



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE AUTOCUIDADO E PRESSÃO ALTA

Cristina Arreguy-Sena*
Jéssica de Castro Santos**
Thayrine Silva Marcelo***
Paulo Ferreira Pinto****
Hérica Silva Dutra*****
Laércio Deleon de Melo*****
Marcos Antônio Gomes Brandão*****

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sociais de homens sobre autocuidado e pressão alta. **Método:** pesquisa qualitativa alicerçada na Teoria das Representações Sociais (abordagens processual e estrutural) e no conceito de Déficit de autocuidado de Orem. Realizada em via pública em uma cidade da Zona da Mata mineira com 118 homens (idade ≥18anos). Coletados os dados de caracterização sociodemográficas, as técnicas de evocação livre das palavras e a entrevista individual em profundidade com gravação de áudio guiada por questões norteadoras. Os dados foram consolidados com apoio dos softwares: *EVOC®*, *SPSS24*, *NvivoPro11* e *Iramuteq*. Realizada análise de conteúdo (adensamento teórico - coeficiente de Pearson). Atendidos os aspectos ético-legais. **Resultados:** faixa etária predominante 18-29 anos (41,5%). Foram categorias emergentes: 1) adesão às ações preventivas no autocuidado da hipertensão (demonstraram conhecimento e inserção dos participantes) e; 2) negligências ao autocuidado nas ações preventivas da hipertensão (evidenciou-se dúvidas ou justificativas para os homens não se cuidarem). **Considerações finais:** O grupo considera que o autocuidado é a responsabilidade em ter hábitos saudáveis (alimentação e atividade física) para prevenção de doenças; e a pressão alta é influenciada por: alimentação desregrada, sedentarismo e estresse, sendo necessário o autocuidado para o controle e manutenção da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Doença Crônica. Hipertensão. Saúde do Homem. Autocuidado. Modelos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A população brasileira é composta por 210.147.125 habitantes, sendo 48,2% homens⁽¹⁾, cujos estereótipos de gênero enraizados na sociedade, as formas de enfrentamento das doenças, os modelo de saúde curativista e hospitalocêntrico fragilizam o atendimento de suas especificidades no contexto do processo de saúde-doença, enquanto grupo vulnerável que possui política pública definida⁽²⁾, justificando sua baixa adesão para cuidados pessoais e acesso aos serviços de saúde⁽³⁾.

Para explicitar as especificidades das

demanda do homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) prioriza o atendimento na faixa etária de 20-59 anos, propondo diretrizes e ações de saúde que contribuíram para a compreensão da realidade e singularidade masculina, e resgatando seu papel social, cultural, político e econômico no contexto social. Ela lança focosobre as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, com intuito de evitar, assim, a ocorrência de estágios avançados/agudizados de doenças cônicas não transmissíveis (DCNT), o que poderá reduzir a necessidade de intervenções complexas/onerosas aos usuários e ao sistema de saúde⁽⁴⁾.

*Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. Professora do Programa de Pós-Graduação da FACENF. Juiz de Fora, Minas Gerais - MG - Brasil. E-mail: cristina.arreguy@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-5928-0495.

**Enfermagem. Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ - Brasil. E-mail: jessicacastroenf@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-8336-156X

***Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-degenerativas da UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais - MG - Brasil. E-mail: thayrine.ufjf@gmail.com ORCID iD: 0000-0003-1460-6399

****Educador Físico. Doutor, Professor na Faculdade de Educação Física e Desportos FAEFD da UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais - MG - Brasil. E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-7321-3160.

*****Enfermeira. Doutora. UFJF. Professora do Programa de Pós-Graduação da FACENF. Juiz de Fora, Minas Gerais - MG - Brasil. E-mail: enfherica@gmail.com ORCID iD: 0000-0003-2338-3043

*****Enfermeiro. Mestre. Professor no Centro Universitário Estácio JF. Juiz de Fora, Minas Gerais - MG - Brasil. E-mail: laerciodl28@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-8470-7040.

*****Enfermeiro. Doutor, Professor do Programa de Pós-Graduação da EEAN. Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ. Rio de Janeiro, RJ - Brasil. E-mail: marcosantoniobrandao@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-8368-8343.

Os indicadores de morbimortalidade que alicerçam a necessidade da política demonstram que 75% das enfermidades e agravos relacionados à saúde do homem incidem sobre cinco áreas: causas externas retratadas pelos acidentes por transportes, agressões e lesões autoprovocadas (óbitos: 19,32%); doenças circulatórias (óbitos: 28,23%); oncológicas (óbitos: 15,86%); respiratórias (óbitos: 10,7%) e digestivas⁽⁵⁻⁶⁾. Há 4,57% de óbitos atribuídos às doenças infectoparásitárias e cabe mencionar que as causas externas constituem a primeira causa de mortalidade entre homens de 15-40 anos superadas em número apenas pelas doenças circulatórias em homens com idade ≥45 anos⁽⁵⁾.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma DCNT responsável (in)diretamente pela ocorrência de 335.213 casos de óbitos em 2011, dos quais 175.254 eram homens (50.877 por doenças cerebrovasculares, 60.158 por doenças isquêmicas do coração e 64.219 por demais doenças do aparelho circulatório)⁽⁶⁾. Ela é multifatorial e complexa concebida como condição clínica estratificada em cinco estágios (elevada, hipertensão em estágio 1, estágio 2, urgência hipertensiva e emergência hipertensiva) na qual os níveis pressóricos se mantêm elevados sistematicamente (valores sistólicos ≥120 mmHg e/ou diastólicos <80 mmHg) observadas por mais que três aferições distintas⁽⁷⁾.

O aumento dos níveis pressóricos pode ser motivado por: distúrbios metabólicos, alterações funcionais de órgãos-alvo e estresses e agravar-se na presença de obesidade, dislipidemia e *Diabetes Mellitus* (DM). Cabe mencionar que existem condições consideradas modificáveis, que remetem à necessidade de autocuidado em nível de promoção de saúde, prevenção, controle de agravos, tratamento e reabilitação⁽⁷⁻⁸⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro pode auxiliar os homens a identificarem quais são as: potencialidades de autocuidado, demandas de cuidados totais ou parciais e em que nível essa provisão de cuidado deverá ocorrer⁽⁸⁻⁹⁾.

Nessa investigação o autocuidado está sendo concebido como os conceitos, ações, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica que expressam como os homens se cuidam⁽¹⁰⁾, permitindo retratar como os atores sociais masculinos desta investigação comportam-se, agem, conhecem, informam-se, valoram e

retratam o autocuidado e o aumento da pressão arterial⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Captar as respostas humanas de como os homens em seu cotidiano lidam com situações do processo saúde-doença, circunstâncias de risco, vulnerabilidade, promoção de saúde e prevenção de doenças, constituem evidências capazes de subsidiar a estruturação do cuidado e a tomada de decisão de ações terapêuticas em consonância com a PNAISH⁽⁴⁾. Acredita-se que os homens formam um grupo socialmente constituído pelas demandas de saúde relacionadas à especificidade do sexo masculino e que a HAS e o autocuidado constituem objetos representacionais passíveis de serem captados pelo “senso comum”.

Diante do exposto emergiu a seguinte questão de pesquisa: como os homens, enquanto atores sociais, representam o autocuidado e a pressão alta no que tange a especificidade do atendimento em saúde masculina? E objetivou-se compreender as representações sociais de homens sobre autocuidado e pressão alta.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa qualitativa delineada na Teoria das Representações Sociais (TRS)⁽¹²⁾ segundo triangulação das abordagens estrutural⁽¹³⁾ e processual⁽¹⁴⁾ descritas segundo critérios do protocolo *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁵⁾.

A Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizada como referencial metodológico, é adequada às investigações em enfermagem, na medida em que permite identificar comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valores e objetos usados para representar aquilo que foi construído (ancorado e objetivado) em uma concepção socialmente contextualizada⁽¹⁴⁾ sobre as representações do autocuidado e da HAS.

A escolha do conceito de autocuidado proposto por Orem⁽¹⁶⁾, por permitir acessar a concepção de como os homens se comportam e concebem a pressão alta e a prática consigo mesmo, justificou a escolha desse referencial teórico como componente para a análise dos dados.

Foi cenário da investigação a via pública (ponto de ônibus) localizada nas proximidades

de uma instituição de ensino superior pública e de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município em Minas Gerais, local em que procedeu ao recrutamento dos participantes.

Foram incluídos homens com idade ≥18 anos com fala coerente e excluídos aqueles que não concluíram a coleta de dados ou que externassem o desejo de interromper sua participação. Amostra por tipicidade. O delineamento amostral atendeu aos critérios preconizados para as abordagens estrutural ($n>100$)⁽¹⁷⁾ e processual ($n> 22$)⁽¹⁸⁾ e aos critérios de acessibilidade aos transeuntes e disponibilidade destes, perfazendo 150 participantes após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 32 perdas motivadas por interrupção ou recusa.

O instrumento de coleta de dados foi composto por: 1) caracterização sociodemográfica; 2) técnica de associação livre de palavras desencadeada por termo indutor pronunciado verbalmente; 3) entrevista individual em profundidade a partir de questões norteadoras; e 4) registros de diário de campo.

A coleta de dados ocorreu por uma pesquisadora que abordou os transeuntes em via pública (maio-setembro/2016), em horários de maior fluxo (segundas, quartas e sextas-feiras das 11h30 às 12h30 e das 18h às 19h - horários de deslocamento para o almoço e retorno ao domicílio), utilizando aplicativo *Open Data Kit* (ODK®) em sistema operacional *Android®* para registro das informações. As variáveis de caracterização foram consolidadas em software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 e analisadas segundo estatística descritiva (tendências de centralidade e dispersão).

Na abordagem estrutural da TRS, empregou-se a técnica de associação livre das palavras, que consiste em obter dos sujeitos sociais até cinco palavras/expressão para designar um objeto e favorecer que eles cessem por meio de impressões internalizadas conteúdos a respeito da temática abordada⁽¹⁹⁾. Os termos indutores foram: “se cuidar” e “pressão alta”.

Os cognemas, ou seja, as palavras ou expressões emitidas verbalmente pelos participantes na técnica de evocação (abordagem estrutural) foram consolidados no programa *Excel for Windows 2016* e submetidos à técnica do dicionário ou técnica dos termos equivalentes (reunião de termos consensualidades segundo

gênero, número, tempo verbal, aproximados por hífen e removidas as preposições, conjunções e artigos). Para isso, foram utilizados critérios lexicográficos e semânticos. A substituição dos conteúdos brutos (originais) pelos obtidos com a técnica do dicionário possibilitou homogeneizar as evocações, reduzir dispersão de conteúdos, reunindo os cognemas sob uma mesma designação de significados comuns⁽¹²⁻¹³⁾. Esse conteúdo homogeneizado foi introduzido no software EVOC® (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations*) para operacionalizar a análise prototípica (Quadro de Quatro Casas).

Foram 438 e 455 cognemas evocados para “pressão alta” e “se cuidar” com 98 e 91 palavras distintas, respectivamente, obtidos utilizando-se os seguintes parâmetros: *corpus* composto por 31,1% e 25,1% dos cognemas respectivamente, frequência mínima de 28, intermediária de 34 e Ordem Média de Evocação (OME ou *rangé* a posição que cada cognema foi mencionado após ser acessado mentalmente) de 2,5. Estes parâmetros permitiram obter um quadro com quatro quadrantes onde os cognemas foram alocados segundo a frequência e ordem com que foram mencionados.

Os quadrantes do quadro de quatro casas possibilitam identificar conteúdos nucleares e periféricos que retratam: 1) Quadrante Superior Esquerdo (QSE)- possível núcleo central alocam-se os cognemas emitidos com maior frequência e mencionados mais prontamente (frequência alta e OME baixa). Retratam conteúdos consensualizados; 2) Quadrante Inferior Esquerdo (QIE)- área de contraste, alocam-se os cognemas mencionados mais prontamente, mas emitidos com menor frequência (OME baixa e frequência baixa); 3) Quadrante Superior Direito (QSD)- primeira periferia, alocam-se os cognemas mencionados mais frequentemente e mais tarde (OME alta e frequência alta); e 4) Quadrante Inferior Direito (QID)- segunda periferia, alocam-se os cognemas mencionados tarde e com menor frequência (OME alta e frequência baixa), retratando conteúdos advindos de experiências pessoais cuja finalidade é estabilizar os conteúdos compartilhados⁽¹²⁻¹³⁾.

Para verificar o caráter de estabilidade dos elementos mais salientes identificados no quadro de quatro casas (alocado no possível núcleo

central), todo o *corpus*, tratado pela técnica do dicionário, foi introduzido no software IRAMUTEQ versão 0,7 alfa 2, para validar esse conteúdo pela análise de similitude. Buscou-se evidenciar as coocorrências e conexidade dos cognemas que foram mencionados concomitantemente e em maior frequência pelos atores sociais, utilizando o índice de proximidade (variabilidade: 0-1) como parâmetro da análise. Optou-se pela apresentação dos resultados em grafo dinâmico de árvore com agrupamento em comunidade e foco e ligações segundo *layout* de Fruchterman-Reinglode⁽²⁰⁾.

Na abordagem processual, as entrevistas em profundidade com gravação de áudio ocorreram a partir das questões norteadoras: Como o senhor faz ou alguém deve fazer para evitar ter pressão alta? O que o senhor faz ou alguém deve fazer para controlar a pressão? Conte um caso que tenha acontecido com o senhor ou alguém conhecido que lhe chamou a atenção sobre como um homem cuida da sua própria saúde ou como deve se cuidar.

O resultado da entrevista em profundidade passou por transcrição na íntegra com registro no programa *Word for Windows*, sendo submetido à análise de conteúdo (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação)⁽²¹⁾. O tratamento dos dados ocorreu no programa Nvivo Pro 11® cujo conteúdo passou por análise de conteúdo temático-categorial⁽²²⁾ operacionalizada em unidades de análise e de registro até a obtenção de categorias. Foram critérios adotados: pertinência, representatividade, homogeneidade e exaustividade⁽²¹⁾. As unidades de análise foram estruturadas por “nós” previamente definidos segundo as dimensões representacionais (comportamental-atitudinal, informativo-cognitivo, valorativo e objetival) e origens representacionais (própria, familiar, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, institucional e outros) e os eixos que retratam o conceito de autocuidado adotado (autocuidado, atividades, requisitos e exigências terapêuticas do autocuidado).

O critério adotado para a reunião das unidades de análise e registro em formato categorial baseou-se no adensamento teórico aferido pelo coeficiente de Pearson (valores entre 0,97 a 0,72), conciliando o equilíbrio dos

conteúdos com o referencial da TRS e do conceito de autocuidado proposto por Orem. Os resultados foram apresentados em duas categorias cujo conteúdo foi discutido à luz dos referenciais teóricos adotados e evidências da literatura.

Foram atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos (parecer nº: 1.466.399 de 28/03/2016). Esta pesquisa integrou uma investigação matriz intitulada “Representações sociais de homens sobre saúde, doença, tratamento, autocuidado, prevenção e busca por atendimento”. Para manter o anonimato dos participantes foram utilizados códigos para retratá-los (PA01 a PA50).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram 118 homens caracterizados por: serem adultos- 18 a 59 anos (82,2%); solteiros (54,2%); sem filhos (52,5%); declararam-se brancos (53,4%); tempo de estudo ≥12 anos (65,2%); renda média pessoal de 2,2 saláriosmínimos; não aposentados (83,1%); recorrem a serviços públicos para atendimento (58,5%) motivados por doenças: infecciosas (28%); cardiovasculares (22%); respiratórios (12,7%), sendo 27,1% deles sabidamente hipertensos.

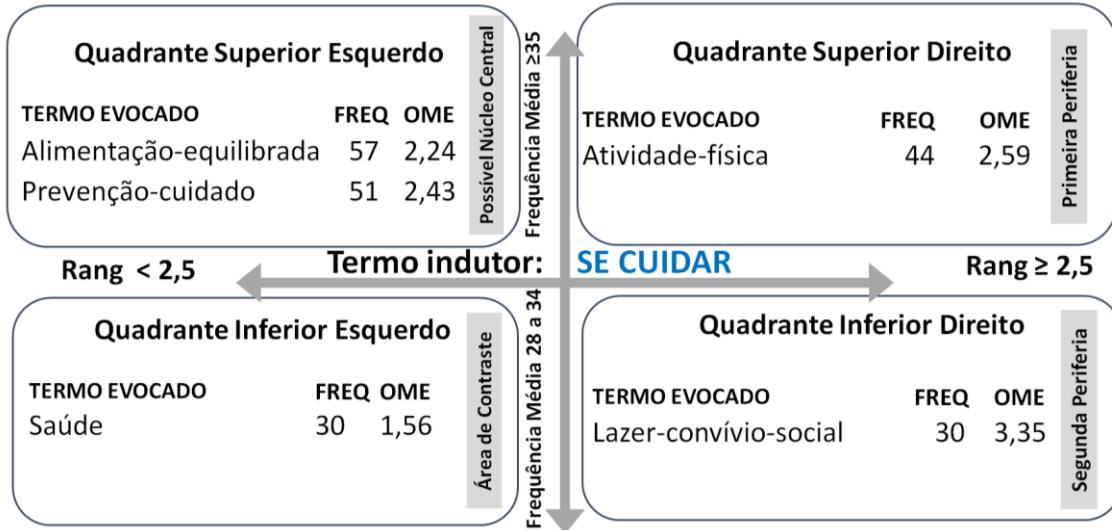
O perfil dos participantes pode ser explicado pelo fato de o cenário da pesquisa se localizar nas proximidades de uma instituição de ensino superior. A construção do conceito “ser homem” surge a partir da ideia hegemônica da masculinidade, como uma construção social enraizada num contexto social regido pela presença de estereótipos de gênero que reconhece o homem como ser forte e invulnerável, reproduzindo uma ideia de que doença e cuidado são características femininas⁽²³⁾.

O autocuidado é quando o indivíduo desenvolve ações para seu próprio benefício, a fim de conservar a sua saúde, através do desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos^(16;24). Deve ser estimulado e praticado por todos, independente de variáveis como o gênero, idade ou nível de escolaridade.

Na figura 1 consta o resultado da abordagem estrutural, explicitadas pelo quadro de quatro

casas para os termos indutores “se cuidar” e “pressão alta” e a análise de similitude.

Figura 1. Quadro de quatro casas para termos indutores “autocuidado” e “pressão alta” e seus respectivos testes de similitude (n=118). Juiz de Fora, agosto/2020.



Fonte: Dados gerados pelo programa EVOC.

Nota das autoras: OME- Ordem Média de Evocação. Rang- média do valor de OME.

Foram identificadas duas categorias na abordagem processual: 1) Adesão às ações preventivas no autocuidado da hipertensão

arteriale 2) Negligências no autocuidado das ações preventivas da hipertensão arterial (**Figura 2**).

Figura 2: Fragmentos de discursos sobre autocuidado e hipertensão arterial.

Fonte: Dados gerados pelo programa NVivo PRO 11.

Ao aproximar a categoria “Adesão às ações preventivas no autocuidado da HAS”

(abordagem processual) dos cognemas evocados (abordagem estrutural), foi possível identificar que os atores sociais mencionaram a necessidade de aderirem às medidas preventivas, sendo este um componente do autocuidado. Essas são condutas que contribuem para a integralidade, funcionamento e desenvolvimento do ser, corroborando o entendimento sobre o autocuidado enquanto comportamentos e condutas realizadas de forma autônoma pela pessoa por iniciativa própria com a finalidade de agregar benefícios à saúde, qualidade aos anos vividos e sensação de bem-estar integral⁽¹⁶⁾.

O cognema *alimentação-equilibrada*, alocado no possível núcleo central, retrata a dimensão comportamental valorada de forma positiva a ponto de retratar a concepção de autocuidado mencionada pelos atores sociais. Esse cognema reúne as funções: 1) de saber, ao remeter às informações e conhecimentos de que a alimentação constitui elemento primordial a ser incorporado entre os hábitos de uma pessoa que almeja a saúde; 2) orientadora, na medida em que direciona a forma de agir, valorar e conduzir socialmente; 3) justificatória, que possibilita explicar as condutas e posicionamentos daqueles que se cuidam e 4) identitária, que caracteriza um padrão de comportamento ao qual estão incorporados valores, concepções e normas de condutas adotadas pelo grupo social.

Na abordagem processual, a alimentação equilibrada foi mencionada como ponto fundamental à saúde e advindo de um comportamento de autodeterminação para a forma de se alimentar. Foram marcadores o peso estável, a abstenção de alguns alimentos, a restrição no uso do sal e aumento no consumo de frutas, verduras e legumes, conforme mencionados por alguns participantes (PA05, PA08 e PA18).

Outro cognema alocado no possível núcleo central foi prevenção-cuidado, que retrata a dimensão comportamental-atitudinal e objetival e as funções de saber, identitária, de orientação e justificatória à semelhança do cognemas alimentação-equilibrada. A presença destes dois cognemas no possível núcleo central, quando aproximado do conceito de autocuidado, reforça a concepção de que se cuidar vincula-se a um ato que requer persistência e criação de hábitos inseridos no cotidiano⁽¹⁶⁾

Por outro lado, o cognema *saúde* encontra-se

alocado na área de contraste, uma vez que embora tenha sido mencionado com prontidão, não teve a adesão necessária que a permitisse ascender ao núcleo central. Esses cognemas se vinculam ao núcleo central, uma vez que uma alimentação equilibrada é valorizada como condição para se obter a saúde. A preocupação com a *saúde*, cognemas alocado no QIE, justifica a adoção de *prevenção-cuidado* como um estilo de vida a ser incorporado no cotidiano que é revestido de intencionalidade⁽¹⁶⁾. Esse fato pode ser exemplificado com a experiência do participante PA16 na abordagem processual.

No QSD, primeira periferia, está alocado o cognema *atividade-física*, que remete à dimensão objetival e comportamental, sendo o componente que se vincula à alimentação equilibrada e se refere a uma conduta de *prevenção-cuidado* (cognemas alocados no QSE). A *atividade-física* remete as funções: 1) orientadora do comportamento dos atores sociais, 2) de saber - uma vez que reconhecem sua importância a partir de informações e conhecimentos aprendidos a partir do compartilhamento social, 3) identitária - caracterizando um grupo social que a valoriza em conformidade com um sistema e contexto social, e 4) justificatória - na medida em que explica a ligação entre a busca pelo bem-estar a partir de um comportamento de preocupação e cuidado consigo.

Na abordagem processual a *atividade física* é concebida como um comportamento a ser cultivado e valorizado como forma de se cuidar (PA13), como algo negligenciado (PA02) ou utilizado em caso de extrema necessidade.

O cognema *lazer-convívio-social*, alocado na segunda periferia (QID), remete a dimensão comportamental/atitudinal e a função justificatória que valora a relação interpessoal como uma estratégia de redução do estresse. Esse fato foi corroborado pelos participantes (PA03 e PA12) e se vincula ao comportamento de *prevenção-cuidado* e de *saúde* alocados no QSE e QIE, respectivamente.

Na validação do conteúdo alocado no QSE para o termo indutor “se cuidar”, foi possível identificar que os cognemas *alimentação-desequilibrada* e *prevenção-cuidado* derivaram para distintos cognemas, cujas coocorrências permitiram identificar que: 1) a *alimentação-desequilibrada* derivou para o uso de remédio,

dormir e a atividade física e 2) a prevenção-autocuidado derivou para saúde, médico, exame, bem-estar, responsabilidade, amor, disciplina, estudo e autoestima.

O grafo derivado do termo indutor “pressão alta” permite identificar duas situações complementares que se vinculam ao ato de se cuidar e envolvem o empenho, decisão e recursos disponíveis para a prevenção de agravos e o tratamento quando os níveis pressóricos se elevam.

Na categoria “Adesão às ações preventivas no autocuidado da HAS”, o autocuidado abordado pelos atores sociais por meio da alimentação saudável, as restrições necessárias e as escolhas por alimentos saudáveis, da prática regular de atividades físicas, pelo controle do estresse e da abstenção do tabagismo e do uso do álcool.

A alimentação saudável, práticas de atividade física, controle do estresse diário e abstinência de uso de drogas ilícitas, a exemplo do tabagismo e etilismo, representam as principais ações de autocuidado na adesão a medidas preventivas das HAS e demais DCNT. Sendo, portanto, “a alimentação regrada com restrição de componentes como o sal, conservantes, açúcares e gorduras; atividade física regular para controle do sobrepeso e o tratamento clínico e farmacológico pilares essenciais para o controle da HAS e a prevenção de agravos à saúde”⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Foram mencionados comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valores e a forma como os atores sociais perceberam a pressão e a forma como se cuidam. Mencionaram a necessidade de aderirem às medidas preventivas e de autocuidado por meio da alimentação saudável e com restrições de alguns componentes, da prática regular de atividades físicas, do controle do estresse e da abstenção do tabagismo e do uso do álcool.

Ao aproximar a categoria “Negligências ao autocuidado nas ações preventivas da HAS” do conteúdo do quadro de quatro casas, foi possível identificar que os participantes mencionaram o cognemaproblema-saúde, objetivando e explicitando as informações e conhecimentos que acessam sobre a pressão alta e que foram incorporados na perspectiva cognitiva e valorativa a ponto de ser um conteúdo compartilhado pelos atores sociais. Isso explica que a HAS é um evento próximo e inserido em

seu quotidiano, o que retrata a função de saber e justificatória da representação social.

Entre as doenças crônicas, a HAS é uma das mais prevalentes, tendo como principais causas o excesso de peso, a obesidade e a inatividade física, sendo ela o principal fator de risco para o aparecimento de DCV mais graves. A adesão ao tratamento é essencial para a prevenção de agravos e manutenção da saúde, porém a adoção de práticas saudáveis e o enfrentamento dos fatores dificultadores para adesão ao autocuidado, sendo as recomendações dos profissionais de saúde percebidos como um desafio⁽²⁶⁾.

Na área de contraste (QIE), o cognema *alimentação-desequilibrada*, de dimensão valorativa, explica e justifica porque uma pessoa pode ter a pressão alta e explicita o filtro pelo qual elas se tornam vulneráveis à pressão alta ou permitem que ela se eleve a partir de seu comportamento de se alimentar incorretamente. A alimentação foi mencionada na abordagem processual como algo negligenciado pelos participantes, mesmo nas situações em que reconhecem seus malefícios e as consequências que podem advir sobre o estado de saúde (PA12). O sal, a fritura, a bebida alcóolica e o uso de alimentos industrializados foram formas de objetivação que retrataram a alimentação desequilibrada (PA12 e PA17).

A alimentação saudável tem papel fundamental na manutenção da saúde e na prevenção e tratamento de DCNT, entre elas as DCV. Torna-se, portanto, de extrema importância a identificação dos hábitos alimentares, a fim de se implementar medidas e estratégias para prevenção e controle de HAS^(24,27).

Existe uma associação entre o consumo excessivo de sódio e o desenvolvimento de DCNT, entre elas a HAS e DCV, necessitando, assim, de ações direcionadas à redução do consumo de sal visando a prevenção/controle de DCNT relacionadas à alimentação^(11,20).

Na primeira periferia (QSD) foram mencionados dois cognemas: *o estresse-ansiedade* se vincula ao cognemaproblema-doença, que se encontra alocado no possível núcleo central. Ele remete a dimensão comportamental/attitudinal e as funções de saber, justificatória, e identitária na medida em que informa uma das causas modificáveis da

hipertensão arterial, explica porque uma pessoa pode desenvolver alteração dos níveis pressóricos e permite identificar condutas e posicionamentos adotados que podem ter como desfecho o aumento da pressão.

O estresse vem sendo considerado um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, podendo ser definido como estado de tensão patogênico. Gera respostas corporais que podem influenciar no funcionamento metabólico, cardiovascular e sistema nervoso autônomo, levando à taquicardia e à hipertensão arterial⁽¹⁹⁾.

O outro cognema mencionado foi o *medicamento*, elemento da dimensão objetival que surge como marcador da doença- função identitária (vinculada pelo cognemas alocados no possível núcleo central- *problema-doença*) e função de orientação ao direcionar como os atores sociais que possuem pressão agem e se conduzem terapeuticamente. Esse fato foi mencionado na abordagem processual pelo participante (PA10) e consiste numa confirmação do reconhecimento da doença já instalada.

Pode-se observar que, na maioria dos casos, os motivos pela busca de atendimento se referiam ao tratamento de doenças instaladas, o que indica que os participantes buscam por atendimento em situações de agravo. Isso se dá pelo fato de que eles acreditam ser invulneráveis, não tendo a percepção de que a doença é algo a que estão expostos. Além disso, para intensificar essa busca por assistência, tem-se o modelo biomédico e curativista prevalente, que faz com que muitos homens não acreditem que ações de promoção da saúde e prevenção de doenças sejam eficazes⁽²⁸⁾.

A inatividade física, cognemas alocado na segunda periferia, constitui em outra causa identificada pelos atores sociais que podem desencadear a alteração dos níveis pressóricos. Esse cognema remete à dimensão comportamental com valoração negativa para o bem-estar físico, retrata por vezes um comportamento de negligência com a própria saúde (PA02) e remete ao cognemaproblema-doença alocado no possível núcleo central.

A presença do cognemamedo-morte alocado na segunda periferia constitui em um exemplo de função justificatória do conteúdo representacional originado da experiência

pessoal, familiar e de conhecidos de alguns atores sociais ao terem contato com crises hipertensivas e ao verem essas pessoas evoluírem para quadros de gravidade que requeriam internação ou que tiveram como desfecho a morte (PA05). Essa experiência gerou reflexões sobre a ligação entre a conduta pessoal e o estado de saúde retratando a função orientadora, um filtro direcionador do comportamento e forma de pessoas diante da vida.

A categoria “Negligências ao autocuidado nas ações preventivas da HAS” ao retratar que a pressão arterial está ligada a não adesão às medidas preventivas e de autocuidado justificadas por dúvidas quanto ao êxito dos cuidados preventivos, a priorização de hábitos e rotinas, e quando cientes do que seria necessário fazer estes o negligenciam, justificados por uma visão social de que apenas quando hipertenso teriam necessidade de adotar hábitos saudáveis que incluem a alimentação e a prática de atividades físicas. O uso regular da medicação e acompanhamento profissional surgiu como marcador demudança de conduta. Tais concepções, valores, informações, comportamentos, atitudes foram corroborados ao triangular a abordagem estrutural e processual.

A população masculina não percebe o cuidado com a saúde como algo inerente à masculinidade, o que faz com que os homens não acreditem que ações de promoção da saúde e prevenção de doenças sejam de fato relevantes⁽²⁹⁾.

Para dificultar, os serviços de saúde, como são disponibilizados, intimidam e distanciam os homens, fato que intensifica sua vulnerabilidade diante de situações passíveis de prevenção, na medida em que os horários disponíveis para atendimento coincidem com horários de trabalho. Isso dificulta seu comparecimento às unidades de saúde. Eles se tornam resistentes para acessarem os serviços⁽⁴⁾.

Na validação do conteúdo representacional pela técnica de similitude foi possível identificar a centralidade do cognema problema-saúde e sua conexidade com o estresse-ansiedade e o remédio (QSD) e com a inatividade-física (QID). Cabe mencionar que na árvore de similitude identifica-se que: 1) o problema de saúde esteve ligado ao medo-morte, ao consumo de sal, ao uso de gordura, à necessidade de tratamento, ao

surgimento de manifestações como tonteira e tremor, dentre outros; 2) o estresse-ansiedade está ligado à alimentação desequilibrada, ao fator genético, ao comportamento de não fumar e beber, aos níveis pressóricos, ao surgimento de aborrecimento e à necessidade de se cuidar (tem-cuidar); 3) a inatividade física derivou os cognemas dormir, obesidade e família, retratando a influência destes fatores sobre a funcionalidade do corpo (obesidade e dormir) e ao impacto de possíveis fatores estressores originados no contexto familiar; e 4) o cognema remédio derivou para médico (profissional que o prescreve), cuidar (ato de reconhecer a necessidade de adesão à terapêutica medicamentosa) e tranquilidade (advinda da certeza do efeito terapêutico do medicamento no controle dos níveis pressóricos).

Por ser uma doença assintomática na maioria dos casos, a HAS tem o tratamento negligenciado, porém vale ressaltar que este não inclui somente a utilização de medicamentos, é preciso, também, que haja mudanças de hábitos e estilo de vida. É necessária a adoção de uma alimentação saudável, cessar tabagismo, etilismo e adoção de atividade física⁽²⁾. Essas mudanças de hábitos podem ser acompanhadas de resistência, uma vez que são consideradas tarefas difíceis, pois envolvem alterações na forma de viver e concepções próprias de saúde que a pessoa possui e de como aquela mudança pode impactar sua vida⁽⁴⁾.

A resistência por buscar serviço de saúde é multifatorial e pode contemplar: a coincidência entre os horários de funcionamento dos serviços de saúde e o das atividades laborais desse segmento (dificulta o acesso); o absenteísmo, ainda que justificado, pode comprometer seu vínculo empregatício e a manutenção do lar; o atendimento ser predominantemente exercido por mulheres; o receio de se descobrir doente ou a incapacidade para seu autocuidado, entre outros⁽²⁴⁾.

Ao aproximar a categoria “Negligências ao autocuidado nas ações preventivas da HAS” do conteúdo do quadro de quatro casas, os participantes mencionaram comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valores vinculados a não adesão às medidas preventivas e de autocuidado justificadas por dúvidas quanto ao êxito dos cuidados preventivos, a priorização

de hábitos e rotinas, e quando cientes do que seria necessário fazer, estes o negligenciam justificados por uma visão social de que apenas quando hipertenso teriam necessidade de adotar hábitos saudáveis que incluem alimentação e a prática de atividades físicas. O uso regular da medicação e acompanhamento profissional surgiu como marcador de mudança de conduta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O agrupamento significativo das duas análises representacionais em questão indicou uma forma típica de pensar do grupo social a respeito do autocuidado e da hipertensão: “Autocuidado é responsabilidade do indivíduo, cuja prática de alimentação saudável e atividade física existem para manutenção da saúde e prevenção de doenças”; e “A HAS é causada pela alimentação desregrada, sedentarismo e o estresse, e precisa ser cuidada e controlada para a manutenção da saúde, pois pode desencadear outras doenças”.

A resistência e o adiamento por busca de atendimento não estão associados apenas às condições sociais, mas também alicerçados a uma cultura de que os homens são seres fortes, que não adoecem e que doença é sinônimo de fragilidade.

O homem deve ser considerado um ser único, com suas particularidades, que traz consigo seus sentimentos, valores e experiências. A compreensão desses condicionantes é essencial para o desenvolvimento de medidas para promover o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, a fim de se garantir a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Sendo assim, para que ocorra uma assistência de enfermagem qualificada, é imprescindível utilizar uma técnica de comunicação reflexiva e participativa, que facilite o diálogo e a compreensão por parte do usuário, facilitando a promoção de ações educativas.

Espera-se que os achados desta pesquisa possam acrescentar subsídios à organização dos serviços e à implementação e ao planejamento das ações de saúde voltadas à população masculina, para que a PNAISH seja implantada e ocorram mudanças no perfil de morbimortalidade masculina.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEN ABOUT SELF-CARE AND HIGH BLOOD PRESSURE

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of men about self-care and high blood pressure. **Method:** It is a qualitative research based on the Social Representations Theory (procedural and structural approaches) and on Orem's concept of Self-Care Deficit. It was held in a public place in a city in Zona da Mata, Minas Gerais, with 118 men (age ≥18 years-old). Sociodemographic characterization data, free word evocation techniques and individual in-depth interview with audio recording guided by guiding questions were collected. The data were consolidated with the support of the software: EVOC®, SPSS24, NvivoPro11 and Iramuteq. Content analysis (theoretical density - Pearson's coefficient) was performed. Ethical and legal aspects are met. **Results:** the predominant age group is 18-29 years-old (41.5%). The emerging categories were: 1) adherence to preventive actions in self-care of hypertension (it demonstrated knowledge and insertion of participants) and 2) neglect of self-care in preventive actions of hypertension (doubts or justifications were evident for men not taking care of themselves). **Final considerations:** The group considers that self-care is the responsibility to have healthy habits (food and physical activity) for disease prevention; and high blood pressure is influenced by: unhealthy food, physical inactivity and stress, requiring self-care to control and maintain health.

Keywords: Nursing. Chronic Disease. Hypertension. Men's Health. Self-care. Nursing Models.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE HOMBRES SOBRE EL AUTOCUIDADO Y LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales de hombres sobre el autocuidado y la presión arterial alta. **Método:** investigación cualitativa basada en la Teoría de las Representaciones Sociales (abordajes procesual y estructural) y en el concepto de Déficit de autocuidado de Orem. Realizada en vía pública en una ciudad de la Zona da Mata Mineira-Minas Gerais-Brasil con 118 hombres (edad ≥18 años). Fueron recolectados los datos de caracterización sociodemográficas, las técnicas de evocación libre de las palabras y la entrevista individual en profundidad con grabación de audio conducida por cuestiones orientadoras. Los datos fueron consolidados con el apoyo de los softwares: EVOC®, SPSS24, NvivoPro11 y Iramuteq. Fue realizado análisis de contenido (densificación teórica - coeficiente de Pearson). Fueron atendidos los aspectos ético-legales. **Resultados:** franja de edad predominante 18-29 años (41,5%). Las categorías resultantes encontradas fueron: 1) adhesión a las acciones preventivas en el autocuidado de la hipertensión (demostraron conocimiento e inserción de los participantes) y; 2) negligencias al autocuidado en las acciones preventivas de la hipertensión (se evidenciaron dudas o justificativas para que los hombres no se cuiden). **Consideraciones finales:** el grupo considera que el autocuidado es la responsabilidad de tener hábitos saludables (alimentación y actividad física) para la prevención de enfermedades; y la presión alta es afectada por: alimentación desordenada, sedentarismo y estrés, siendo necesario el autocuidado para el control y el mantenimiento de la salud.

Palabras clave: Enfermería. Enfermedad Crónica. Hipertensión. Salud del Hombre. Autocuidado. Modelos de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Fonte para dados olímpicos. [Internet] Brasil: IBGE, 2019. [citado 2020 Jul. 21] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
2. Mendonça FA da C, Moreira TMM, Sampaio LRL, Brasil BMBL, Arruda CN de, Diogenes KCBM, et al. Associações entre o estilo de vida masculino e ações de promoção de saúde. Motricidade. Scielo, 2018; 14: 355-61. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a55.pdf>
3. Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero. Cienc e Saúde Coletiva. 2017;22(1):291-300. DOI: 10.1590/1413-81232017221.17482015.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.92 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
5. Tabnet-DATASUS. Proporção de óbitos (%) por Grupo de Causas segundo sexo. Brasil: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade(SIM); 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>
6. Tabnet-DATASUS. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Brasil: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/c08.def>
7. American Heart Association. American Stroke Association. 2017. DetailGuideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. 2017:1-20. American College of Cardiology Foundation.
8. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens 2017; Vol.24(1):12-7 ISSN 1519-7522
9. Carey RM, Whelton PK. Prevenção, detecção, avaliação e tratamento da pressão arterial alta em adultos: sinopse 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines da hipertensão. Ann Intern Med, 2018; 168(5): 351-358. DOI: 10.7326/M17-3203.
10. Cortez MM, Trindade ZA, Menandro MCS. Racionality and suffering: men and healthcare practices. Psicol Saúde Doença. 2017;18(2):556-66. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318693930_Racionality_and_suffering_men_and_healthcare_practices
11. Silva MLB, Bousfield ABS. Representações sociais da hipertensão arterial. Temas Psicol. 2016;24(3):895-909. DOI: 10.9788/TP2016.3-07.
12. Sá, CP. Estudos de psicología social: historia, comportamiento, representaciones e memoria. 1 ed. Rio de Janeiro: EdUerj. 2015; 458p.

- ISBN: 978-85-7511-394-3.7.
13. Abric JC, éditeur. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994. ISBN-10: 2130730264.
 14. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia Social. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2015. 408p. ISBN: 8532628966.
 15. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
 16. Orem DE, Fawcett J, Trust HFH. Dorothea Orem: self-care framework. Athens, OH: FITNE; 2005.
 17. Wachelke J, Wolter R, Rodrigues Matos, F. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *liber*. 2016; 22(2):153-60.
DOI:10.24265/liberabit.2016.v22n2.03
 18. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. ISSN 2525-8222
 19. Santos JC, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Pereira EP, Alves MS, Loures FB. Social representation of elderly people on falls: structural analysis and in the light of Neuman. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):851-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0258.
 20. Donato SP, Ens RT, Favoretto EDA, Pullin EMMP. "Abordagem estrutural das representações sociais: da análise de similitude ao grupo focal, uma proposta metodológica." *Revista Educação e Cultura Contemporânea*. 2017;14(37):367-394. Doi: 10.5935/2238-1279.20170053.
 21. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011. 223p. ISBN: 9788562938047. Trocar por Bardin L. Análise de Conteúdo. Reimpressão da Edição revista e actualizada de 2009.Lisboa,
 - Portugal ou São Paulo?: Edições 70;2018. 288p.
 22. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas in: metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria para a prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2016; p.481-511.
 23. Pereira J, Klein C, Meyer DE. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. *Saúde e Soc.* 2019; 28(2):132-46. DOI: 10.1590/s0104-12902019170836.
 24. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. A saúde do homem: Doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *RevLatAm Enfermagem*. 2016; 24:e2756 DOI: 10.1590/1518-8345.0735.2756.
 25. Santos FNP, Baldissera VDA, Toledo RF. Pub Talk: participation, education and men's health promotion. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3): 1-7. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0006.
 26. Portela PP, Mussi FC, Gama GGG, Santos CAST. Factors associated with lack of blood pressure control in men. *ACTA Paul Enferm*. 2016; 29(3):307-15. DOI: 10.1590/1982-0194201600043.
 27. Costa DO, Araújo FA, Xavier ASG, Araújo LDS, Silva UB, Santos EA, et al. Self-care of men with priapism and sickle cell disease. *RevBrasEnferm*. 2018;71(5):2418-24. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0464.
 28. Góis ÉCP; Santos JVO; Araújo LF. "Representações Sociais sobre a Velhice Masculina: Abordagens de Homens Idosos Participantes de Grupo de Convivência." *Revista Subjetividades 20.Esp* (2020): 20-05. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEsp1.e9140>
 29. Barros CT, Gontijo DT, Lyra J, De Lima LS, Monteiro EMLM. If theman takes careofhisownhealth, it willseemcontradictorytothework: The relationbetweenmasculinitiesandhealthcare for youngmen in vocational training. *Saude e Soc.* 2018; 27(2):423-34. DOI: 10.1590/s0104-12902018166057.

Endereço para correspondência: Jéssica de Castro Santos R. Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. Telefone: 021 9 9804-4324. E-mail: jessicacastroenf@gmail.com.

Data de recebimento: 23/09/2020

Data de aprovação: 03/02/2021