes como forma milagrosa para o controle dos níveis pressóricos ainda é predominante entre as pessoas que convivem com a condição crônica. Este fator também pode resultar na diminuição da importância que deve ser dada a outras formas de tratamento. Sobre o assunto, Lopes et al. (2007) observam que a ênfase no tratamento medicamentoso pode ser vista pelo indivíduo como uma fórmula milagrosa de controle da pressão arterial, em detrimento de outras práticas igualmente essenciais para a manutenção de níveis pressóricos em valores ideais, tais como a

mudança nos hábitos alimentares, a realização de atividades físicas e manutenção de uma vida saudável, com espaço para o descanso, lazer e vivência em família.

Por outro lado, mesmo com a valorização dos medicamentos para o tratamento de doenças, algumas pessoas com hipertensão encontram dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso. Vários são os motivos que levam a estas atitudes entre os hipertensos. Um deles, referido por diversos autores, refere-se à ausência de sintomas (CARVALHO; TERALOLLI JUNIOR; MACHADO, 1998; PERES; MAGNA; VIANA, 2003), que, como destacado anteriormente, muitas vezes leva o paciente a não se sentir doente. Outro fator refere-se ao desconhecimento do hipertenso sobre as conseqüências da doença. Desconhecer a importância de tratar a hipertensão e as conseqüências que esta pode trazer pode diminuir a adesão às formas de tratamento (LOPES et al., 2007). A não-realização dos cuidados com a hipertensão, muitas vezes devida ao desconhecimento das práticas saudáveis e/ou às condições culturais da família, pode acelerar o aparecimento de outras condições crônicas e dificultar seu controle.

Em algumas famílias se também verificou que, embora de forma incipiente, o tratamento não-medicamentoso está sendo realizado pelos hipertensos como auxílio ao controle da pressão. Os cuidados não-medicamentosos realizados pelas famílias, são o controle da dieta, os exercícios físicos, controle do tabagismo, realização de consultas e exames periódicos. Tais cuidados se apresentam mais intensamente influenciados pelas vivências e costumes das famílias. Na realização desta forma de tratamento também começa a haver uma participação mais intensa de outros membros familiares, que em alguns casos mudam sua rotina para auxiliar no tratamento do familiar com hipertensão. O envolvimento dos demais membros é uma das propostas para o auxílio no tratamento da hipertensão arterial (BONASSA; CAMPOS, 2001). Alguns estudos têm destacado a participação dos membros da família principalmente no auxílio a mudanças de hábitos, como a adesão do hipertenso ao tratamento dietético, sendo também um fator positivo bastante relevante o controle da pressão arterial (CERESER, 2004; LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Algumas estratégias adotadas pelas famílias, como a aceitação e uso da mesma dieta por todos os membros, a manutenção de medicamentos em casa, a preocupação dos familiares em reduzir as situações estressoras, o acompanhamento em caminhadas, a verificação diária da pressão arterial e conseqüente ajuste de medicamentos, também são destacadas como fatores que estimulam a manutenção da pressão em níveis considerados aceitáveis (CERESER, 2004).

As crenças que envolvem o controle da hipertensão podem interferir nas atitudes para o controle da condição crônica. O “Interferindo no controle da pressão arterial” destacou alguns costumes e crenças manifestados pelas famílias que podem revelar suas atitudes, mesmo que a pessoa com hipertensão não as expresse verbalmente. Preparar alimentos com pouca gordura, reduzir o sal na alimentação e evitar alguns tipos de alimento são práticas que os hipertensos referem como saudáveis, mas de difícil adaptação quando já se está habituado com outras formas de alimentação. Os fatores culturais e ambientais vividos pelas famílias fazem inferir que experiências anteriores vivenciadas pelos membros de grupos familiares podem interferir na prática dos cuidados.

A categoria “Crenças que interferem no controle da pressão arterial” ressaltou a utilização de chás e outras práticas alternativas adotadas para o tratamento da hipertensão. Mesmo com a hegemonia do saber médico e a concepção de que este profissional tem o conhecimento necessário para decidir o melhor tratamento e condutas sobre seus problemas de saúde, as pessoas com hipertensão não deixam de utilizar recursos provindos do saber popular para auxiliar no tratamento médico instituído (SOUZA et al., 2006). Um fator que explica a origem das crenças e práticas populares é a experiência individual, que ao longo do tempo e através da sociedade exprime uma cultura, influenciando as explicações dadas aos acontecimentos e às decisões, cujos resultados provocam repercussões sociais importantes. Os motivos para tal opção também estão relacionados ao menor custo destes chás e ervas, à frustração com o tratamento médico diante de um insucesso, ou ainda à sensação de alívio que o recurso popular proporciona (BARBOSA et al., 2004).

Não obstante, os costumes, crenças e concepções das pessoas sobre a hipertensão e formas de tratamento podem interferir de forma negativa ou positiva no tratamento e controle da doença. Algumas famílias não depositam confiança nas orientações repassadas para o controle da pressão arterial e acabam realizando o tratamento que acreditam ser mais eficaz, pautando-se em suas experiências e/ou de outras pessoas próximas. Foram identificados alguns casos de substituição de medicamentos por chás, de descrédito de que a utilização de alimentos gordurosos possa prejudicar as condições de saúde e a hipertensão e a despreocupação com a doença. Este último caso pode também levar a pessoa a não buscar informações sobre esta condição crônica ou a não aderir ao tratamento medicamentoso de forma correta e contínua.

A utilização destas práticas populares é comum entre os indivíduos com hipertensão. Geralmente, na busca pela recuperação da saúde e pelo restabelecimento do equilíbrio biopsíquico, o indivíduo lança mão de recursos naturais e de práticas existentes em seu meio

social para o alívio e cura de seus males. Práticas como a utilização de diversos chás caseiros de ervas nem sempre têm eficácia comprovada para o controle da hipertensão, mas mesmo assim estes chás continuam sendo utilizados, em alguns casos em substituição aos medicamentos, expondo-se o hipertenso ao risco de complicações como o acidente vascular encefálico, as doenças cardiovasculares e complicações das doenças de base, no caso de crianças com hipertensão.

Por isso, para o manuseio do tratamento desta condição é necessário conhecer os hábitos, culturas e crenças dos indivíduos e das pessoas de seu meio envolvidos no cuidado, pois para a realização de seu próprio cuidado a pessoa com hipertensão recorre muitas vezes a tratamentos originados do conhecimento popular, além do tratamento oferecido pelo sistema de saúde (LOPES et al., 2007). Vários estudos referem a utilização de plantas consideradas medicinais, preparadas na forma de chá com frutas ou ervas, sendo estes conhecimentos repassados entre as gerações, vizinhos ou outras situações ou ambientes sociais (CARVALHO; TERALOLLI JUNIOR; MACHADO, 1998; PRICE et al., 2000; SOUZA et al., 2006).

O tema seguinte, “Vivenciando a situação de dependência”, não é encontrado em todas as famílias e apresenta as experiências vivenciadas por algumas que se deparam com a condição de dependência ocasionada por complicações da hipertensão não controlada, das quais a mais comum é o acidente vascular encefálico (AVE), também destacado em outras pesquisas (LAVINSK; VIERIA, 2004; NARDI, 2007). Os fatores emocionais do membro familiar ao conviver com as seqüelas do AVE foram mostrados pelos relatos das famílias. O “Convivendo com as seqüelas do AVE” revelou os medos e anseios na busca pela reabilitação e retorno às atividades diárias. A pessoa acometida pela dependência convive com a expectativa do retorno às atividades da vida cotidiana que vivenciava anteriormente. Para que sua vida chegue o mais próximo possível da “normalidade”, tanto o indivíduo quanto a família se esforçam por realizar as atividades de reabilitação, tratamento e prevenção de novos episódios de AVE.

Algumas pessoas com dependência expressam a esperança e expectativa de que os medicamentos revertam as seqüelas físicas, e por isso, investem num tratamento extremamente correto. Entretanto, a reversão da situação de dependência é, em muitos casos, um processo demorado, ocasionando o desânimo do familiar acometido. Em “Sentindo dificuldades para conviver em família”, observou-se que as relações familiares podem ser prejudicadas ao se vivenciar o desânimo pela demora do doente em se reabilitar. Para as pessoas que sofreram o agravamento da fala, a dificuldade para a comunicação é referida com

pesar, tanto pelo membro com AVE quanto pelos cuidadores, que acabam por desenvolver novas formas de comunicação, nem sempre compreendidas por todos.

Alguns autores referem que a situação de dependência no interior da família causa impactos muito fortes, geralmente ocasionados por alterações inevitáveis do afeto entre os membros envolvidos, mudanças nas rotinas domésticas e nas relações familiares (KARSH, 2003; MARCON et al., 2006), podendo ter seus reflexos na manifestação do cuidado. A forma como a família intervém neste processo faz a diferença para a reversão do quadro e a não-desistência do tratamento.

Já na categoria “Enfrentando o Processo de reabilitação”, quando o indivíduo aceita os cuidados consegue retomar, em maior ou menor tempo, algumas atividades importantes, que são reveladas na subcategoria “Retomando algumas atividades da vida diária”. A recuperação do familiar com dependência é vista como com alegria pela família, tanto na realização de atividades mais simples - como a de se alimentar sozinho ou caminhar sem ajuda de outros - como nas atividades mais complexas, como andar de bicicleta. Para as mulheres, retomar algumas atividades do lar e do cuidado de si traz a sensação de prazer e volta à normalidade.

Não obstante, em alguns casos o cuidado não é aceito pelo familiar acometido pela dependência, e as causas disto, reveladas na subcategoria “Desistindo do cuidado”, estão ligadas à forma como o indivíduo enfrenta e visualiza a situação vivenciada e à interação existente naquele momento. Dependendo das interações que a pessoa experiencie durante a convivência com a dependência e de suas concepções anteriores sobre esta condição, maiores ou menores serão as chances de reação à situação em que se encontra. Por este motivo, a família, unida por laços de amor e afetividade, envolvida nas relações entre os membros, também possui um papel fundamental no incentivo às atividades de tratamento. Quando o cuidador e família desistem de acreditar na reabilitação do familiar, o processo de recuperação das seqüelas também é prejudicado.

As interações e a concepção de dependência física como sintoma de doença interferem na reação do familiar ao tratamento após um episódio de acidente vascular encefálico. Na subcategoria “Cuidando da hipertensão após AVE”, observa-se que, em alguns casos, que a família modifica sua alimentação e sua rotina de atividades, passando a adotar hábitos mais saudáveis, e realiza irrepreensivelmente o tratamento medicamentoso. Estes fatores também foram identificados por Cereser (2004) e Lima, Lopes e Araújo (2001). Já em outras famílias, mesmo com a experiência de vivenciar um AVE, os cuidados continuam a ser negligenciados, o que reflete a forma de enfrentamento da situação crônica no seio familiar.

“A convivência da família com a hipertensão” revelou que, quando a condição crônica é encontrada na unidade familiar, torna-se necessário o envolvimento da família nos cuidados. Assim, pôde-se vislumbrar o quarto tema: “Recebendo cuidados familiares”.

De acordo com Ribeiro (2004), o enfrentamento da doença crônica pela família pode se manifestar de diversas formas e depende de alguns fatores: o estágio da vida familiar, o papel desempenhado pela pessoa doente na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento da família e o modo como ela se organiza durante o período da doença.

A categoria “A família se envolvendo no cuidado” revela que, em situação de dependência de algum membro, sempre alguém da família se responsabiliza, em maior proporção, por seu cuidado, pessoa que geralmente é denominada cuidador principal. Esta função, porém, nem sempre é assumida como opção, e geralmente se fundamenta em alguns aspectos culturais da sociedade e da família. Por exemplo, nesta função entre as famílias destacam-se as mulheres, geralmente por possuírem, arraigada em sua criação, maior responsabilidade pelo cuidado da família ou por serem responsáveis pelas atividades de cuidados domiciliares, o que implica, em alguns casos, em não realizar atividades empregatícias extradomiciliares.

Outros pesquisadores também encontraram resultados semelhantes. Alvarez (2001), Ribeiro (2004) e Nardi (2007) encontraram, em sua maioria, mulheres assumindo o cuidado de membros familiares doentes e concluíram que assumir o papel de cuidador principal leva em conta o dever deste de cuidar, o fato de ter sido designado para cuidar e a experiência de já ter cuidado de outros membros. Sobre o assunto, Romanelli (2000) também escreve que as responsabilidades assumidas pelas mulheres com o cuidado familiar já se encontram dentro do repertório simbólico de regras familiares. Com isso, a mulher tende a assumir os cuidados com a família e com a saúde de seus membros, sejam estes crianças ou familiares dependentes.

Entretanto, na categoria “Tornando-se cuidador” observamos que alguns homens assumem a função de cuidador principalmente quando o membro acometido é a esposa e não existe alguma outra mulher (filha, nora) com disponibilidade para assumir o cuidado. Más condições financeiras também se apresentaram como um dos determinantes para esta situação, pois inviabilizam a contratação de uma cuidadora. Este fato também foi visualizado por Catani e Girardon-Perlini (2004), em que alguns homens assumem como cuidadores de idosos dependentes por terem suas esposas trabalhando e eles serem os únicos disponíveis para a realização dos cuidados.

Em famílias que convivem com criança hipertensa verifica-se que o cuidado é assumido pela mãe ou por uma figura materna (avós ou outras). Isto corrobora os dados encontrados por Ribeiro (2004), em que se espera que a mulher permaneça com o filho em situações de doença, muitas vezes diminuindo ou abandonando sua jornada de trabalho, se necessário. Nestas famílias observou-se que a atenção dispensada aos filhos que possuem a condição crônica é maior, mesmo a mãe referindo-os como normais e não concebendo a hipertensão como doença.

Já quando a situação se inverte, ou seja, os filhos cuidam dos pais, geralmente o cuidado é permeado por um conceito de retribuição aos benefícios que os pais prestaram aos filhos quando estes eram dependentes. Lavinsck e Vieira (2004) também encontraram que os sentimentos dos familiares cuidadores envolvem um misto de retribuição, amor, medo, pena, nervosismo e impaciência. Segundo as autoras, para as filhas cuidadoras o cuidado a seus pais tem sido a forma encontrada de retribuir-lhes a oportunidade de terem sido geradas e postas no mundo.

Em todas as famílias, observa-se que o membro cuidador geralmente está mais atento à situação de saúde do familiar acometido pela condição crônica e é referência para a aquisição de conhecimentos sobre a doença e formas de cuidado. Com isso, ele aprende a fazer curativos em lesões de pele, que são agravadas pela hipertensão, recebe e busca informações sobre a doença do familiar e também age como multiplicador de suas experiências de cuidado a outras pessoas por meio das interações. Alguns autores destacam que o primeiro passo dos cuidadores é inteirar-se do tratamento da doença e, conseqüentemente, aprender a ter o domínio do cuidar (DAMIÃO; ANGELO, 2001).

Este familiar, ao assumir o cuidado, pode receber ou não a ajuda de outros familiares. Quando outros decidem ajudar, a sobrecarga de tarefas é distribuída e o cuidador tem maior facilidade em adaptar-se à rotina de trabalho, sem ter que deixar as atividades próprias; mas em alguns casos os outros familiares se esquivam do cuidado, deixando toda a responsabilidade ao familiar que assumiu como cuidador principal. Nestes casos, não é raro observar a presença de sofrimento emocional, desenvolvimento de problemas crônicos e estresse físico do cuidador, provindos da sobrecarga de atividades delegadas a uma só pessoa. Também se observam dificuldades na relação entre a família quando esta situação ocorre, refletidas por cobranças e desentendimentos, o que também foi identificado por Alvarez (2001), em que os sentimentos de mágoa e pesar foram observados nos cuidadores quando a ajuda dos demais membros familiares não chega.

O fato de conviver com a condição crônica, segundo Costa, Alvez e Lunardi (2006), é permeado por vivências associadas a sentimentos de sofrimento no cotidiano das pessoas em seu processo de viver, pois pode ser entendido como uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e permanece, alterando a condição de saudável de indivíduos ou de grupos.

Na convivência com a situação de dependência, a família, ao interagir com o tratamento e recuperação do familiar com seqüelas físicas, assume a postura de estimuladora da reabilitação do familiar, originando a subcategoria “Estimulando a Reabilitação e o Autocuidado”. Além disso, as famílias modificam sua rotina para estimular a adoção destas atividades por seus membros. Assim modificam a forma de preparação dos alimentos, auxiliam no banho e nas atividades de higienização, adaptam o ambiente para que o familiar realize algumas atividades domésticas que não lhe ofereçam risco. Estas modificações, de acordo com Martins, França e Kimura (1996), proporcionam um ambiente agradável e estimulador que favorece as limitações do familiar dependente, especialmente na independência em relação a cuidar de si próprio, mesmo que a condição crônica acarrete dificuldades e interferências nas atividades de autocuidado.

A família, ao conviver com a dependência de um de seus membros, também experiencia situações de sofrimento decorrentes da dificuldade de pais e filhos em desenvolver atividades que outrora realizavam (passeios, atividades escolares), das críticas de outros membros familiares que não se envolveram no cuidado, da hospitalização do familiar por alguma complicação e, principalmente, da experiência da morte do familiar ou do convívio com a proximidade desta. Se já se enfrentam dificuldades para conviver com a morte de familiares quando estes se encontram em um processo de bem-estar, provavelmente se torna mais difícil, para a família que convive com um familiar que foi acometido de uma condição crônica e se encontra em situação de risco e de permanente possibilidade de agravamento de seu estado de saúde, aceitar e conviver com esta situação, pelo estresse que ela causa.

Mesmo assim, quando os familiares são idosos e se encontram um estado de dependência já avançado, a família vivencia um luto antecipado, pois sabe que a qualquer momento o evento de morte pode ocorrer e esta conformidade com a finitude da vida pode ser uma forma de minimização de seus sofrimentos.

A espera pela morte muitas vezes é expressa por famílias que convivem com a condição crônica, principalmente quando já se esgotam os recursos terapêuticos para o tratamento da condição (BIELEMANN, 2004).

Quando a família convive com a hipertensão mas nenhum de seus membros é dependente, as atividades de cuidado estão presentes, mas com menor intensidade e preocupação, devido à autonomia do familiar. Em algumas famílias todos os seus membros se adaptam quando se faz necessário mudar para um estilo de vida mais saudável; mas há casos em que a família é consciente dos cuidados que devem ser realizados e cuida para que o familiar com hipertensão não se desvie destes cuidados, mas dificilmente adere às mudanças. Este fato revela a negligência com as atividades de prevenção de doenças e reafirma a concepção de que o cuidado com a condição crônica só precisa ser realizado a partir do momento em que essa condição se manifesta no organismo. Cade (2001) e Lima, Lopes e Araújo (2001) descrevem a não-adesão a um novo regime de vida juntamente com o familiar com hipertensão como falta de apoio da família para as mudanças de hábitos e falta de responsabilidade desta pelo tratamento do membro hipertenso.

Na categoria “Enfrentando dificuldades para a realização do cuidado”, observamos que os maiores obstáculos referidos pelas famílias para cuidar de pessoas com dependência foram encontrados nos primeiros anos após o episódio de AVE, estando relacionados, principalmente, com a inexperiência dos cuidadores, com o desconhecimento da doença e dos cuidados que devem ser tomados e com as próprias seqüelas ocasionadas pelo AVE, que impedem o familiar de ajudar nas atividades de seu próprio cuidado.

A situação econômica da família também é um dificultador, pois a presença de uma condição crônica no interior da família acarreta gastos financeiros, seja com a compra de medicamentos que não são ofertados pela rede pública seja com a manutenção de materiais de uso pessoal do familiar. As dificuldades econômicas podem ainda advir quando se torna necessário o cuidador deixar as atividades empregatícias ou quando o familiar acometido pela condição crônica é o provedor familiar. Karsh (2003) refere que, dependendo da gravidade da dependência, há a necessidade de reorganização da família, e, muitas vezes esta reorganização pode acarretar dificuldades tanto econômicas quanto sociais, pois, com a concepção e o modelo vigente de família nuclear, espera-se que a família tenha um membro com disponibilidade para assumir as responsabilidades de manutenção das atividades diárias do membro com dependência, sem ser considerada a distância a que esta família pode estar deste modelo hegemônico.

Finalmente, o quinto tema - “Percebendo a assistência do sistema de saúde” - destaca o cuidado dispensado pelos profissionais de saúde, os fatores positivos e negativos e as melhorias que deveriam ocorrer, segundo as famílias. Em todos os processos anteriormente referidos, a assistência oferecida pelos profissionais de saúde se faz importante. A interação

do profissional com a família que convive com a hipertensão estimula a realização de mudanças para estilos de vida saudáveis, para a realização de formas corretas de tratamento e a participação familiar, e identifica as dificuldades que a família enfrenta e como acontece a convivência com a hipertensão. Para que estas atividades ocorram de forma efetiva o atendimento domiciliar se faz importante, visto que esta é uma das formas para o conhecimento da realidade familiar. O atendimento no domicílio também é valorizado pelas famílias, pois além de favorecer o vínculo com o profissional, permite conhecer a realidade destas famílias, facilita o repasse de orientações e informações de cuidados e a prevenção de novas complicações. Além disso, realiza a vigilância à saúde de todos os membros familiares e aumenta a confiança nas ações e orientações profissionais, permitindo que a família seja ativa no cuidado de si e de seus membros.

A literatura tem apontado alguns benefícios de se trabalhar com famílias, entre os quais se destaca a maior facilidade de acesso e de aceitação das orientações realizadas. Estes dois aspectos revelam que família e profissionais saem ganhando, pois a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecido com as famílias favorecem a qualidade da assistência, e como consequência, entre outros aspectos, resulta em maior gratificação pessoal e profissional (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Na categoria “Avaliando a assistência à saúde” pôde-se verificar que a assistência, em alguns pontos, é avaliada positivamente. De forma geral, todas as famílias avaliam a assistência como de boa qualidade, principalmente quando há o suprimento de algumas necessidades, como facilidade no encaminhamento para consultas especializadas, atendimento de qualidade nos hospitais durante os internamentos e outras. Geralmente, este é um parâmetro adotado pelas famílias para verificar a qualidade da assistência. As famílias também destacaram como positiva a atenção que é dispensada aos usuários durante o atendimento.

A participação da equipe de enfermagem nas ações de saúde dispensadas para a família também tem sido destacada como fator positivo para o atendimento de pessoas que convivem com a hipertensão arterial. Em alguns casos, a família referiu quanto se beneficia do atendimento prestado pela equipe de enfermagem, tanto no domicílio quanto na unidade de saúde, e quanto esta assistência tem concorrido para a melhora de sua saúde. Sobre este assunto, Lacerda, Zagonel e Martins (2006) destacam que o enfermeiro precisa envolver-se plenamente no atendimento domiciliar, pois a assistência à família requer do profissional esta característica. A partir da ampliação das atividades da enfermagem, incorporando o atendimento domiciliar, pode-se refletir que a função e a vocação do enfermeiro são

acrescidas de percepções como a perspectiva do contexto domiciliar e da comunidade na qual o paciente e sua família estão inseridos e a rede social que os apóia. Assim, o atendimento à saúde no domicílio exige um planejamento atento das ações, com base nos objetivos assistenciais, no diagnóstico da saúde e, também, nas condições da família e da própria residência em que se encontra o paciente.

Outros autores também destacam que, para se ter uma assistência capaz de atender às necessidades do paciente com hipertensão, faz-se importante a abordagem por uma equipe interdisciplinar (PESSUTO; CARVALHO, 1998; CARVALHO; TERALOLLI JUNIOR; MACHADO, 1998; PERES; MAGNA; VIANA, 2003). A atenção dispensada por diversas categorias profissionais proporciona a observação e compreensão das concepções que a pessoa possui acerca da hipertensão arterial (CARVALHO; TERALOLLI JUNIOR; MACHADO, 1998; MUNOZ et al., 2003; PRICE et al., 2000), considerando-se suas crenças, valores e o ambiente em que vive, pois estes fatores interferem em suas atitudes e escolhas. Além disso, a equipe interdisciplinar, ao compartilhar experiências no trabalho, pode acelerar o crescimento profissional de cada um, e ao mesmo tempo, assistir adequadamente a clientela hipertensa, o que repercutirá positivamente na redução da taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial e na minimização dos custos sociais decorrentes das faltas ao trabalho, de aposentadorias precoces, de invalidez e licenças para tratamento de saúde (SANTOS, 2004).

Em outras situações, a assistência às pessoas com hipertensão é considerada negativa, e assim é qualificada devido às atitudes que determinam o desrespeito aos problemas e situações enfrentadas pelos usuários e famílias, tais como: atendimento somente da queixa do usuário, que reduz a resolução do problema de saúde à eliminação ou redução de sintomas físicos; a não-realização de uma consulta detalhada para identificar problemas de saúde; a insensibilidade de profissionais com o sofrimento ocasionado pela proximidade da morte de familiares.

Apesar de o paradigma atual na saúde visar à integralidade nas ações dos profissionais com a comunidade, o modelo cartesiano e biomédico tem influenciado significativamente a assistência à saúde. Este modelo possui em si, de forma bem objetiva, a concepção de que apenas os profissionais têm os recursos necessários para identificar e tratar a doença. Assim, o profissional decide como deve ser o comportamento do usuário atendido perante a doença e seu tratamento, sem se importar com o meio social da pessoa, suas crenças, sua religião, suas práticas culturais, seu modo de viver, seus medos, anseios e perspectivas (SOUZA et al., 2006). Destarte, a valorização da queixa durante os atendimentos de saúde às pessoas com

hipertensão reduz o modelo biologicista ao atendimento da sintomatologia clínica, muitas vezes não investigando a origem destes sintomas.

O atendimento ao usuário, seja no domicílio seja em unidades de saúde, possibilita a interação entre indivíduos e profissionais. Estas interações, fundamentadas no paradigma holístico de assistência, proporcionam momentos de interação, em que pode ocorrer o repasse de novas informações, concorrendo, assim, para a transformação das condutas e atitudes da pessoa ante a condição crônica. Além disso, a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante, pode melhorar a aderência ao tratamento, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos usuários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A atuação profissional também pode significar o recebimento de informações para o profissional sobre os diversos fatores que interferem no cuidado com a hipertensão arterial, favorecendo a instrumentalização da família e do hipertenso para o autocuidado (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

Diante da assistência recebida, na categoria “Melhorias que podem ocorrer” são apresentadas algumas sugestões dos usuários/famílias sobre algumas melhorias para o sistema público. Uma delas se refere a maiores investimentos no sistema público, que tem deixado os usuários serem atendidos em condições precárias e tem dificultado a realização de atividades nas unidades de Saúde da Família no atendimento da população. Outra refere-se à melhora do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, da atenção que deve ser oferecida ao familiar com hipertensão e sua família, além de otimizar o atendimento realizado pelos profissionais da unidade de saúde, oferecendo mais vagas de atendimento e melhorando o agendamento de consultas especializadas e exames.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do modelo teórico “A família convivendo com a hipertensão”, baseado na Teoria Fundamentada nos Dados, possibilitou a compreensão deste fenômeno no seio familiar, pois explorou as diversas situações em que ele pode ocorrer. Ressalte-se que o modelo teórico aqui apresentado constitui um processo contínuo e inacabado, que pode ser ampliado com o acréscimo de mais dados, e até mesmo modificado, dependendo das situações adotadas.

A convivência da família com a hipertensão arterial, do ponto de vista das concepções familiares de saúde e doença, recebe interferência das relações com o meio social. Essas concepções fundamentam as práticas de cuidado familiar e suas atitudes diante da doença. O fato de não se considerar doente tendo hipertensão e não conceber essa condição como doença pode levar o indivíduo a não realizar os cuidados e não entendê-los como necessários para si, o que pode repercutir no tratamento da condição crônica. Por isso estas concepções precisam ser conhecidas e consideradas pelos profissionais de saúde, com vistas a um atendimento que envolva o indivíduo e à sua inserção no meio social.

Muitas famílias que convivem com a hipertensão arterial não possuem seus membros dependentes de cuidados. Nestes casos, o indivíduo é ativo e independente e, com isso, não se pensa na necessidade da atenção familiar a estas pessoas. Entretanto, a partir do modelo teórico desenvolvido, conclui-se que a família precisa realizar atividades de cuidados junto a este familiar, mesmo que ele não apresente nenhuma limitação. Neste caso, estas atividades objetivam estimular as mudanças de hábitos, com vistas a prevenir o aparecimento de complicações e também o surgimento desta condição em outros membros da família. Os profissionais de saúde, ao interagir com esta família, podem identificar a ausência destes cuidados e estimular a participação de todos os familiares nas atividades e tratamento do familiar independente com hipertensão arterial.

Quando a dependência se encontra instalada em decorrência do descontrole da hipertensão, a participação dos familiares é mais intensa, embora, em alguns casos, ocorra um menor envolvimento de alguns membros. Talvez, se a participação familiar tivesse sido estimulada e a realização de cuidados tivesse começado antes da ocorrência das complicações, a família teria tido grande possibilidade de não estar convivendo com a dependência atualmente. Cabe ressaltar ainda que a manifestação do cuidado somente quando a doença se manifesta pode ser reflexo do modelo de assistência à saúde biologicista e individual, em que,

semelhantemente às atitudes dos profissionais, algumas famílias só se envolvem intensamente quando se instala alguma situação que exija maiores cuidados.

Esta visão pode ser modificada a partir da interação entre profissionais e famílias, resultando em práticas e atividades de educação em saúde. Uma oportunidade em que estas práticas poderiam ocorrer, revelada pelas famílias do estudo, seriam as reuniões de grupos de hipertensos, que poderiam abranger outros membros familiares e não somente os próprios hipertensos, que geralmente comparecem a estas reuniões com o intuito de adquirir receitas e medicamentos anti-hipertensivos.

A assistência à hipertensão que inclua a interação e participação familiar tem sido destacada por vários estudos, e cada vez mais se encontram trabalhos que comprovam o sucesso que pode advir da associação entre o cuidado familiar e o profissional. Entretanto, as crenças e concepções familiares sobre saúde e as formas de assistência profissional não mudam na mesma proporção, e, enquanto isso, muitas famílias poderão ter que enfrentar o fenômeno de “conviver com a hipertensão” em seu meio.

Pelo exposto, na prática profissional o estudo deste fenômeno contribui de forma significativa para o entendimento da família no convívio e cuidado com a hipertensão, favorecendo a reflexão, e conseqüentemente, possíveis mudanças nas atitudes profissionais relativas à assistência da pessoa com hipertensão e sua família. Além disso, fornece subsídios para fundamentar novas formas de ver e atender a família, baseando-se nas concepções, meios de cuidar e necessidades que esta família apresenta.

Por fim, acredita-se que os profissionais de saúde precisam investir incansavelmente em ações diferenciadas para a abordagem do indivíduo com hipertensão e família. É preciso elaborar estratégias que extrapolem os conceitos do modelo biologicista que permeiam a assistência à saúde, assistindo a família, investindo no aconselhamento em saúde, de modo a resgatar e valorizar seus costumes, crenças e valores, ampliando as ações em saúde e estimulando o próprio usuário para o controle de sua pressão arterial.

REFERÊNCIAS

- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre ao ambiente familiar. 2001. 174 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de Conviver em Família. In: ELSSEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 199-215.
- ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado no contexto domiciliar. Florianópolis: Enfermagem PEN/UFSC, 2001.
- ATAÍDE, M. B. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Interrelação dos propósitos da teoria de Peplal com o cuidado ao diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 674-679, nov./dez. 2002.
- BAPTISTA, E. K. K. **Monitoramento dos óbitos por doenças cérebro-vasculares em Maringá-PR**: uma análise dos registros de dados na perspectiva do evento sentinela. 2005. 35f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.
- BARBOSA, M. A.; MELO, M. B.; SILVEIRA JUNIOR, R. S.; BRASIL, V. V.; BEZERRA, A.L.Q. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 715-719, 2004.
- BIELEMANN, V. L. M. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: ELSSEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 199-215.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BONASSA, E. C.; CAMPOS, C. V. **A saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica; n. 15).
- CADÊ, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 43-50, maio 2001.

- CARVALHO, F.; TERALOLLIJUNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-621, jul./set. 1998.
- CATANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente na voz dos cuidadores domiciliares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 254-271. 2004. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o processo saúde-doença no contexto interdisciplinar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004.
- CENTA, M. L. A família enfrentando a infertilidade. In: ELSESEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 113-125.
- CERESER, H. L. A vivência da hipertensão arterial na família: quando o doente é a mulher. In: ELSESEN, I. MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 251-264.
- CHENITZ, W. Z.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory: qualitative research in nursing**. Menlo Park: Addison-Wesley, 1985.
- COSTA, M. L.; LINDOLPHO, M. C.; SÁ, S. P. C.; ERBAS, D.; MARQUES, D. L.; PUPPIN, M.; DELATORRE, P. O Idoso em terapêutica purimedamentosa. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 261-266, set./dez. 2004.
- COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 27-31, jan./mar. 2006.
- DAMIÃO, E. B. C.; ANGELO, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da Criança. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-71, mar. 2001.
- ELSESEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSESEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.
- FIELD, P. A.; MORSE, J. **Nursing research: the application of qualitative approaches**. Rockville: An Aspen Publicaton, 1985.
- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- GIACOMOSI, O. M.; ANDRADE, F., LACERDA, M. R.; PINTO, M. N.; CHAVES, M. M. N.; LARROCA, L. M. Development of center of a nursing care. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 2, n. 1, Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn201giacomozzietal.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2006.
- GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity: advances in the methodology of Grounded Theory**. San Francisco: University of Catlifornia, 1978.

GLASER, B. G. **The grounded theory perspective III: theoretical coding**. Mill Valley: Sociology Press, 2005.

GLASER, B. G., STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GOLDIM, J. R. O consentimento informado e sua utilização em pesquisa. In: VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p. 82-89.

KARSH, U. M. Idosos dependentes, famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 861-866, jun. 2003.

LACERDA, M. R., ZAGONEL, I. P. S., MARTINS, S. K. Standards of the nursing knowledge and its interface to the attendance to the domiciliary: a literature review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/293/59>>. Acesso em: 29 ago. 2007.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimento de familiares envolvidos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 41-45, 2004.

LIMA, F. E. T.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Família saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 63-69, jan./jun. 2001.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, jul./ago. 2004.

LOPES, M. C. L. SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; CARREIRA, L. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, 2007. Artigo submetido.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto à programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 207-14, mar./abr. 2003.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA L., DECESARO M. N. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes doentes crônicos. In: ELSEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 265-282.

MARCON, S. S. LOPES, M. C. L.; FERNANDES, J. ANTUNES, C. R. M. WAIDMAN, M. A. P. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. **On line Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 1, jan. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/145/40>>. Acesso em: 20 jul. 2006.

MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida em pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, nov./dez. 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MOLINA, M. A. S. M. **A trajetória da mulher com câncer e as mudanças na família**. 2005. 250 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

MUNOZ, L. A.; PRICE, Y.; CAMBINI, L.; STEFANELLI, M. C. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 77-84, 2003.

NARDI, E. F. R. **Apoio Social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NOBRE, F.; CHAUCAR, F.; VIANA, J. M.; PEREIRA, G. J. V.; LIMA, N. K. C. Evaluation of the medical care of patients with hypertension in a Emergency Department and Ambulatory Hypertension Unit. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 2, fev. 2002.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá- PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 65-72, fev. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF, 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidades: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 02, p. 377-385, fev. 2006.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de Risco em Indivíduos com Hipertensão Arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri-SP: Manole, 2004.

- PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PRICE, Y., ARELIANO, P.; BURGOD, P.; GARCIA, M., PENAILILLO, J.; MUNOZ, L. A. Vivenciando la hipertensión arterial en consultorios de atención primaria. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 65-70, jul./dez. 2000.
- RIBEIRO, N. R. R. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSSEN, I. MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 183-197.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Educ: Cortez, 2000. p. 73-88.
- SANTOS, Z. M. S. A. Atendimento multiprofissional e interdisciplinar à clientela hipertensa. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 86-91, 2004. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v17-2/artigo7.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.
- SOUZA, M. A.; MELO, M. B.; SILVEIRA JUNIOR, R. S.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; MARINS, C. A.; SOUZA, M. M.; BRASIL, V. V. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 512-517, out./dez. 2006.
- STERN, P. N. **Grounded theory methodology: its uses and process**. Indianópolis: Image, 1980.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. Thousand Oaks: Sage publications, 1990.
- VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WEIRICH, C. F., TAVARES, J. B., SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 172-180. 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 15 jun. 2007.
- WENDHAUSEN, A. L. P.; REBELLO, B. C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 243-251, set./dez., 2004.
- WUNDERLICH, M. G. M.; SCOCHI, M. J. Perfil e acesso do idoso no sistema de saúde pública de Maringá-Paraná. **Revista de Ciências da Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 95-103, jan./jun. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE -A

TERMO DE CONSENTIMENTO

A convivência da família no cuidado ao indivíduo com hipertensão arterial

Este trabalho está vinculado ao Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem, pertencente à Universidade Estadual de Maringá. Será realizado pela aluna Mislaine Casagrande de Lima Lopes, sob orientação da Professora Dr^a Sonia Silva Marcon.

O estudo abordará aspectos relacionados à a experiência da família no convívio com o indivíduo portador de hipertensão nos diferentes estágios da doença, visando caracterizar as famílias que possuem um membro com hipertensão arterial e descrever a convivência da família e do próprio hipertenso.

O estudo será do tipo exploratório, descritivo de natureza qualitativa. Para a coleta dos dados, serão realizadas entrevistas com as famílias selecionadas (possivelmente mais que uma visita por família) utilizando um roteiro aberto para a obtenção das informações. As entrevistas serão gravadas com gravador e fita cassete e estarão sendo seguidos os preceitos éticos da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde que refere sobre as diretrizes e as normas para as pesquisas que envolvem seres humanos.

Espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para uma maior compreensão dos aspectos relacionados à convivência da família com a hipertensão e à visualização de métodos diferentes que auxiliem na prevenção e controle da doença na população.

Comprometo-me a:

- Respeitar sua liberdade de recusar ou retirar o consentimento de participação a qualquer momento do desenvolvimento do trabalho, sem nenhuma penalização, bem como a recusa da gravação da entrevista em qualquer momento da mesma, resguardando o direito à privacidade;
- Esclarecer dúvidas em qualquer momento que você julgar necessário;
- Garantir sigilo e privacidade das informações prestadas, preservando a sua não identificação nominal.
- Divulgar os resultados à comunidade científica e geral, para que estas informações possam aperfeiçoar o manuseio da hipertensão arterial.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna Mislaine Casagrande de Lima Lopes, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

Assinatura

Data: ___/___/___

Eu, Mislaine Casagrande de Lima Lopes declaro que forneci todas as informações referentes do estudo ao participante acima mencionado.

Assinatura

Data: ___/___/___

Nome: Mislaine Casagrande de Lima Lopes Telefone: 3265-8102/84044383
Endereço Completo: Rua Pioneiro José Arduin, 543. Parque Laranjeiras. Maringá-PR.
CEP: 87083-090
E-mail: mislaine.lima@bol.com.br.

Orientadora: Sonia Silva Marcon Telefone: 3228-8401/9982-2884
Endereço Completo: Rua Jailton Saraiva, 526. Jardim América. Maringá-PR.
CEP: 87045-300
E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

Qualquer duvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – sala 01 – bloco 010 – Campus Central – telefone: (44) 3261-4444.

APÊNDICE – B

A Família convivendo com a hipertensão arterial.

Coleta de dados: ___/___/___.

FAMÍLIA :_____.

Dados da Família:

1. Número de pessoas residentes no domicílio:
2. Portador de Hipertensão arterial:
3. Cuidador principal:
4. Classificação do tipo de família :
5. Religião:
6. Renda:

Nº	Familiar	Idade	Escolaridade	Condição de saúde	Profissão	Ocupação Atual
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Questões direcionadoras:

1. Como é a convivência da família com a Hipertensão arterial?
 - a. Como foi diagnosticada a hipertensão?
 - b. Como são realizados os cuidados? Quais cuidados realiza?
 - c. A família aderiu às mudanças?
2. Consideram a hipertensão uma doença?
3. Você se considera doente?
4. Como é realizado o cuidado prestado pelos profissionais de saúde? Quais são os profissionais que mais o assiste?
5. Como você descreve a assistência recebida pelo serviço de saúde?

ANEXOS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)