ATITUDE DE PACIENTES HIPERTENSOS FRENTE À SAÚDE, TRATAMENTO E DOENÇA*

CARLOS AMÉRICO ALVES PEREIRA**
ARAMITA RIBEIRO TERRA**

RESUMO

Este estudo, aplicado à área de Psicologia Social Comunitária da Saúde, foi desenvolvido em outubro de 1984. Quinze pacientes hipertensos do Centro Regional de Saúde de Uberlândia, M. G., julgaram os conceitos HIPERTENSÃO, SAÚDE, DOENÇA, MÉDICO, DIETA ALIMENTAR, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, VIDA, MORTE, FAMÍLIA, FILHOS, AMOR, DEUS, ESPERANÇA, HOSPITAL, DORMIR e CAMINHAR, através de dez escalas do diferencial semântico (*agradável-desagradável, alegre-triste, injusto-justo, útil-inútil, superficial-profundo, bom-ruim, natural-artificial, tudo-nada, querido-odiado* e *esperançoso-desesperançoso*). Foi aplicada uma análise fatorial pelo método dos principais componentes, extraindo-se três fatores, seguida de rotação pelo critério Varimax de Kaiser. Para a medida de atitude foram utilizadas as escalas *bom-ruim, agradável-desagradável, querido-odiado* e *útil-inútil,* da dimensão Avaliação. CAMINHAR, FILHOS e DEUS foram aqueles conteúdos julgados mais intensamente *bons* pelos pacientes hipertensos, seguidos de DORMIR, FAMÍLIA, ESPERANÇA, VIDA, MÉDICO e SAÚDE; AMOR e TRATAMENTO MEDICAMENTOSO foram avaliados "muito" *bons;* HOSPITAL e

* Os autores desejam expressar seu agradecimento ao CNPq, pela Bolsa de Iniciação Científica concedida em março de 1984 à estagiária Aramita Ribeiro Terra, sob a orientação de Carlos Américo A. Pereira. Agradecem também à solicitude e rapidez na análise fatorial dos dados ao prof. Sílvio Bacalá Júnior, do Centro de Processamento de Dados da UFU, e ao setor de Hipertensão do Centro Regional de Saúde de Uberlândia em tornar possível a realização deste trabalho.

** Do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

DIETA ALIMENTAR, "ligeiramente" *bons.* O conceito MORTE, oposto ao conceito VIDA, foi julgado "muito" *ruim;* HIPERTENSÃO e DOENÇA, "extremamente" *ruins.* Complementarmente, revelou a técnica do diferencial semântico ser (*a*) adequada à aplicação em sujeitos semi ou não-escolarizados, requerendo sua administração de forma cuidadosa e individualizada por um aplicador altamente treinado e (*b*) de grande utilidade no diagnóstico de percepções e atitudes de pacientes frente a conteúdos médico-psicológicos de sua saúde, tratamento e doença.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão ou pressão arterial alta é uma das alterações mais comuns do organismo, ocorrendo em aproximadamente uma entre cada cinco pessoas em alguma época da vida. Pode, segundo Guyton (1977) "causar a ruptura dos vasos sangüíneos cerebrais, renais, ou de outros órgãos vitais. Pode, ainda, determinar uma sobrecarga excessiva sobre o coração, causando sua falência".

A pressão arterial considerada normal em um adulto jovem é de 120 mmHg na pressão sistólica e de 80 mmHg na pressão diastólica, ou seja 120/80. Nas pessoas idosas a circulação sistêmica é dificultada pela arteriosclerose, que significa um endurecimento das paredes das artérias. Nesses casos, o sangue bombeado pelo coração não flui facilmente pelas artérias, causando maior pressão sobre as mesmas. Nessas pessoas, considera-se como uma pressão normal, em média, igual a 150/90 mmHg.

As causas da elevação da pressão arterial são variadas, tendo-se em consideração fatores orgânicos como doenças renais, cardíacas, nas artérias ou ainda anemia. Também são causas da hipertensão a obesidade, hábitos alimentares defeituosos e a idade, através da arteriosclerose. Por outro lado, fatores psicológicos também influem na elevação da pressão arterial; estudos foram feitos com animais, aos quais se expôs alimentos durante quatro horas, sem no entanto ser-lhes dada a possibilidade de ingeri-los. Tais animais, expostos a essa estimulação simpática prolongada e portanto causadora de alto nível de ansiedade, tiveram sua pressão arterial aumentada acima do normal durante todo o tempo em que passavam pelo experimento. Acredita-se que em seres humanos uma estimulação simpática dos rins durante muito tempo conduza a alterações estruturais dos rins, fazendo com que a hipertensão persista mesmo após a retirada da estimulação simpática. (Guyton, 1977). Além disso, em 70% dos pacientes hipertensos desconhece-se as causas de sua hipertensão. Este tipo é qualificado de Hipertensão Essencial, ou seja, de causas desconhecidas.

Com base nessas e em outras informações relativas às influências variadas na etiologia da hipertensão e de outras várias doenças estudadas, promoveu-se na Universidade de Yale, em 1977, uma Conferência sobre Medicina Comportamental, onde diversos pesquisadores das Ciências do Comportamento e Biomédica, tiveram oportunidade de discutir sobre o assunto.

Dessa conferência foi extraída uma definição para Medicina Comportamental: "Medicina Comportamental é a área que se preocupa com o desenvolvimento da Ciência do Comportamento, conhecimento e técnicas relevantes para o entendimento da saúde e doença e aplicação dos conhecimentos e destas técnicas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação". (Schwartz e Weiss, 1978).

W. Doyle Gentry, (1982), em seu artigo *What is behavioral medicine,* discute amplamente as várias definições de vários estudiosos sobre Medicina Comportamental e coloca que a grande contribuição do Grupo de Yale "reside na tentativa de encorajar, favorecer e moldar uma nova maneira integrante comportamental de conceitualizar problemas de saúde e conduzir pesquisas de saúde". Gentry (1982) conclui seu artigo dizendo que, "pelo fato do campo da Medicina Comportamental estar em seu começo, há falta de consenso sobre sua definição", mas afirma que "seu sucesso está na premissa de que todas as disciplinas relevantes formarão uma coalisão, contribuindo para um maior entendimento da complexidade da doença e saúde humanas".

De acordo com todas essas considerações torna-se imperativo investigar a natureza afetiva do espaço semântico em pacientes hipertensos, objeto de estudo do presente trabalho.

Compreende-se por *espaço semântico* o sistema disposicional afetivo do significado, composto predominantemente pelas dimensões de Avaliação (*E*), Potência (*P*) e Atividade (*A*). (e. g., Osgood, 1962, 1964, 1967, 1971, 1974a, 1974b, 1976; Osgood, Suci e Tannenbaum, 1957; Osgood, Archer e Miron, 1963; Osgood, May e Miron, 1975; Pereira, 1982).

Mais particularmente, quais os significados afetivos de pacientes hipertensos frente a conteúdos relacionados ao seu tratamento, a sua saúde e sua doença? Em outras palavras, o que representa para o hipertenso conceitos como tratamento medicamentoso, dieta alimentar, hipertensão, médico, família, ter filhos, e outros?

2. MÉTODO

Sujeitos = Participaram da pesquisa 15 pacientes hipertensos do Centro Regional de Saúde de Uberlândia, em outubro de 1984, todos de baixa condição sócio-econômica, sendo 12 do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade variando de 46 a 72 anos ($\bar{X} = 59$).

Desses pacientes, mais de 50% eram casados e em torno de 30% viúvos, sendo o restante amasiados.

Em relação ao nível de escolaridade, dez possuiam o curso "primário" incompleto e cinco o curso "primário" completo, sendo a maioria natural de M. Gerais e estando já de um a três anos em tratamento médico.

Instrumento = Foi utilizada, para a medida das atitudes, a técnica do *diferencial semântico* de Osgood e colabs. (1957, 1963, 1975).

O instrumento consistiu em um formulário contendo instruções, dados pessoais, e uma série de folhas de papel, apresentando ao alto de cada página um dado conceito seguido de uma série de escalas bipolares de sete intervalos.

Cada intervalo de uma dada escala representava uma magnitude de intensidade de resposta afetiva do sujeito, diante de um dado conceito, de extremamente, muito, ligeiramente do polo escalar positivo, passando pelo intervalo neutro, até ligeiramente, muito e extremamente do polo escalar negativo. FAMÍLIA, HIPERTENSÃO, SAÚDE, FILHOS, VIDA, MÉDICO, DIETA ALIMENTAR, HOSPITAL, ESPERANÇA, DORMIR, DEUS, CAMINHAR, AMOR, DOENÇA, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO e MORTE, serviram como conceitos. As escalas utilizadas foram: *agradável — desagradável, alegre — triste, justo - injusto, útil - inútil, profundo - superficial, bom — ruim, natural — artificial, tudo — nada, querido — odiado* e *esperançoso — desesperançoso.*

Procedimento = A aplicação dos formulários foi feita de forma individualizada e as respostas foram anotadas pelo aplicador, levando-se em consideração o baixo nível de escolaridade dos pacientes.

Inicialmente foram lidas as instruções pelo aplicador e anotados os dados pessoais de cada sujeito.

A aplicação dos formulários foi executada no Centro Regional de Saúde, em uma sala de atendimento onde aplicador e paciente se encontravam sozinhos.

Cuidados foram tomados no sentido de garantir a compreensão dos sujeitos quanto a natureza da tarefa, explicando cuidadosamente como cada um deveria responder aos itens escalares do diferencial semântico.

3. ANÁLISE DOS DADOS

3.1. *Análise Fatorial das Escalas*

Se 15 pacientes hipertensos julgaram afetivamente 16 conceitos, relacionados a saúde, tratamento e doença hipertensiva, através de 10 escalas do diferencial semântico, o volume de dados foi igual a 2.400 (15 x 16 x 10). Cada sujeito efetuou 160 julgamentos (16 conceitos x 10 escalas).

O tempo requerido pelos pacientes no julgamento dos 160 itens em média foi igual a 30 minutos, com uma amplitude de variação entre 20 e 50 minutos. O tempo total de aplicação, que incluiu a leitura individualizada das instruções, uma explicação detalhada que garantisse a compreensão dos sujeitos quanto a natureza da tarefa a ser executada, o preenchimento dos dados pessoais e as respostas aos 160 itens, em média foi igual a 40 minutos.

Valores de 7 a 1 foram atribuidos às respostas nos itens, do intervalo mais extremamente positivo ao mais extremamente negativo de cada par de adjetivos opostos escalares. Não houve respostas "em branco".

Inicialmente, os 2.400 dados foram transferidos para formulários de codificação FORTRAN, transcrevendo-se para cada conceito diante de cada escala a resposta codificada de cada sujeito. Finalmente, o volume de dados foi perfurado em cartões-IBM e, através dos procedimentos automáticos do programa de análise fatorial do *SPSS* (Nie e colabs, 1975), foram extraídos e rotados três fatores. O procedimento de extração de fatores foi pelo *método dos componentes principais* (Kim, 1975), aplicado com objetivo de determinar dentre as dez escalas aquelas que seriam mais representativas para explicar as dimensões emergentes. O procedimento de rotação dos fatores foi pelo método *Varimax* (Kaiser, 1958).

Um primeiro resultado obtido diante da análise fatorial conduzida refere-se à variância total extraída, à percentagem da variância total explicada pelos três fatores extraídos, à percentagem da variância total explicada por cada um dos três fatores extraídos e à percentagem da variância comum explicada por cada um dos três fatores extraídos. Sendo dez o número de variáveis (escalas) envolvidas na análise fatorial, então a variância total "teórica" extraída, se fossem extraídos dez fatores, seria igual a dez; no entanto, como foram extraídos três fatores, a variância dos fatores comuns foi igual a 6,73.

A tabela 1 sumariza todas as variâncias e percentagens das variâncias para os três fatores extraídos pelo método dos principais componentes.

TABELA 1

Percentagem da variância total, variância dos fatores comuns e percentagem da variância comum.

Fator	Pct. da Var. total	Var. dos fat. com.	Pct. da Var. com.
1	60,80	6,08	90,28
2	4,11	0,41	6,10
3	2,44	0,24	3,62
Soma	67,35	6,73	100,00

A percentagem da variância total explicada pelos três fatores extraídos (67,35%), revela que aproximadamente 33% da variância total seria explicada pelos sete fatores restantes, teoricamente falando, se fossem extraídos tantos fatores quanto o número de variáveis envolvidas.

Se considerássemos somente como significativas as percentagens da variância total acima de 2,50% para os fatores, então os três primeiros fatores extraídos per se foram expressivos.

Considerando 67,35% a percentagem da variância total para os três primeiros fatores extraídos, 60,80% corresponderam à percentagem da variância

total explicada pelo fator 1, sendo marcadamente o dominante.

Em outras palavras, o fator 1 foi claramente o predominante, já que dentre os três fatores extraídos, 90,28% da variância correspondeu aquele fator seguido do fator 2 com 6,10% e do fator 3 com 3,62%.

A tabela 2 revela os três fatores extraídos e as respectivas escalas de maior saturação.

TABELA 2

Escalas de maior saturação em cada fator extraído[a]

Fator I (90,3%)	
útil — inútil	• 77
querido — odiado	• 75
justo — injusto	• 74
esperançoso — desesperançoso	• 73
bom — ruim	• 64
agradável — desagradável*	• 62
tudo — nada	• 58
alegre — triste*	• 48
*Mais saturadas no Fator II	
Fator II (6,1%)	
alegre — triste	• 72
agradável — desagradável	• 63
bom — ruim*	• 60
querido — odiado*	• 47
útil — inútil*	• 39
*Mais saturadas no Fator I	
Fator III (3,6%)	
natural — artificial	• 58
profundo — superficial	• 48
tudo — nada*	• 34
justo — injusto*	• 32
*Mais saturadas no Fator I	

[a]os fatores foram rotados pelo método *Varimax*.

De acordo com as seguintes escalas mais saturadas no fator I, este foi claramente identificado como *Avaliação* ("Evaluation"): *útil-inútil, querido-odiado, justo — injusto, esperançoso — desesperançoso* e *bom — ruim.* Os pesos destas escalas foram superiores a .63 no fator I.

O fator II, pelas respectivas escalas nele mais saturadas, reportou a dimensão *Avaliação* (*E*), da mesma forma que o fator I: *alegre-triste, agradável-desagradável, bom-ruim, querido-odiado* e *útil-inútil.* Por outro lado, apenas as escalas *alegre-triste* e *agradável-desagradável* tiveram seus mais elevados pesos fatoriais no fator II.

Pelas escalas mais saturadas no fator III, *natural-artificial, profundo-superficial, tudo-nada* e *justo-injusto,* pode-se denominá-lo *Atividade* (*Activity*), com um sentido "Filosófico-Moral" e "Divino".

3.2. *Perfil Psicológico dos Conceitos*

A tabela 3 reflete as percepções do grupo de pacientes hipertensos perante aqueles conceitos relacionados à sua saúde, tratamento e doença.

Os valores que aparecem no corpo da tabela indicam os resultados médios do grupo de pacientes, podendo variar de +3 à −3, entendendo o valor "+3" uma percepção "extremamente *positiva*" frente a um dado conceito, "+2" *muito positiva,* "+1" "ligeiramente *positiva*", "o" "nem *positiva* nem *negativa*" ("neutra"), e −1, −2 e −3, respectivamente, "ligeiramente", "muito" e "extremamente" "negativas". Por exemplo, conforme a tabela 3, HIPERTENSÃO e DOENÇA foram aqueles conceitos avaliados de forma mais "extremamente" *desagradáveis.* (médias iguais a −3,00), mais intensamente *tristes* (médias iguais a −2,7 e −3,00, respectivamente), e assim por diante; DIETA ALIMENTAR e HOSPITAL "nem *agradáveis* nem *desagradáveis*" ($\bar{X}$ = −0,07 e −0,47, respectivamente); SAÚDE, FILHOS, e ainda outros, "extremamente" *agradáveis* (médias iguais a +3,00).

Olhando para a tabela 3, percebe-se que HIPERTENSÃO, DOENÇA e MORTE foram aqueles conceitos julgados mais intensamente *negativos.* FILHOS, DEUS, CAMINHAR, FAMÍLIA, VIDA, ESPERANÇA, DORMIR, MÉDICO e SAÚDE, foram avaliados pelos pacientes hipertensos, mais intensamente *positivos.*

Mais concisamente, os significados afetivos ou percepções daqueles pacientes frente aos conteúdos médico-psicológicos que os acerca são revelados nas Figuras 1, 2 e 3, através de perfis.

A Figura 1 delineia os perfis daqueles conceitos voltados aos conteúdos médicos da doença hipertensiva, a Figura 2 os perfis diante do conteúdo VIDA/MORTE e a Figura 3 os perfis diante do conteúdo SAÚDE/DOENÇA, para o grupo de pacientes hipertensos. Os pontos plotados nos perfis representam aqueles valores médios, apresentados anteriormente na tabela 3.

TABELA 3

Resultados médios frente aos conceitos relacionados à saúde, tratamento e doença hipertensiva[a]

ESCALAS	CONCEITOS	01. FAMÍLIA	02. HIPERTENSÃO	03. SAÚDE	04. FILHOS	05. VIDA	06. MÉDICO	07. DIETA ALIMENTAR	08. HOSPITAL	09. ESPERANÇA	10. DORMIR	11. DEUS	12. CAMINHAR	13. AMOR	14. DOENÇA	15. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	16. MORTE
01. agradável[b]		2,8	−3,0	3,0	3,0	2,9	2,5	−0,1	−0,5	3,0	3,0	3,0	3,0	2,2	−3,0	1,4	−1,8
02. alegre		2,7	−2,7	1,8	3,0	2,1	1,9	0,3	−1,7	2,2	2,4	3,0	3,0	2,3	−3,0	0,6	−2,2
03. justo		2,3	−2,6	2,6	3,0	2,7	2,6	1,1	1,9	2,6	3,0	3,0	3,0	2,6	−2,4	2,6	−0,5
04. útil		3,0	−3,0	2,2	3,0	3,0	2,9	1,7	2,5	2,6	2,6	3,0	3,0	2,3	−2,6	3,0	−1,3
05. profundo		2,7	2,0	3,0	2,2	2,6	1,4	1,9	2,4	1,9	3,0	2,2	2,5	2,4	−0,7	1,2	2,4
06. bom		2,9	−2,6	2,6	3,0	2,9	2,9	1,1	0,8	3,0	3,0	3,0	3,0	2,3	−3,0	1,5	−1,8
07. natural		2,9	0,9	2,6	3,0	3,0	2,7	2,1	2,7	3,0	3,0	3,0	2,5	2,6	0,3	1,5	3,0
08. tudo		2,9	1,3	3,0	3,0	3,0	2,8	2,5	2,9	3,0	2,9	3,0	2,9	2,5	−1,4	2,4	0,4
09. querido		2,9	−1,6	3,0	3,0	3,0	2,7	1,5	1,7	3,0	3,0	3,0	3,0	2,3	−1,8	1,3	−1,5
10. esperançoso		2,9	−0,7	2,7	2,8	2,8	2,7	2,4	2,1	3,0	2,9	3,0	2,9	2,3	−1,6	2,3	−1,1

[a] Aqui os valores médios foram aproximados para a primeira casa decimal.

[b] Por economia de espaço foram omitidos os adjetivos opostos de cada escala.

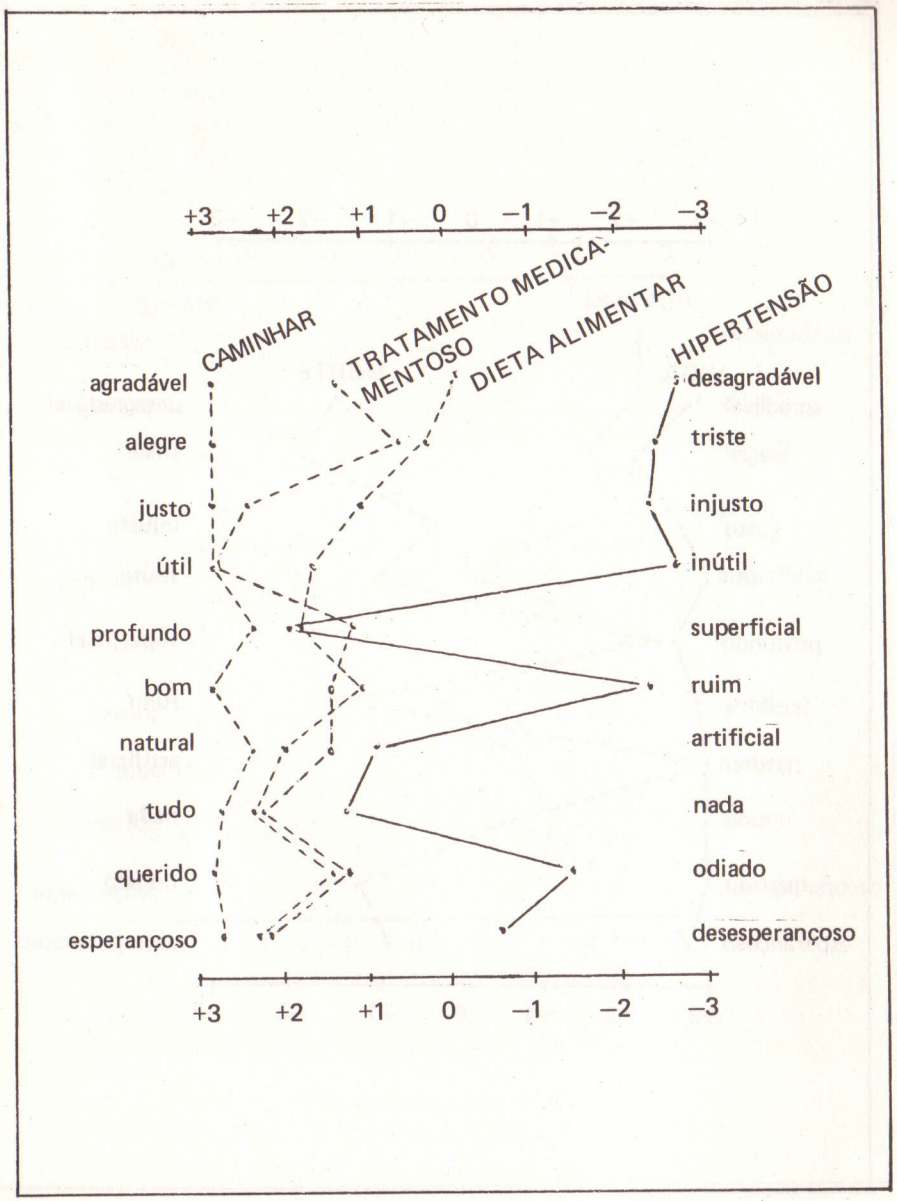

Figura 1 — Perfil dos conceitos voltados aos conteúdos médicos da hipertensão arterial, tal como percebidos pelo grupo de quinze pacientes hipertensos do Centro Regional de Saúde de Uberlândia, em outubro de 1984.

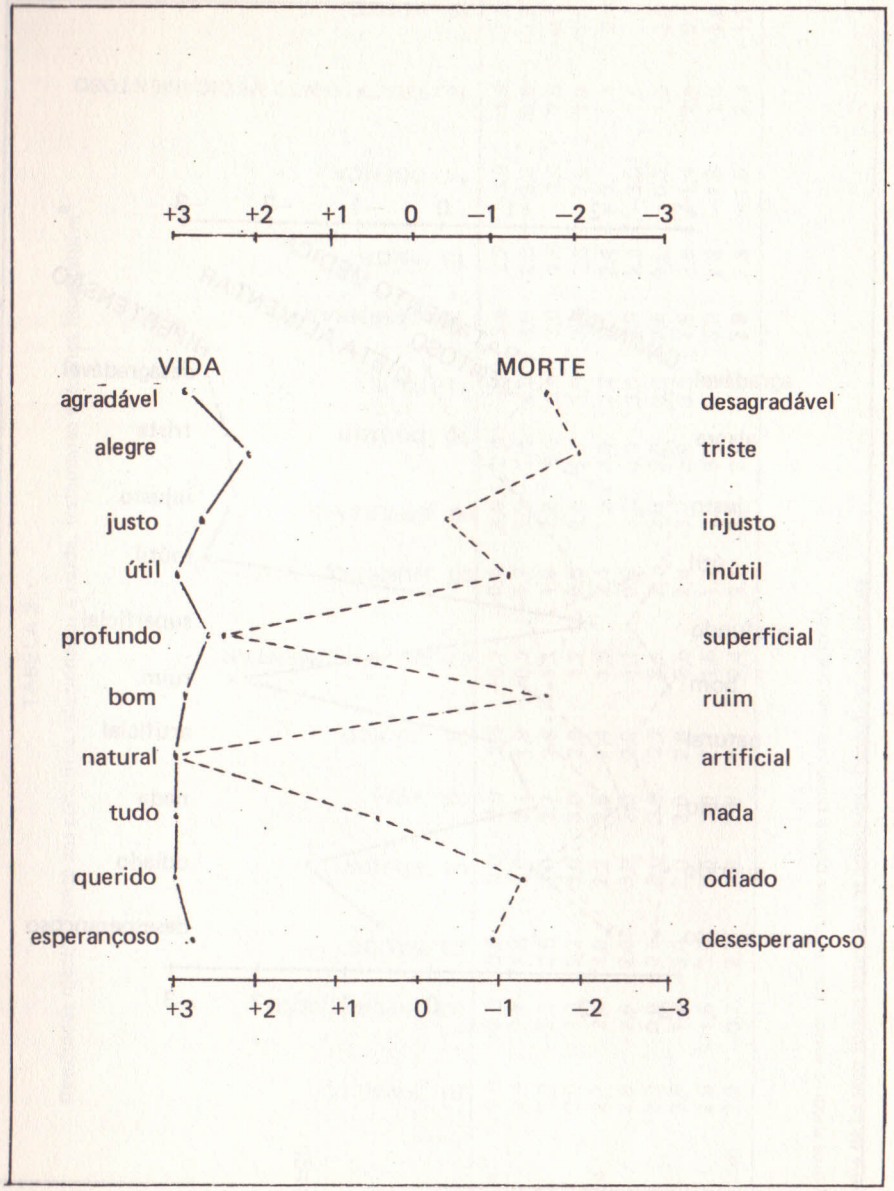

Figura 2 — Perfil dos conceitos voltados aos conteúdos VIDA/MORTE, tal como percebidos pelo grupo de quinze pacientes hipertensos do Centro Regional de Saúde de Uberlândia, em outubro de 1984.

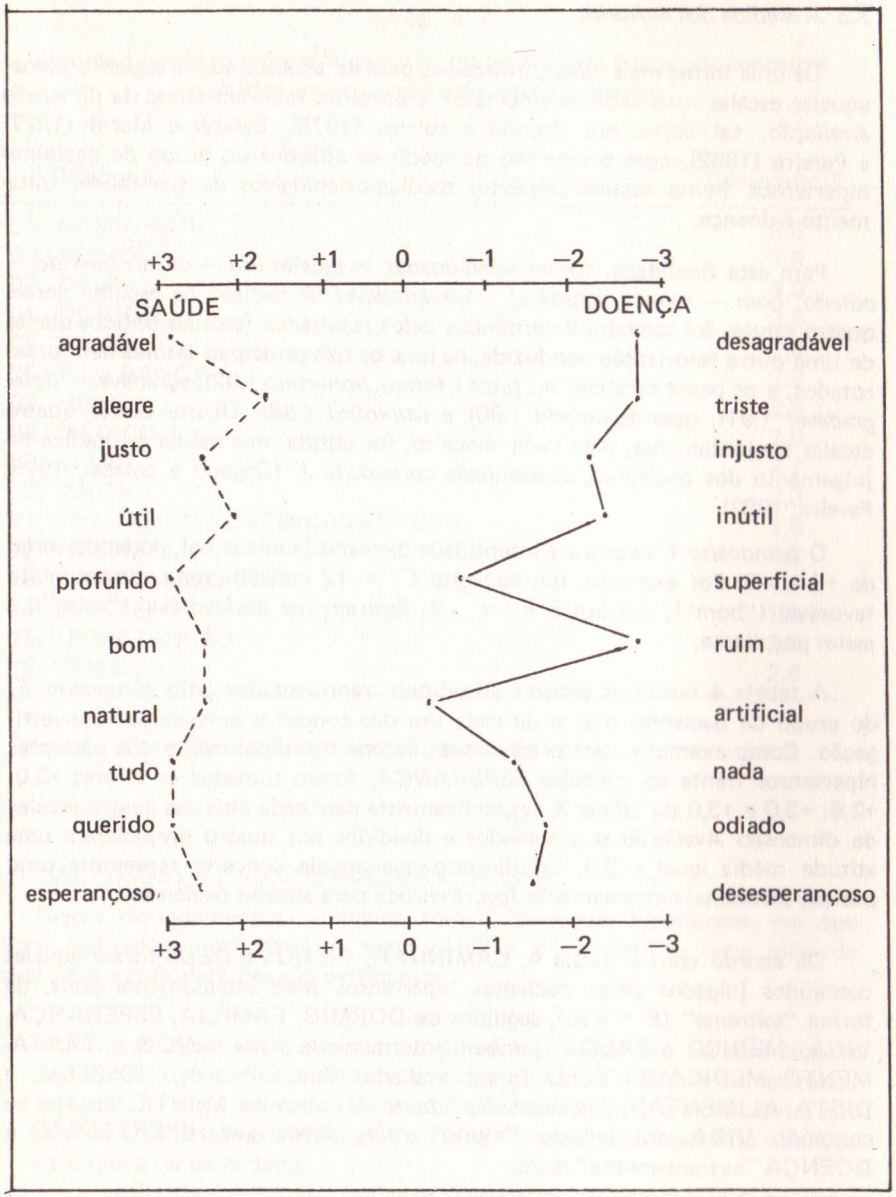

Figura 3 — Perfil dos conceitos SAÚDE e DOENÇA, tal como percebidos pelo grupo de quinze pacientes hipertensos do Centro Regional de Saúde de Uberlândia em outubro de 1984.

3.3 *A Medida das Atitudes*

De uma forma mais direta, utilizou-se para as análises que se seguem, apenas aquelas escalas mais saturadas no fator I, portanto representativas da dimensão *Avaliação,* tal como em Osgood e colabs. (1975), Salazar e Marín (1977) e Pereira (1982), com o objetivo de medir as *atitudes* do grupo de pacientes hipertensos frente aqueles aspectos médico-psicológicos de sua saúde, tratamento e doença.

Para esta finalidade, foram selecionadas as escalas *útil – inútil, querido – odiado, bom – ruim* e *agradável – desagradável.* A decisão na escolha destas quatro escalas foi também determinada pelos resultados fatoriais obtidos diante de uma outra fatorização conduzida, na qual os três principais fatores não foram rotados, e os pesos escalares no fator I foram: *bom-ruim* (.92), *agradável – desagradável* (.91), *querido-odiado* (.90) e *útil-inútil (.88).* Diante destas quatro escalas conjuntamente, para cada conceito, foi obtida uma média aritmética do julgamento dos pacientes, denominada *compósito E* (Osgood e colabs., 1975; Pereira, 1982).

O *compósito* E exprime a intensidade da resposta atitudinal, podendo variar de +3 a –3. Por exemplo, um conceito $E = +2$ indicaria uma atitude muito favorável ("bom"); um outro $E = -1$, ligeiramente desfavorável ("ruim"), e assim por diante.

A tabela 4 revela os escores atitudinais, representados pelo *compósito E,* do grupo de pacientes diante de cada um dos conceitos envolvidos na investigação. Como exemplo, para o cálculo do escore atitudinal médio dos pacientes hipertensos frente ao conceito *ESPERANÇA,* foram tomados os valores +3,0, +2,6, +3,0 e +3,0 da tabela 3, respectivamente para cada uma das quatro escalas da dimensão *Avaliação* que somados e divididos por quatro propiciaram uma atitude média igual a 2,9, significando que aquele conceito representa uma posição atitudinal extremamente favorável/boa para aqueles pacientes.

De acordo com a tabela 4, CAMINHAR, FILHOS e DEUS foram aqueles conteúdos julgados pelos pacientes hipertensos mais intensamente *bons,* de forma "extrema" ($E = +30$), seguidos de DORMIR, FAMÍLIA, ESPERANÇA, VIDA, MÉDICO e SAÚDE, também intensamente *bons.* AMOR e TRATAMENTO MEDICAMENTOSO foram avaliados "muito" *bons;* HOSPITAL e DIETA ALIMENTAR, "ligeiramente" *bons.* O conceito MORTE, oposto ao conteúdo VIDA, foi julgado "muito" *ruim,* sendo que HIPERTENSÃO e DOENÇA "extremamente" *ruins.*

BCH-PERIODICOS

TABELA 4

Escores atitudinais médios[a] dos pacientes hipertensos frente aos conceitos voltados ao seu tratamento, saúde e doença.

Conceitos	Compósito *E*
01. CAMINHAR	3,0
02. FILHOS	3,0
03. DEUS	3,0
04. DORMIR	2,9
05. FAMÍLIA	2,9
06. ESPERANÇA	2,9
07. VIDA	2,9
08. MÉDICO	2,8
09. SAÚDE	2,7
10. AMOR	2,3
11. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	1,8
12. HOSPITAL	1,2
13. DIETA ALIMENTAR	1,1
14. MORTE	–1,6
15. HIPERTENSÃO	–2,6
16. DOENÇA	–2,6

[a]Aqui os valores médios foram aproximados para a primeira casa decimal.

4. *CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS:*

Diante da experiência conduzida com os pacientes hipertensos, em que foram utilizados procedimentos metodológicos e estatísticos, uma série de conclusões e considerações são pertinentes:

4.1. Mostrou-se adequada a técnica do diferencial semântico no que tange a sujeitos do tipo semi ou não escolarizados, requerendo apenas um aplicador treinado, já que é necessária uma aplicação individualizada e cuidadosa, que garanta inteira compreensão por parte do respondente acerca da natureza da tarefa a ser executada.

Utilizada como uma técnica de diagnóstico afetivo, dispende pequeno tempo de aplicação com um paciente ou com um pequeno grupo de pacientes, mas deve-se levar este tempo em consideração quando envolvidos 25 ou mais sujeitos.

4.2. Com sujeitos de baixo ou nenhum nível de escolaridade, sugere-se a utilização de um menor número de intervalos escalares, talvez três, já que a maioria respondeu nos intervalos extremos, acreditando-se desta forma, que tais indivíduos percebam apenas três regiões de uma dada escala: uma positiva, uma neutra e outra negativa.

4.3. No que se refere ao grupo de pacientes hipertensos envolvidos, acredita-se que a nível de um trabalho psicológico, social e/ou clínico, poder-se-ia mudar a região afetiva da atitude dos pacientes, de ligeiramente *bom* para muito ou extremamente *bom,* por exemplo, em relação ao conteúdo DIETA ALIMENTAR. Da mesma maneira, uma intervenção seria requerida na mudança das atitudes daqueles pacientes frente aos conceitos HIPERTENSÃO e DOENÇA, já que estes foram julgados extremamente *ruins,* não deixando por isso de serem parte constante na vida de tais indivíduos.

4.4. Há de ser levado em consideração o número de pacientes hipertensos aqui envolvidos. Por outro lado, sugere-se novas aplicações da técnica do diferencial semântico, a grupos distintos de pacientes hipertensos, no que se refere às variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, nível sócio-econômico, tipo de clínica médica (particular ou pública), região nacional, e outras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GENTRY, W. D. What is Behavioral medicine? *In:* J. R. Eiser (ed.), *Social psychology and behavioral medicine.* New York, John Wiley e Sons, 1982.

GUYTON, A. C. *Tratado de fisiologia médica.* Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.

KAISER, H. F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika,* 1958, *3,* 187 – 200.

KIM, Jae-On. *Factor analysis. In:* N.H.Nie, C. H. Hull, J. G. Jenkins, K. Steinbrenner e D. H. Bent (org.). *Statistical Package for the Social Sciences.* New York, McGraw-Hill, 1975.

NIE, N. H. *et alli. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).* New York, McGraw-Hill, 1975. 2d. ed.

OSGOOD, C. E. Studies on the generality of affective systems. *American Psychologist,* 1962, *17,* 10 – 28.

OSGOOD, C. E. Semantic differential technique in the comparative study of cultures. *American Anthropologist,* 1964, *66,* 171-200.

OSGOOD, C. E. On the strategy of cross-national research into subjective culture. XI *Congresso Interamericano de Psicologia,* México, 1967.

OSGOOD, C. E. Exploration in semantic space: A personal diary. *Journal of Social Issues,* 1971, *27,* 5-64.

OSGOOD, C. E. Probing subjective culture. Part. 1: Cross – linguistic tool – making. *Journal of Communication,* 1974a, *24,* 21-35.

OSGOOD, C. E. Probing subjective culture. Part. 2: Cross-cultural tool-using. *Journal of Commnunication,* 1974b, *24,* 82-100.

OSGOOD, C. E. Focus on meaning. 1: *Explorations in semantic space.* Netherlands, Mouton Pubs., The Hague, 1976.

OSGOOD, C. E. Suci, G. e Tannenbaum, P. *The measurement of meaning.* Urbana, Illinois, University of Illinois Press, 1957.

OSGOOD, C. E., Archer, W. K. e Miron, M. S. *The cross-cultural generality of meaning systems.* Urbana, Institute of Communications Research, University of Illinois, 1963 (mimeo).

OSGOOD, C. E., May, W. H. e Miron, M. S. *Cross – cultural universals of offective meaning.* Urbana, University of Illinois Press, 1975.

PEREIRA, C. A. A. *O Diferencial semântico do Idioma Português – Rio de Janeiro,* Tese de mestrado, P.U.C., Rio de Janeiro, 1982.

SALAZAR, J. M. e Marín, G. National stereotypes as a function of conflict and territorial proximity: A test of the mirror image hypothesis. *The Journal of Social Psychology,* 1977, *101* 13-19.

SCHWARTZ, G. E., and Weiss, S. M. Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of behavioral Medicine,* 1978, *1,* 3 – 12.