



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

da Silva Pires, Cláudia Geovana; Carneiro Mussi, Fernanda
Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 2, dezembro, 2008, pp. 2257-2267
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009630>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial

Health beliefs for the control of arterial hypertension

Cláudia Geovana da Silva Pires¹

Fernanda Carneiro Mussi¹

Abstract *Health beliefs can interfere with the adherence to arterial hypertension therapy. The aim of this descriptive-exploratory study that adopted the Model of Health Beliefs as a theoretical reference was to estimate percentages of health beliefs about the benefits of prevention and control measures of arterial hypertension and to identify the social-demographic factors associated with these beliefs. The study was conducted in a Health Center in the city of Salvador, with 106 adults self-declared as black, and with a medical diagnosis of arterial hypertension. For the interviews we used a "Scale of Health Beliefs" about 13 behaviors related to disease prevention and control measures. The data analysis was based on percentage rates, frequency of cases and scores and the social-demographic factors associated to these beliefs were analyzed based on the prevalence rate. The global analysis showed predominance in the category "beliefs about benefits" for 12 behaviors. Men and women realized different benefits from these behaviors. The socio-economically less favored strata, young adults and individuals living without a partner tended to perceive less benefits from the prevention and control measures of arterial hypertension.*

Key words *Hypertension, Risk factors, Adherence, Education in health, Nursing*

Resumo *As crenças em saúde podem influenciar na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Estimar o percentual de crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial e conhecer os fatores sociodemográficos associados a essas crenças foi o objetivo deste estudo descritivo-exploratório, que adotou como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde. Foi realizado em um centro de saúde em Salvador, com 106 adultos, autodeclarados negros e com diagnóstico médico de hipertensão arterial. Para a entrevista, utilizou-se uma Escala de Crenças em Saúde sobre treze comportamentos relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. Para análise dos dados, utilizaram-se índices percentuais, frequência de casos, escores e a razão de prevalência. Os testes estatísticos foram verificados no nível de 5% de significância. A análise global mostrou predomínio da categoria "crenças sobre benefícios" para doze comportamentos de saúde. Homens e mulheres perceberam diferentemente benefícios para esses comportamentos e constatou-se uma tendência à percepção de menos benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial em estratos socioeconômicos menos favorecidos, adultos jovens e pessoas sem companheiro.*

Palavras-chave *Hipertensão, Fatores de risco, Adesão, Educação em saúde, Enfermagem*

¹ Escola de Enfermagem, UFBA, Hospital São Rafael, Rua Renato Mendonça, Ed. Camélia, apto. 401 Brotas. 40285-440 Salvador BA. cgspires@uol.com.br

Introdução

A hipertensão arterial constitui-se em relevante problema de saúde pública, ressaltando-se que apresenta elevado índice de prevalência e mortalidade¹; é uma doença multifatorial, desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças¹; em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na auto-estima e auto-conceito do indivíduo²; aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, mudança de hábitos de vida, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física¹; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença^{2,3}. Esse panorama revela que a prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial vem sendo considerada um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica³ e perpassado por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais.

A análise da literatura mostra que os fatores que interferem na adesão estão associados à terapêutica, ao sistema de saúde e ao indivíduo⁴⁻⁶. Apesar da importância de se estudar essa gama de fatores, pouco tem sido explorado sobre aqueles associados às pessoas hipertensas, mais especificamente da raça/cor negra, no que se refere às suas crenças em saúde sobre as medidas de prevenção e controle da doença, a saber: dieta hipossódica e com baixo teor de gordura saturada e colesterol, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática de atividade física, lazer, relaxamento, manutenção do peso corporal ideal, controle da pressão arterial e comparecimento periódico às consultas médicas.

Entende-se que a mudança no estilo de vida relaciona-se às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social⁷. Portanto, é inegável que o controle da pressão arterial não se limita apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si. Conhecer as crenças em saúde sobre as medidas de controle da hipertensão arterial possibilita mostrar indicadores de

adesão ao tratamento, identificar grupos de risco e repensar as formas de cuidado à saúde.

Objetivos

Estimar o percentual de crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para pessoas negras e conhecer os fatores sociodemográficos associados a essas crenças.

Bases teórico-metodológicas

Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quantitativa.

Modelo de Crenças em Saúde

No início dos anos 1950, um grupo de psicólogos do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos desenvolveu este modelo, na tentativa de explicar o motivo pelo qual as pessoas não se preveniam adequadamente contra certas doenças. Para explicar a ação preventiva, o modelo foi publicado por Rosenstock, em 1966, e aplicado a comportamentos relacionados à manutenção da saúde em geral⁸. Tem como premissa que o mundo perceptual da pessoa determina o seu comportamento, não o ambiente físico⁹.

O Modelo de Crenças em Saúde, em relação ao comportamento preventivo, é demonstrado por quatro dimensões ou variáveis, assim colocadas:

a) susceptibilidade percebida - refere-se à percepção subjetiva do risco de a pessoa contrair determinada condição ou doença;

b) severidade percebida - o grau de severidade da doença é avaliado tanto pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela como pelas consequências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que poderá acarretar;

c) benefícios percebidos - referem-se à crença na efetividade da ação e na sua percepção, com resultados positivos;

d) barreiras percebidas - os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, considerando-se os esforços empreendidos, a caracterização invasiva dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as vivências, os aborrecimentos e a dor, que servem como barreiras para a ação e estimulam moti-

vos conflitantes de enfrentamento. O potencial para ação resulta da combinação das variáveis susceptibilidade e severidade percebidas na doença, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios, excluindo-se as barreiras percebidas nos comportamentos em saúde⁸.

Lócus do estudo

A pesquisa foi realizada num centro de saúde do município de Salvador, situado no bairro da Liberdade, que abriga no seu contingente populacional 82,8% de pessoas da cor preta e parda¹⁰ e serve de referência para o atendimento de pessoas com hipertensão arterial.

Amostra

A amostra constituiu-se de 106 adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial há no mínimo seis meses, que se autodeclararam da cor preta e/ou parda, compareciam ao local de estudo para consulta e/ou verificação da pressão arterial e estavam cadastradas no programa de hipertensão. Para o cálculo do tamanho da amostra, embasado em Rosner¹¹, assumiu-se a frequência esperada de benefícios de 50%, com um erro aceitável de 40%, nível de significância de 5% e poder da amostra em torno de 60%. O recorte racial justifica-se pela possibilidade de haver alguma especificidade das crenças relacionadas às pessoas de cor/raça negra, considerando as suas origens, os processos de escravidão e exclusão social, as condições socioculturais e financeiras e outras formas de vivência excludente, fatores que certamente exercem significativa influência nos comportamentos de saúde. A prevalência e determinantes da hipertensão arterial nas pessoas negras e o fato de a cidade de Salvador possuir o maior

número de afrodescendentes fora da África justificam também privilegiar as crenças junto a esse grupo racial.

Coleta de dados

A Parte I do formulário foi constituída por questões fechadas sobre dados de caracterização dos participantes e a Parte II, pela “Escala de Crenças” extraída da tese de doutorado de Dela Coleta⁸, após obtenção da sua autorização para uso nesta pesquisa. A escala⁸ apresenta sentenças sobre crenças de barreiras e benefícios relacionados a cada um dos treze comportamentos de saúde referentes às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, as quais constam em anexo.

Na apresentação da escala, para cada comportamento de saúde, aos itens (sentenças) sobre “benefícios percebidos” foram intercalados os itens sobre “barreiras percebidas”⁸. O levantamento das crenças sobre cada comportamento de saúde era precedido da pergunta: Qual a sua opinião sobre...? O Quadro 1 é ilustrativo.

A escala é apresentada no formato Likert, com cinco níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente=1), D (discordo=2), I (indeciso=3), C (concordo=4) até CT (concordo totalmente=5). Com base no Modelo de Crenças em Saúde, para cada sentença, níveis de resposta que evidenciam resultados positivos para o comportamento em saúde são considerados benefícios e níveis de resposta que evidenciam aspectos negativos para o comportamento em saúde, podendo ser impeditivos para ação, são considerados barreiras.

Cada participante foi orientado sobre os cinco níveis de resposta. Para facilitar a resposta, foi criada uma figura, para que pontuasse a sua resposta à medida que as frases fossem lidas, na qual as cores verde, azul, rosa, amarela e vermelha correspondiam a cada nível de resposta.

Quadro 1. Crenças em saúde sobre o uso de pouco sal na comida.

1. Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENSAL -Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial					
BARSA -A comida com pouco sal não tem gosto					

A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2006. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, enquanto aguardavam a verificação da pressão arterial ou a consulta pela equipe multidisciplinar. As pessoas que chegavam primeiro eram abordadas e caso se identificassem como da cor preta e/ou parda e tivessem diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos seis meses, confirmado pelo cartão de registro no Centro de Saúde, fazia-se o convite para participar da pesquisa; a seguir, recebiam explicações sobre seus objetivos. Em caso de aquiescência, a pessoa era encaminhada para uma sala privativa e, após leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a entrevista era iniciada e gravada. Ao término, agradecia-se ao entrevistado pela contribuição à pesquisa. Aos participantes foram assegurados o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade¹². O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

Tratamento e análise dos dados

As entrevistas gravadas foram digitadas nos formulários, em outro momento. Os dados foram codificados, digitados e processados no SPSS (Statistical Package of Social Science) for Windows.

Os dados de caracterização da amostra foram analisados com base em números absolutos e percentuais.

Para análise do percentual de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados às treze medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, procedeu-se a construção do indicador sobre crenças, da seguinte maneira: a) para cada participante do estudo e para cada uma das treze medidas de prevenção e controle que constituem a escala de crenças, criou-se uma média aritmética para barreiras, utilizando-se os itens (sentenças) correspondentes às barreiras, e uma média aritmética para benefícios, utilizando-se os itens (sentenças) correspondentes a benefícios; b) estabeleceu-se a diferença entre a média aritmética da barreira e a média aritmética de benefício, construídas como descrito em “a”, para cada uma das treze medidas de prevenção e controle da escala de crenças e para cada participante da pesquisa; c) os resultados da diferença entre as médias aritméticas de cada participante construídas como descrito em “b” foram classificados em três categorias: 1) crenças sobre benefícios = valores da dife-

rença das médias aritméticas abaixo de zero; 2) crenças sobre barreiras = valores da diferença das médias aritméticas acima de zero; 3) indecisos na percepção de crenças sobre barreiras e benefícios = valores da diferença das médias aritméticas igual a zero, ou seja, não predominaram crenças sobre barreiras ou benefícios. Posteriormente, as treze medidas de prevenção e controle foram associadas às três categorias do indicador crenças, para verificação da distribuição percentual.

Tomando-se como exemplo uma classificação hipotética das respostas de um participante para as sentenças relativas às crenças sobre “manter o peso ideal para idade e altura”, ilustra-se, no Quadro 2, como foi estimado o percentual de crenças sobre benefícios e barreiras para esse comportamento em saúde.

O trabalho com os dados obedeceu às seguintes etapas:

a) somando-se os valores obtidos para as sentenças benefícios, obteve-se a pontuação 27; para as sentenças barreiras, a pontuação 12. Dividindo-se 27 por 7, ou seja, a pontuação total encontrada para benefícios (27) pelo número total de sentenças sobre benefícios (7), chegou-se à média aritmética de benefícios de 3,85. Dividindo-se 12 por 5, ou seja, a pontuação total encontrada para barreiras (12) pelo número total de sentenças sobre barreiras (5), chegou-se a média aritmética de barreiras de 2,4.

b) na segunda etapa, estabeleceu-se a diferença entre a média aritmética para barreira e a média aritmética para benefício. Assim, com base no exemplo, a diferença entre as médias foi: $2,4 - 3,85 = -1,45$.

c) na terceira fase, o resultado da diferença entre as médias aritméticas do participante, construídas como descrito em “b”, foi classificado em uma das três categorias descritas anteriormente. Com base no valor obtido de $-1,45$, o participante em questão foi classificado na categoria “crenças em saúde sobre benefícios” (valores da diferença das médias aritméticas abaixo de zero). Chegando-se a essa classificação, depreendeu-se que houve predomínio de maior percepção de benefícios para esse participante com relação ao comportamento de saúde analisado.

Para as análises bivariadas, verificou-se a associação dos fatores idade, sexo, renda familiar, escolaridade e estado civil ao indicador crença (categoria crenças sobre benefícios) utilizando-se a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95%. Valores de RP maiores que um e menores que um representaram, respectivamente, maior e menor percepção de benefi-

Quadro 2. Crenças em saúde sobre manter o peso ideal para idade e altura.

Qual a sua opinião sobre manter o peso ideal para a idade e a altura?	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENPESO– Com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem-estar					
BARPESO– Perder peso é um sacrifício					
BENPESO– O excesso de peso faz mal à saúde					
BARPESO– Emagrecer é muito difícil					
BENPESO– O excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa					
BARPESO– É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso					
BENPESO– Quem está acima do peso pode ter problemas de coração					
BARPESO– A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer					
BARPESO– Não acho importante manter o peso					
BENPESO– É bom controlar o peso para manter a forma, ficar elegante					
BENPESO– O gordo tem problemas de coluna					
BENPESO– A obesidade é uma doença					

cios. Quando o intervalo de confiança inclui a unidade (1), o nível de significância é considerado acima de 5%; quando não inclui, é menor ou igual a 5% de significância. Todos os testes estatísticos constantes dos resultados foram verificados em nível de 5% de significância.

Resultados

Dos 106 participantes entrevistados, mais de 2/3 eram mulheres (73,6%). A idade mediana foi de 54 anos. Os 50% dos participantes com idade mais jovem encontravam-se nas faixas etárias <45 (24,5%) e 45 a 54 (24,5%). Ainda, 51% dos mais velhos, isto é, com idade ≥ 54 encontravam-se na faixa etária de 54 a 63 anos (26,5%); de 63 a 69 anos (16%) e apenas nove pessoas estavam com idade ≥ 70 anos (8,5%). Apresentaram predominantemente baixa escolaridade (até o 1º grau – 63,2%) e baixa renda familiar, menor que um salário mínimo (52,8%). Mais da metade dos participantes exercia atividade profissional, incluindo o trabalho doméstico (67,0%) e vivia sem companheiro (61,3%). Predominou a religião católica (69,8%). A grande maioria recebeu o diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de um ano (80,2%) e estava em tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso (87,7%).

A análise global sobre as crenças em saúde quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial mostrou predomínio da categoria “crenças em saúde sobre benefícios” para doze medidas de prevenção e controle da doença, excetuando-se para o comportamento evitar preocupação. Ainda é relevante considerar que quase 1/3 da amostra percebeu barreiras para usar menos sal.

As Tabelas de 1 a 5 mostram a análise dos fatores sociodemográficos associados às percepções de crenças em saúde sobre benefícios, segundo as doze medidas de controle da hipertensão arterial. Nota-se que homens e mulheres perceberam de modo diferente maior ou menor benefício quanto aos doze comportamentos de saúde, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Observou-se que as pessoas com menos de 45 anos perceberam mais benefícios quando comparadas àquelas na faixa etária e” 54 anos apenas para fazer relaxamento, ter horas de diversão e lazer e praticar exercícios físicos. Pessoas com até o 1º grau, em relação àquelas com 3º grau, perceberam menos benefícios em nove comportamentos de saúde, exceto para manter peso ideal e evitar o consumo de álcool, havendo diferença estatisticamente significativa para fazer relaxamento e consultar o médico uma vez por ano.

Tabela 1. Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação à dieta. Salvador, Bahia, 2006. (n=106)

Variáveis	Dieta											
	Sal				Gordura				Doce			
	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%
Gênero												
Homens	28	67,9	0,97	(0,72, 1,30)	27	77,8	0,93	(0,75, 1,17)	28	89,3	0,95	(0,83, 1,10)
Mulheres	77	70,1	1		78	83,3	1		77	93,5	1	
Idade(anos)												
<45	25	56	0,76	(0,52, 1,10)	25	80	0,97	(0,78, 1,21)	26	92,3	1	(0,88, 1,13)
45-54	26	73,1	1,07	(0,81, 1,41)	26	88,5	1,11	(0,93, 1,33)	26	96,2	1,05	(0,95, 1,17)
>=54	54	74,1	1		54	79,6	1		53	90,6	1	
Estado civil												
Sem companheiro	64	68,8	0,97	(0,75, 1,25)	64	84,4	1,09	(0,9, 1,31)	65	90,8	0,95	(0,86, 1,06)
Com companheiro	41	70,7			41	78			40	95		
Escolaridade												
Até 1º grau	67	68,7	0,97	(0,74, 1,25)	67	79,1	0,91	(0,76, 1,08)	66	92,4	1	(0,89, 1,12)
2º grau	31	74,2	1,1	(0,85, 1,42)	31	87,1	1,09	(0,91, 1,3)	32	93,8	1,02	(0,91, 1,14)
3º grau	7	57,1			7	85,7			7	85,7		
Renda												
< 1 s.m	56	66,1	0,9	(0,7, 1,16)	55	74,5	0,83	(0,69, 0,99)	55	92,7	1	(0,90, 1,12)
1 a 3 s.m	33	75,8	1,14	(0,88, 1,46)	33	93,9	1,23	(1,05, 1,44)	33	90,9	0,98	(0,86, 1,11)
> 3 s.m	16	68,8			17	82,4			17	94,1		

RP (Razão de prevalência); IC95% (Intervalo de confiança) *p<0,05

Tabela 2. Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao controle médico. Salvador, Bahia, 2006. (n=106)

Variáveis	Controle médico							
	Consulta médica uma vez/ano				Uso do remédio receitado pelo médico			
	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%
Gênero								
Homens	28	96,4	1,02	(0,93, 1,11)	28	82,1	0,95	(0,78, 1,16)
Mulheres	78	94,9	1		72	86,1		
Idade(anos)								
<45	26	92,3	0,96	(0,85, 1,08)	25	80	0,92	(0,74, 1,14)
45-54	26	96,2	1,01	(0,92, 1,11)	23	91,3	1,1	(0,93, 1,30)
>=54	54	96,3			52	84,6		
Estado civil								
Sem companheiro	65	92,3	0,92	(0,86, 0,99)	59	83,1	0,95	(0,80, 1,11)
Com companheiro	41	100			41	87,8		
Escolaridade								
Até 1º grau	67	92,5	0,92	(0,86, 0,99)	65	83,1	0,94	(0,80, 1,10)
2º grau	32	100	1,07	(1,00, 1,14)	29	86,2	1,02	(0,85, 1,22)
3º grau	7	100			6	100		
Renda								
< 1 s.m	56	92,9	0,95	(0,87, 1,03)	52	84,6	0,99	(0,84, 1,17)
1 a 3 s.m	33	97	1,03	(0,94, 1,11)	32	81,3	0,94	(0,77, 1,13)
> 3 s.m	17	100			16	93,8		

RP (Razão de prevalência); IC95% (Intervalo de confiança) *p<0,05

Tabela 3. Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao estresse. Salvador, Bahia, 2006. (n=106)

Variáveis	Estresse											
	Evitar preocupação				Ter horas de lazer e diversão				Fazer relaxamento			
	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%
Gênero												
Homens	28	21,4	1,39	(0,58, 3,36)	28	78,6	1,25	(0,97,1,62)	28	71,4	1,14	(0,85,1,52)
Mulheres	78	15,4			78	62,8			78	62,8		
Idade(anos)												
<45	26	11,5	0,61	(0,19, 1,96)	26	80,8	1,29	(1,00,1,66)	26	76,9	1,26	(0,96,1,65)
45-54	26	23,1	1,54	(0,64, 3,69)	26	80,8	1,29	(1,00,1,66)	26	61,5	0,92	(0,66,1,30)
>=54	54	16,7			54	53,7			54	61,1		
Estado civil												
Sem companheiro	65	16,9	0,99	(0,42, 2,35)	65	66,2	0,97	(0,74,1,27)	65	64,6	0,98	(0,74,1,30)
Com companheiro	41	17,1			41	68,3			41	65,9		
Escolaridade												
Até 1º grau	67	13,4	0,58	(0,25, 1,34)	67	62,7	0,84	(0,65,1,09)	67	56,7	0,71	(0,55,0,93)
2º grau	32	25	1,85	(0,80, 4,25)	32	71,9	1,1	(0,84,1,46)	32	78,1	1,31	(1,01,1,71)
3º grau	7	14,3			7	85,7			7	85,7		
Renda												
< 1 s.m	56	14,3	0,71	(0,31, 1,67)	56	62,5	0,87	(0,66,1,13)	56	60,7	0,87	(0,66,1,14)
1 a 3 s.m	33	12,1	0,63	(0,22, 1,77)	33	69,7	1,06	(0,80,1,40)	33	60,6	0,9	(0,66,1,24)
> 3 s.m	17	35,3			17	76,5			17	88,2		

RP (Razão de prevalência); IC95% (Intervalo de confiança) *p<0,05

Tabela 4. Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação a álcool e fumo. Salvador, Bahia, 2006. (n=106)

Variáveis	Bebida alcoólica e fumo							
	Evitar o consumo de álcool				Não fumar ou parar de fumar			
	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%
Gênero								
Homens	26	76,9	0,83	(0,67, 1,04)	26	96,2	0,99	(0,91,1,07)
Mulheres	76	92,1			77	97,4		
Idade(anos)								
<45	25	84	0,94	(0,78, 1,13)	25	96	0,98	(0,90,1,08)
45-54	26	88,5	1	(0,85, 1,18)	25	96,2	0,99	(0,91,1,07)
>=54	51	90,2			52	98,1		
Estado civil								
Sem companheiro	62	87,1	0,97	(0,84, 1,11)	62	96,8	0,99	(0,93,1,06)
Com companheiro	40	90			41	97,6		
Escolaridade								
Até 1º grau	63	88,9	1,02	(0,88, 1,18)	65	96,9	0,99	(0,93,1,06)
2º grau	32	87,5	0,99	(0,84, 1,15)	31	96,8	0,99	(0,92,1,07)
3º grau	7	85,7			7	100		
Renda								
< 1 s.m	54	90,7	1,06	(0,92, 1,23)	55	96,4	0,98	(0,92,1,05)
1 a 3 s.m	31	90,3	1,03	(0,89, 1,20)	31	100	1,04	(0,99,1,09)
> 3 s.m	17	76,5			17	94,1		

RP (Razão de prevalência); IC95% (Intervalo de confiança) *p<0,05

Tabela 5. Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefício em relação a peso e exercício. Salvador, Bahia, 2006. (n=106)

Variáveis	Peso ideal e exercício							
	Manter o peso ideal				Praticar exercício físico			
	N	%	RP	IC95%	N	%	RP	IC95%
Gênero								
Homens	28	100	1,05	(1,00,1,11)	25	100	1,09	(1,02,1,17)
Mulheres	78	94,9			70	91,4		
Idade(anos)								
<45	26	92,3	0,95	(0,84,1,06)	26	96,2	1,04	(0,94,1,15)
45-54	26	96,2	1	(0,91,1,09)	26	92,3	0,98	(0,86,1,11)
>=54	54	98,1			43	93		
Estado civil								
Sem companheiro	65	93,8	0,94	(0,88,1,00)	59	94,9	1,03	(0,92,1,16)
Com companheiro	41	100			36	91,7		
Escolaridade								
Até 1º grau	67	98,5	1,07	(0,97,1,17)	57	91,2	0,94	(0,85,1,03)
2º grau	32	90,6	0,92	(0,82,1,03)	32	96,9	1,05	(0,96,1,16)
3º grau	7	100			6	100		
Renda								
< 1 s.m	56	94,6	0,97	(0,90,1,04)	49	93,9	1	(0,90,1,11)
1 a 3 s.m	33	100	1,06	(1,00,1,12)	30	90	0,94	(0,83,1,07)
> 3 s.m	17	94,1			16	100		

RP (Razão de prevalência); IC95% (Intervalo de confiança) *p< 0,05

As pessoas sem companheiros, em relação às com companheiros, perceberam mais crenças sobre benefícios apenas para evitar gordura e praticar exercícios, havendo diferença estatisticamente significativa para consultar o médico uma vez por ano. Aqueles que recebiam menos que um salário mínimo, em relação aos com renda mensal superior a três salários mínimos, perceberam menos benefícios para nove dos doze comportamentos de saúde, exceto para evitar o consumo de álcool, havendo diferença estatisticamente significativa para consumo de comida com menos gordura.

Esses resultados mostraram tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios para pessoas mais jovens, sem companheiro, com baixa escolaridade e renda e diferenças de gênero na percepção da natureza das crenças sobre benefícios.

Discussão

No presente estudo, os 106 adultos negros e hipertensos foram caracterizados, predominantemente,

por mulheres, com idade mediana de 54 anos, com baixa escolaridade e renda mensal, por não ter companheiro e exercer atividade laboral.

Embora a percepção de benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial não implique necessariamente a coerência e efetividade da ação, a crença é, por si só, é um forte preditor do comportamento. Assim, o predomínio da categoria “crenças em saúde sobre benefícios” parece constituir-se em um importante indicador para a adesão. De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, a pessoa, para mudar comportamentos de saúde, necessita primeiramente valorizar os benefícios das mudanças de estilo de vida, ou seja, acreditar que é possível reduzir a suscetibilidade ou severidade da doença.

O fato de 100% dos participantes terem percebido benefícios para a medida da pressão arterial revelou que este é um parâmetro valorizado para indicar o controle da hipertensão arterial. De fato, recomenda-se que essa aferição seja realizada em todas as consultas médicas, independente da especialidade, pois se trata de um procedimento de fácil execução e, se realizado corretamente,

mente, é uma das maneiras mais rápidas, seguras e eficazes de se detectar a doença¹³.

Ainda, 30,2% da amostra perceberam barreiras para usar menos sal na comida, pois a redução implicava fazer esforço, ter menos prazer e estar envolvido no preparo do alimento. Talvez essas barreiras possam ser minimizadas se as pessoas forem orientadas a tornar a comida mais palatável, utilizando outros elementos culinários, a exemplo do uso de mais limão, vinagre e azeite doce em vez do sal. Vale ressaltar que a culinária nordestina, mais especificamente a baiana, é rica em pratos tradicionais preparados com muito sal, gordura e condimentos. Assim, as pessoas que têm hipertensão arterial, como o grupo entrevistado neste estudo, necessitam também da ajuda de amigos e familiares para manter a prática saudável de reduzir o sal. Sabe-se que a redução da ingestão do sal na dieta, além da redução da pressão arterial, determina a queda da mortalidade por acidente vascular encefálico e a regressão da hipertrofia ventricular esquerda¹⁴. Outros autores também constataram a dificuldade para diminuição do consumo de sal¹⁵.

Chamou também a atenção que 63,2% dos participantes ficaram indecisos quanto ao benefício de evitar preocupação para o controle da hipertensão arterial. Todavia, há que se destacar que parece difícil um indivíduo querer se afastar, evitar ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à vida, uma preocupação vital¹⁶.

Considerando que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres, em especial para pessoas que lutam para sobreviver em condições de vida de pobreza, é sempre necessário que a educação em saúde se faça de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa. É importante também que os educadores em saúde, incluindo a enfermeira, exerçam a função de encorajar os indivíduos hipertensos a assumir a responsabilidade de proteção da saúde, de ajudar a encontrar, no âmbito das suas possibilidades, a adoção de hábitos de vida saudáveis, no intuito de promover o controle e a prevenção de agravos da doença.

Como se pôde perceber, a análise das associações entre fatores sociodemográficos e o indicador de crenças em saúde mostrou que a baixa escolaridade e a renda e que pessoas em idades mais jovens e sem companheiro perceberam menos benefícios das medidas de controle da hipertensão arterial, corroborando a afirmação de vários autores de que as variáveis sociodemográficas são preditoras de adesão ao tratamento anti-hipertensivo¹⁷⁻²¹.

Embora homens e mulheres tenham percebido diferentemente mais ou menos benefícios para os doze comportamentos de saúde, a diferença não foi estatisticamente significativa para os distintos comportamentos. Talvez a diferença nesta percepção possa estar associada ao gênero. Homens e mulheres conceituam e expressam as suas questões de saúde de formas distintas, como resultado de experiências pessoais e da variabilidade social de que são herdeiros e em que se desenvolvem, principalmente. Segundo Sousa⁹, tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas são mais comuns entre homens e eles demonstraram menor crença em saúde sobre benefícios quanto a essas variáveis. Alguns estudos mostraram maior aderência a esferas do tratamento por mulheres^{5, 9, 20}.

As pessoas com menos de 45 anos demonstraram mais crenças sobre benefícios, quando comparadas àquelas na faixa etária \geq a 54 anos, relacionando-as a apenas fazer relaxamento, ter horas de diversão e lazer e praticar exercícios físicos. Com relação à idade, outros autores também constataram que pessoas de idade mais avançada são mais propensas a adesão^{19,22,23}. Esses achados indicam que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto os mais velhos, mais preocupados com a saúde, apegam-se ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida²³.

As pessoas com 1º grau, em relação às com 3º grau, perceberam maior benefício apenas para manter o peso ideal e evitar o consumo de álcool. Gigante, Barros e Post²⁴ constataram que as pessoas com maior escolaridade foram significativamente menos obesas. Outros autores evidenciaram que pessoas hipertensas com maior nível de escolaridade eram mais aderentes ao tratamento¹⁹⁻²². Deficiências na formação escolar podem trazer dificuldades relativas à assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais e influenciar na percepção da gravidade da doença²⁵. Por outro lado, a baixa escolaridade precisa ser considerada na escolha de estratégias para orientação e abordagem nas consultas individuais.

Pessoas sem companheiros, em relação às com companheiros, perceberam apenas maior benefício para evitar gordura e praticar exercícios. Chor¹⁸ verificou que pessoas com companheiros apresentavam chance duas vezes maior de estarem realizando o tratamento em relação àquelas sem companheiros. O estado civil foi também apontado em outros estudos como antecedente da adesão ao tratamento da hipertensão arterial^{19,20,22}. Isso pode ser justificável se for considerado o acolhimento familiar, a possibili-

dade de incentivo do companheiro para fazer dieta, exercício físico, tomar remédios, entre outros fatores.

As pessoas que recebiam menos que um salário mínimo, em relação às com renda mensal superior a três salários mínimos, perceberam maior benefício apenas para evitar o consumo de álcool. No que se refere à renda, alguns autores mencionaram que este fator está diretamente relacionado à adesão^{20,23}. O *status* econômico influencia sobremodo na habilidade das pessoas em seguir as recomendações não só no que se relaciona à compra de medicamentos e alimentos adequados, a frequentar uma academia, ter lazer e diversão, mas também a fatores ligados aos aspectos educacionais, culturais e sociais. Contrariamente, pode ser elemento de estresse se a renda for insuficiente para a subsistência básica^{20,23}. A Organização Mundial de Saúde informa que a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial está relacionada ao baixo poder aquisitivo, analfabetismo, desemprego, fornecimento de medicamentos limitado e o alto custo desses. Assim sendo, as intervenções envolvendo tais temáticas deveriam abarcar suporte previdenciário ou seguro-saúde às pessoas hipertensas, não interrupção do suprimento medicamentoso e poder aquisitivo individual suficiente, capaz de arcar com um sistema de suprimento seguro das diversas necessidades apresentadas no decorrer do tratamento²⁶.

Se a mudança de estilo de vida, no que se refere ao tratamento da hipertensão arterial, é por si só difícil devido a restrições a prazeres como comer o que se quer e se gosta, não fumar, não beber e/ou a incorporação de hábitos não apreciados, como a prática de atividade física, controle médico, uso de medicamentos, dentre outros, parece mais penosa essa mudança quando o *status* econômico e social é também precário, porque as possibilidades de aproximação dos desejos

pessoais às medidas terapêuticas são mais limitadas. Assim, talvez, variáveis relacionadas a barreiras sociais e econômicas possam implicar a percepção favorável ou desfavorável para a adoção das medidas de prevenção e controle da doença.

Considerações finais

A análise global sobre as crenças quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial mostrou predomínio da categoria crenças sobre benefícios e tendência à percepção de menor crença sobre benefícios em estratos socioeconômicos menos favorecidos, adultos jovens e pessoas sem companheiro. O estudo contribuiu para a identificação de grupos de risco e indicadores de adesão ao tratamento e para a reflexão da importância de um cuidar que reconheça a subjetividade, o quesito raça/cor, o gênero, a geração e a classe socioeconômica como fatores que podem fortemente influenciar na adesão. Concorreu também para alertar os profissionais de saúde sobre a importância desses achados relativamente às considerações e adoção de estratégias educativas.

Chama-se a atenção para a importância de outros estudos que comparem os resultados desta pesquisa, cujo foco privilegie populações de outros grupos étnicos/raciais, como forma de verificar se a cor/raça é um fator de influência na percepção das crenças em saúde. Entende-se ainda que, sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante dos seus problemas de saúde, não se pode promover, quiçá concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e a sustentação de um estilo de vida saudável. Finalmente, é necessário e possível investir todo o esforço para incentivar e permitir a participação ativa da pessoa no seu processo de saúde/doença por meio de uma abordagem interdisciplinar.

Colaboradores

CGS Pires e FC Mussi participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG, organizadora. *Hipertensão arterial – uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 1-9.
2. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D, organizadores. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial; 2001. p. 21-33.
3. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, organizadora. *Hipertensão arterial – uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 274-289.
4. Araújo GBS. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual* [dissertação]. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde; 2002.
5. Rodrigues MTM. *Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes* [dissertação]. Natal (RN): Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2003.
6. Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 23-25.
7. Vieira VA. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2003; 3(4):481-488.
8. Dela Coleta MF. *O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença* [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia; 1995.
9. Sousa ALL. *Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 1999.
10. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000. Área de ponderação Liberdade, Sieiro e Japão. [acessado 2006 nov 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>
11. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 4th ed. Boston: Duxbury Press; 1995.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Alavarce DC, Pierin AMG, Mion Jr D. A pressão arterial está sendo medida? *Rev. Esc. Enf. USP* 2000; 34(1): 84-90.
14. Salgado CM, Carvalhaes JTA. Hipertensão arterial na infância. *J. Pediatr.* 2003; 79(1):115-124.
15. Lima TM, Bucher JSNF, Oliveira Lima, JW. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):1079-1087.
16. Gandarilhas MA, Câmara SG, Scarparo H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. *Psicol. Reflex. Crit.* 2005; 18(1):62-71.
17. Sadala MLA, Mendes IM. Vivenciando a hipertensão. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* 1996; 6(3):1-6.
18. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. *Arq. Bras. Cardiol* 1998; 71(5):653-660.
19. Kungäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(4):832-839.
20. Clark MJ, Curran C, Noji A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing* 2000; 17(6):452-459.
21. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão* 2006; 6(5):1-48.
22. Moreira TMM, Araújo TL. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. *Rev. RENE* 2001; 2(2):39-46.
23. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enf. USP* 1991; 25(3):255-269.
24. Gigante DP, Barros FC, Post CLA. Prevalence and risk factors of obesity in adults. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(3):236-246.
25. Guedes N, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES, Araújo TL de. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enf USP* 2005; 39(2):181-188.
26. Sabaté E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneve: World Health Organization; 2003.

Aprovado em 27/12/2006

Versão final apresentada em 01/11/2007