



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Cláudia Geovana da Silva Pires

**CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS HIPERTENSAS:
BARREIRAS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS DE
PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA**

Salvador
2007

Cláudia Geovana da Silva Pires

**CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS HIPERTENSAS:
BARREIRAS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS DE
PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em enfermagem, na área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Carneiro Mussi

Salvador
2007

P667

Pires, Cláudia Geovana da Silva

Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA,2007.

109f.+ apêndices + anexos

Mestrado(Dissertação em Enfermagem) UFBA,2007.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Carneiro Mussi

1.Hipertensão arterial. 2. Hipertensão arterial-prevenção 3. Hipertensão arterial- tratamento. I. Título

CDU:616.12-008.331.1

Cláudia Geovana da Silva Pires

**CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS HIPERTENSAS:
BARREIRAS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS DE
PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Fernanda Carneiro Mussi _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Angela Maria Geraldo Pierin _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a:
Everaldo e Maria, meus pais,
pela vida e pelos constantes exemplos;
Paulo e Ana Emília, meus irmãos,
pelo apoio em todos os momentos;
José Carlos, meu namorado,
pela atenção e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela conquista deste grande sonho.

À minha orientadora, Professora Dr^a. Fernanda Carneiro Mussi, pela sabedoria e presença amiga, pelo incentivo e pelas preciosas orientações, contribuindo de forma significativa para a construção deste estudo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Professora Dr^a. Angela Pierin, Professora Dr^a. Mirian Paiva, Professora Dr^a. Darci Santa Rosa e Professor Dr. Álvaro Pereira, por aceitarem partilhar desta etapa de vida acadêmica e profissional.

Aos Professores do Curso de Pós Graduação da EEUFBA, em especial: Darci Santa Rosa, Cristina Melo, Mirian Paiva, Enilda Rosendo, Dora Sadigursky, Norma Fagundes, Regina Lopes, Álvaro Pereira, Climene Laura, Maria do Rosário, Sílvia Ferreira, Vera Mendes e José Lucimar, pelo cuidadoso acolhimento para com as alunas do Curso de Mestrado, e por contribuírem de forma significativa para a excelência do curso.

Às Professoras Cristina Maria Meira de Melo, Mirian Paiva e Darci Santa Rosa, pelas sugestões quanto à elaboração de artigos e durante o período de qualificação.

À Prof. Angela Pierin, pelas valorosas sugestões no parecer da minuta e pela atenção dispensada.

Às pessoas que concordaram em participar dessa pesquisa, pela disponibilidade e atenção oferecidas.

À Chefia de Enfermagem e Educação Continuada do Hospital São Rafael, nas pessoas das enfermeiras Lúcia Ferreira, Maria de Lourdes Freitas e Neuranides Santana, por possibilitarem a conciliação do trabalho e estudos voltados ao aperfeiçoamento profissional.

À equipe multidisciplinar do Programa de Hipertensão Arterial, Dr^a. Nélia Araújo, Dr. Paulo Rocha, Psicóloga Ira Cardoso e Nutricionista Ana Lúcia Guimarães, pela oportunidade de aprendizado e trabalho junto a pessoas hipertensas.

À Coordenação de Enfermagem da UI-2D do Hospital São Rafael, En^{fa} Célia, pela flexibilização da escala de trabalho, viabilizando a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da UI-2D do Hospital São Rafael, por compartilharem momentos de alegrias, tristezas e inquietações.

Aos funcionários da EEUFBA e do Programa de Pós-Graduação, pela atenção aos alunos.

Às colegas e amigas do Mestrado, especialmente Daniela, Paula, Mariluce, Glória, Jaqueline, Jaci, Ana Carla, Iranete e Tânia, pelos momentos de estudos, partilhas e experiências.

Às graduandas de enfermagem Manuela Wrasse, pela dedicação e auxílio na coleta de dados, e Renata Reis, pela confiança e firme presença, desde a fase de coleta até a de transcrição dos dados.

Ao estatístico Carlos Teles, pela excelente ajuda no tratamento e na análise dos dados.

À Secretaria Municipal de Saúde, e aos funcionários e responsáveis pelo Centro de Saúde Professor Bezerra Lopes, pela competência, profissionalismo e autorização para efetuar a pesquisa local, especialmente Dr^a. Alda, Sr. Ênio Soares, enfermeiras Neusa Barbosa, Elzamar, Dionise, Viviane, enfermeiro Almir e secretária Alba.

À minha família, pelo carinho e apoio, em especial aos meus tios Hélio, Beth e Joselita.

Ao meu cunhado Alessandro e aos Srs. Miguel e Zorilda, pelos incentivos.

Às amigas Ana Paula Castro, Graciléia, Marlize, Verônica, Dalvaci, Naize, Geórgia, Graça Seixas, Adriana Brait, Rita Reis, Rita Freitas, Márcia Menezes, Rita Mello, Luciana Guerreiro, Geovana, Gilmara, Jozinalva, Isabella, Raimeyre, Elieusa, Conça, Telma e Heleni, pela solidariedade.

À Juciene e Lucidalva, pelo cuidado com minha mãe, notadamente durante o Curso de Mestrado.

À Tânia Nolasco, pela revisão deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram implícita ou explicitamente para a realização desta pesquisa e que não foram citados.

*Se alguém jamais cometeu um erro,
é porque nunca fez nada de novo.*

Einstein

PIRES, Cláudia Geovana da Silva. Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2007.

RESUMO

As crenças em saúde podem influenciar na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Assim sendo, foi objetivo geral da pesquisa analisar as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas relacionadas às barreiras e benefícios das medidas de prevenção e controle da doença. Os objetivos específicos foram: 1) Estimar o percentual de crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para essas pessoas; 2) Conhecer os fatores sócio-demográficos associados às crenças em saúde sobre benefícios das medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para elas. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, que adotou como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde, realizado em um Centro de Saúde de Salvador, com 106 adultos, autodeclarados negros ou pardos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial. Para a entrevista, utilizou-se a “Escala de Crenças em Saúde” extraída da tese de Dela Coleta (1995), sobre 13 comportamentos relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. Para análise das crenças em saúde, utilizaram-se índices percentuais, frequência de casos e escores; para verificar a associação dos fatores sócio-demográficos a essas crenças, utilizou-se a razão de prevalência. Os testes estatísticos foram verificados no nível de 5% de significância. A análise global mostrou unanimidade na percepção de benefícios para a medida da pressão arterial e predomínio da categoria “crenças sobre benefícios” para 11 comportamentos de saúde. Homens e mulheres perceberam diferentemente benefícios para os comportamentos de saúde, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Pessoas com idade < 45 anos comparadas a ≥ 54 anos perceberam maior crenças sobre benefícios apenas para fazer relaxamento (RP=1,26), ter horas de diversão e lazer (RP=1,29) e praticar exercícios físicos (RP=1,04). Indivíduos com 1º grau em relação àqueles com 3º grau perceberam menor benefícios em 10 comportamentos de saúde, sendo a diferença estatisticamente significativa para fazer relaxamento e consultar o médico uma vez por ano. As pessoas sem companheiros em relação às com companheiros perceberam menor crenças sobre benefícios em 11 comportamentos de saúde havendo uma diferença estatisticamente significativa para consultar o médico uma vez por ano. Aqueles que recebiam menos de um salário mínimo em relação a pessoas com renda > 3 salários mínimos perceberam menor benefícios para 9 dos doze comportamentos de saúde, exceto para comer menos doce (RP=1,0) e evitar o consumo de álcool (RP=1,06). O estudo contribui para a identificação de grupos de risco e indicadores de adesão ao tratamento, bem como para reflexão sobre novas formas de atenção à saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Adesão. Educação em saúde. Enfermagem.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva. Health beliefs of black hypertensive people: barriers and benefits related to the measures for prevention and control of the disease. 2007. 109 pages Dissertation (Master's degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2007.

ABSTRACT

Health beliefs can influence in the adherence to treatments of arterial hypertension. This being the case, the research had general goals: to analyze the health beliefs of black hypertensive people related to the benefits and barriers towards measures for prevention and control of the disease. The specific goals were: 1) To estimate percentages of health beliefs about benefits and barriers regarding the prevention and control measures of arterial hypertension for these people; 2) To know the social-demographic factors associated to the health beliefs on the benefits of prevention and control measures of arterial hypertension. It is descriptive, exploratory study, of a quantitative nature that adopted as a theoretical referential the Model of Health Beliefs, issued by the Health Center of Salvador, encompassing 106 adults, self declared as blacks or mulattos and with medical diagnosis of arterial hypertension. For the interviews a “Scale of Health Beliefs” was used, extracted from the thesis of Dela Coleta (1995), about 13 behaviors related to disease prevention and control measures. For the analysis of health beliefs, percentage rates, frequency of cases and scores were used and to verify the social-demographic factors associated to these beliefs the prevalence rate was used. The statistical tests were verified to the level of 5% of significance (95% confidence interval). The global analysis showed unanimity in the perception of benefits for measuring arterial pressure and the category “beliefs about benefits” for 11 health behaviors. Men and women realized different benefits for the health behaviors, but this difference was not statistically significant. People with ages under 45 compared to those of 54 years or over realized larger beliefs about benefits only for (PR=1.26), fun and leisure hours (PR=1.29) and practicing physical exercises (PR=1.04). People with basic studies related to those with university graduation realized smaller benefits in 10 health behaviors, being the difference statistically significant for the areas of relaxation and paying a visit to the doctor once a year. People without domestic partners in relation to people with domestic partners realized smaller beliefs about benefits in 11 health behaviors, with statistically significance for consulting the doctor once a year. Those receiving less than one minimum wage in relation to those receiving over 3 minimum wages realized smaller benefits for 9 of the twelve health behaviors, except for eating less sugar (PR= 1.0) and avoiding alcohol consumption (PR=1.06). The study contributes towards the identification of groups of risk and adhesion to treatment and for reflection about new forms of health care.

Key words: Hypertension. Risk factors. Adherence. Education in health. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes da amostra segundo dados sócio-demográficos e da pressão arterial	59
Tabela 2	Caracterização dos participantes da amostra segundo alguns fatores de risco cardiovascular e doenças associadas à hipertensão arterial	60
Tabela 3	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para usar pouco sal na comida	61
Tabela 4	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para comer menos gorduras	62
Tabela 5	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para comer menos doce, menos açúcar	64
Tabela 6	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para fazer exercício	65
Tabela 7	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para evitar preocupações	66
Tabela 8	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para ter horas de lazer e diversão	68
Tabela 9	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação	69
Tabela 10	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para procurar medir a pressão arterial	70
Tabela 11	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para consultar o médico uma vez por ano	71
Tabela 12	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para não fumar ou parar de fumar	72
Tabela 13	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para evitar bebidas alcoólicas	73
Tabela 14	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para manter o peso ideal para a idade e altura	74
Tabela 15	Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para tomar os remédios receitados pelo médico	75
Tabela 16	Categorias das crenças em saúde sobre barreiras e benefícios segundo as medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial	76
Tabela 17	Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação a dieta	80
Tabela 18	Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao controle médico	80
Tabela 19	Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao estresse	81

Tabela 20	Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao álcool e fumo	81
Tabela 21	Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefício em relação a peso e exercício	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO RELEVANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUAS MÚLTIPLAS EXPRESSÕES	17
2.1 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
2.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL	23
2.2.1 Fatores de risco não controláveis	23
2.2.1 Fatores de risco controláveis e hábitos de vida modificáveis	25
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	29
2.4 O CUIDAR/ CUIDADO DE ENFERMAGEM: PRESSUPOSTOS PARA A ATENÇÃO À PESSOA HIPERTENSA	36
3 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	45
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO PERSPECTIVA TEÓRICA	45
3.3 <i>LÓCUS</i> DO ESTUDO	49
3.4 AMOSTRA	51
3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS	52
3.6 COLETA DE DADOS	53
3.6.1 Instrumento	53
3.6.2 Operacionalização	54
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	56
3.7.1 Dados de caracterização da amostra	56
3.7.2 Construção do indicador de crenças	56
3.7.3 Associação dos fatores sócio-demográficos ao indicador crença	57

4 RESULTADOS	58
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DADOS SOBRE À HIPERTENSÃO ARTERIAL	58
4.2 CARACTERIZAÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E DOENÇAS ASSOCIADAS À HIPERTENSÃO ARTERIAL	60
4.3 CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE AS BARREIRAS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	61
4.4 FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À CATEGORIA CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE BENEFÍCIOS DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	76
5 DISCUSSÃO	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Desde a mais tenra infância convivo com pessoas com problemas de hipertensão arterial*. Meu avô materno já não andava nesse tempo, em decorrência de acidente vascular cerebral secundário à hipertensão arterial não controlada. Também minha avó materna era hipertensa, bem como todos os meus tios maternos. Aos doze anos, perdi dois tios: um com 49 e o outro com 50 anos de idade, vítimas de infarto agudo do miocárdio secundário à hipertensão arterial não controlada.

Eu já era enfermeira quando minha mãe, aos 56 anos, sofreu um acidente vascular cerebral, cuja seqüela motora foi uma hemiplegia à esquerda. Quando já podia prestar atenção ao que era dito, recordo-me quando ela dizia não poder fazer uso de sal nos alimentos, bem como precisava tomar medicamentos para controlar a pressão. Quando se chateava ou se preocupava, falava que precisava medir a pressão, que poderia estar alta, embora nem sempre apresentasse sintomas. Eu ficava a me questionar o que teria levado minha mãe, ainda jovem, a sofrer um acidente vascular cerebral. Por que teria isso ocorrido, mesmo fazendo dieta, restringindo o sal, caminhando regularmente, não bebendo, nem fumando e fazendo uso de medicamentos? O acidente vascular cerebral poderia ter sido evitado?

Começou assim meu interesse pelo estudo da prevenção e do controle da hipertensão arterial, imediatamente após definir-me nesta profissão. Ao mesmo tempo, questionei-me, como enfermeira, sobre o que poderia fazer para ajudar as pessoas a controlar a doença e prevenir complicações.

Decorridos dois anos do incidente com minha mãe, bem como da decisão em estudar hipertensão arterial, fui submetida a exame periódico e anual no Hospital em que trabalho, sendo, nessa oportunidade, convidada pela médica da Medicina do Trabalho, Dra Araújo, a compartilhar o sonho de montar o ambulatório “Qualidade de Vida”. Pretendia-se, através da elaboração de um projeto educativo, contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Esse projeto, cuja proposta voltava-se para orientações

* As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, considera que a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, além disso, “a pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (p. 5)”. Os valores que permitem classificar as pessoas adultas, acima dos 18 anos, com hipertensão arterial são: pressão arterial sistólica (PAS) entre 140 a 159 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) entre 90 a 99 mmHg ou mais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V, 2006). No último *Joint National Committee* (JNC) de 2003 foi considerada uma situação dita “pré hipertensão” para pessoas que apresentem pressão igual a 120/80 mmHg.

relativas à importância da mudança de hábitos de vida considerados nocivos à doença, visava principalmente evitar complicações e minimizar incapacidades.

Em junho de 2001, o projeto transformou-se em programa, sendo então implantado o Ambulatório Multidisciplinar, cujo propósito inicial era o atendimento de pessoas com hipertensão arterial, incluindo funcionários e a demanda da clientela externa do cardiologista Dr. Rocha. Atuando como cardiologista do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB), tinha experiência prévia com programas multidisciplinares de assistência à comunidade universitária.

Nas atividades do programa, estavam inclusas consultas médicas, da enfermeira e da nutricionista; encaminhamento a profissionais de psicologia; palestras educativas mensais com os membros da equipe; caminhadas trimestrais em parques para estimular a prática de exercícios físicos; busca de faltosos e comemoração de datas festivas associadas ao controle da hipertensão arterial.

Embora houvesse tais investimentos em prol da saúde, o grupo de trabalho observava, na prática, que as pessoas dificilmente tinham a pressão arterial controlada. Recebíamos, muitas vezes, pessoas em situações críticas devido às complicações da doença, possivelmente como resultado da não-adesão à terapia proposta pela equipe multidisciplinar. Assim, parecia evidente que a atenção prestada pela equipe multidisciplinar em serviço merecia reflexão e que existiam indicadores sociais e emocionais implicados no surgimento e controle da doença.

Minha experiência prática e alguns estudos mostravam que a condição de estar doente relacionava-se com as crenças e os comportamentos que eram apreendidos e incorporados pelas pessoas por meio da convivência social e cotidiana com a doença (VIEIRA, 2003). Portanto, era inegável que o controle da pressão arterial não se limitava apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade da pessoa como aspectos imprescindíveis ao processo de adoecer e de cuidar de si. Entendi que o controle da hipertensão arterial envolve questões sociais, culturais, percepções e experiências individuais acerca do fenômeno e, embora o conhecimento construído coletivamente possa transformar a realidade, a mudança no estilo de vida só ocorre se for valorizada pela pessoa que adquiriu a doença (CAPUTO; TORRES, 2001).

Para Leopardi (2006), ao compreender a definição de pessoa, revela que a mesma é capaz de fazer escolhas e tem livre vontade, moderada pelo contexto social e cultural, e pela sua própria história, na qual está inserida. Segundo ainda a autora, “[...] a pessoa ainda tem

crenças espirituais, ou não, particularmente relacionadas com suas experiências familiares e grupais” (p. 165).

Ainda hoje, mesmo com toda a experiência de vida adquirida, cinco anos de experiência profissional na área, membro de equipe multidisciplinar e trabalhando com pessoas hipertensas, continuamos a questionar a respeito da gama de fatores que interferem na adesão ao tratamento e mantenho vivo o interesse na realização de trabalhos de cunho científico que versem sobre fatores relacionados à pessoa hipertensa na adesão ao tratamento.

Apesar da importância de se estudar os problemas relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pouco se tem explorado a respeito dos fatores associados às pessoas hipertensas, mais especificamente de raça/ cor negra (engloba a cor preta e parda), no que se refere às suas crenças sobre as medidas de prevenção e controle da doença, principalmente na fase adulta. Convém ressaltar que no Brasil ainda são incipientes os estudos e pesquisas que englobam a relação entre etnia e saúde (MONTEIRO, 2003). Isso deve ocorrer, em parte, devido à subordinação dessa dimensão a determinantes sócio-econômicos. Há também a opinião quanto aos reduzidos graus de preconceito e discriminação raciais, gerando, com isso, a crença de que o racismo tem pouca relevância para o entendimento não apenas da sociabilidade à brasileira, mas também das iniquidades sociais existentes no país (COIMBRA, SANTOS, 2000).

A produção científica na área da saúde não compartilha de uma definição comum no que se refere às categorias cor, raça e etnia, e que implicações dessa falta de consistência conceitual devem ser consideradas na interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnicos/ raciais (MONTEIRO, 2003).

Alguns autores consideram a autodeclaração o método que melhor reflete a identificação da pessoa com os diversos grupos raciais (KAUFMAN, 1999). Para Oliveira (2004), a “[...] identidade racial/ étnica é o sentimento de pertencimento a um grupo racial ou étnico, decorrente de construção social, cultural e política” (p. 57). Segundo a mesma autora, ainda há polêmicas sobre a conceituação de raça e de etnia. Raça deveria ser um conceito biológico, enquanto etnia deveria ser um conceito cultural. Portanto, o uso dos termos raça e/ou etnia está circunscrito à destinação política dada a eles.

Em vista destas questões, definimos como objeto de estudo dessa investigação: Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre as barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. Passamos, portanto a indagar: Quais as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre as barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença?

Com base nessas questões, definimos como objetivos deste estudo:

Objetivo geral

- a) Analisar as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre às barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença.

Objetivos específicos

- a) Estimar o percentual de crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para essas pessoas;
- b) Conhecer os fatores sócio-demográficos associados às crenças em saúde sobre benefícios das medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para elas.

Este estudo pode contribuir para a identificação e compreensão de alguns indicadores que podem interferir na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Investigações com este foco podem, ainda, contribuir para a discussão proposta e, idealmente, para a implementação de novas formas de abordagem de pessoas hipertensas, a fim de retardar as complicações provocadas pela doença por meio de seu controle efetivo.

Organizamos esse estudo em quatro capítulos como veremos a seguir:

No primeiro capítulo apresentamos a hipertensão arterial como relevante problema de saúde pública e suas múltiplas expressões; no capítulo seguinte, abordamos as Bases Teórico-Methodológicas utilizadas no processo de investigação. No terceiro e quarto capítulo foram apresentados os resultados e discussão que responderam aos objetivos propostos.

Nas considerações finais apresentamos um resumo dos resultados e destacamos a contribuição do estudo para identificação de grupos de risco e indicadores de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO RELEVANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUAS MÚLTIPLAS EXPRESSÕES

A baixa fecundidade e a progressiva baixa mortalidade, características presentes em nosso país nos dias atuais, têm propiciado mudanças significativas na sua pirâmide populacional, caracterizada por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. Este fato dá início a uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, com as quais ainda não estamos preparados para lidar. Dentro desse contexto, tem-se desenvolvido uma rápida transição nos perfis de saúde que se caracteriza, em primeiro lugar, pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e, em segundo, pela importância crescente de fatores de risco para a saúde, os quais requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis. Dados do Ministério da Saúde comprovam que a grande maioria dos idosos (85%) apresenta, pelo menos, uma enfermidade crônica (BRASIL, 2006a).

Achutti e Azambuja (2004) relatam que o grupo das doenças crônicas não transmissíveis compreende majoritariamente as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas dessas doenças possuem fatores de risco em comum, e demandam assistência continuada de serviços e ônus progressivo na razão direta do envelhecimento das pessoas e da população. O Ministério da Saúde revela que as doenças crônicas não transmissíveis respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de mais 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente (BRASIL, 2006a).

Almeida (2003) revela que as doenças crônicas demandam tratamentos mais longos que as agudas, exigindo, assim, rotina, continuidade e regularidade no seguimento para serem controladas com maior eficácia.

A despeito do assunto, Ide (2004, p. 1) define que:

O conceito da cronicidade agrega diferentes abordagens aptas a compor um complexo sistema teórico instrumental que se expande e se transforma, cumprindo a função de definir condições de saúde e de controlar expressões de desequilíbrios, posicionando todos em diferentes gradientes de norma/ desvios.

A partir desta perspectiva, a clínica tenta incorporar como sua a tarefa de identificar, nas pessoas sadias e/ou com história familiar de doença crônica, fatores de risco que possam levar a outras doenças. Para tal, utiliza técnicas diagnósticas cada vez mais atualizadas.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, pode-se destacar a hipertensão arterial, por apresentar características como história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos; longo período assintomático; curso clínico em geral prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação; evolução para graus variados de incapacidades ou para morte (LESSA, 1998).

A hipertensão arterial é um relevante problema de saúde pública, dadas as suas implicações econômicas, sociais, epidemiológicas e culturais, cabendo ressaltar alguns aspectos, tais como:

- 1) Apresenta um elevado índice de prevalência e de mortalidade, tanto no contexto nacional quanto no internacional (Ide, 2004), sendo mais freqüente em habitantes da zona urbana com relação aos habitantes da zona rural (MACIEL, 1994). No Brasil, estima-se que 22,3% a 43,9 % da população adulta (maior ou igual a 20 anos) seja hipertensa, o que constitui um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular. Além disso, a hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta freqüência de internações (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. No contexto epidemiológico e social do Terceiro Mundo, as previsões futuras para o Brasil em relação às doenças crônicas não transmissíveis, até o momento, são sombrias (LESSA, 2004). Atualmente, essas doenças já representam 66% da carga de doença do país (SCHRAMM et al, 2004).
- 2) O número de pessoas hipertensas no Brasil atinge aproximadamente o patamar de 30 milhões (ALMEIDA; LOPES, 2003). De janeiro de 2001 a outubro de 2006, o número de pessoas hipertensas cadastradas no programa de Hipertensão do Ministério da Saúde (HIPERDIA) em Salvador foi de 4362 para o sexo masculino e de 13533 para o feminino. Dentre estas, 1394 pessoas foram classificadas como

tendo hipertensão de baixo risco e outras 5392 de risco muito alto (BRASIL, 2006b).

- 3) Com relação à faixa etária, a hipertensão arterial é comum em ambos os sexos. A prevalência torna-se maior em mulheres após 55 anos, quando ocorre a chegada da menopausa (MION JR; NOBRE; ORTEGA, 1999). Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens até os 50 anos de idade e, para mulheres, a partir dos 60 anos de idade (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).
- 4) É uma doença multifatorial, desencadeada de forma isolada ou associada ao agravamento de diversas doenças. Correlaciona-se, portanto, a outras formas graves de adoecimento, tais como a insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Dados do Ministério da Saúde comprovam que, aproximadamente, 85% das pessoas que sofreram acidente vascular cerebral e 40% quanto à infarto agudo do miocárdio têm hipertensão arterial associada (BRASIL, 2002). Por ser assintomática e de evolução silenciosa, pode levar pessoas aparentemente saudáveis a descobertas inesperadas (FURTADO; NOBRE, 1994). Muitas pessoas hipertensas, por não se apresentarem os sintomas, só descobrem a doença face às complicações graves. Por essas razões, a hipertensão arterial é chamada de “assassina silenciosa” (PASCOAL, 2000).
- 5) Tanto o diagnóstico quanto o controle da hipertensão arterial tornam-se difíceis por serem afecção assintomática antes da manifestação das complicações cardiovasculares, e também pelo fato de muitas pessoas desconhecerem a sua presença ou não terem conhecimento sobre a doença de que são acometidas (SIQUEIRA, 2002). Referida abordagem pode ser corroborada por outro autor, pois:

Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados (TOSCANO, 2004).

- 6) Para o ano 2000, a estimativa era da existência de 18 milhões de pessoas hipertensas no Brasil, 50% delas desconhecedoras da sua situação; 5 milhões (27,7% do total) eram hipertensas sem tratamento; 2 milhões (11,1%) tinham

hipertensão arterial secundária e se tratavam incorretamente, enquanto outros 2 milhões tratavam-se corretamente (BARBOSA; TOSCANO, 2000).

- 7) Em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, traz implicações econômicas e sociais negativas para a vida da pessoa em sociedade: aposentadoria precoce por invalidez; longo período de internação; alto custo para o tratamento; isolamento social; perda da qualidade de vida; redução do poder aquisitivo; superposição de custos com outras patologias associadas à incapacidade, como depressão, infecções paralelas, desnutrição, fraturas, dentre outras (LESSA, 2006). No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, é uma das doenças que mais determina o afastamento do trabalho, o qual ocorre por um longo período de tempo (SOUSA, 1999). Além disso, gera a necessidade de contratação de profissionais habilitados para cuidar, no domicílio, das pessoas com seqüelas.
- 8) Aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física, além da mudança de hábitos de vida (IDE, 2004).
- 9) Pela possibilidade de agravo a longo prazo, gera transformações na vida da pessoa, incluindo as relacionadas ao auto-conceito, acarretando mudanças que requerem energia para aceitação e adaptação à nova condição (PIERIN, 2001).
- 10) O patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença. Cerca de 40 % das pessoas hipertensas atingem o mais alto grau de baixa de adesão, ou seja, o abandono do tratamento (PIERIN, 2001). A maioria das pessoas com hipertensão arterial não adota mudanças suficientes no estilo de vida, não toma medicamento ou não faz uso de medicamento suficiente para atingir o controle (REINERS, 2005). As principais justificativas para tal situação podem estar associadas à redução insuficiente dos níveis da pressão arterial pelo tratamento pouco eficaz e a insuficiente adesão da pessoa ao tratamento (PIERIN, 2004).
- 11) Como doença crônica, pode figurativamente representar um “rasgo no tecido” de uma pessoa, ou seja, um “rasgo” na sua biografia, levando-a a repensar sua história e a reconstruí-la (RADLEY, 1999).

As múltiplas expressões da hipertensão arterial e a sua relevância como problema de saúde pública ressaltam a importância da prevenção e do controle da doença. A prevenção primária da hipertensão arterial é de fundamental importância para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Tem como objetivo primordial a redução ou modificação dos fatores de risco da doença hipertensiva por meio da implementação de políticas apropriadas e programas educativos que busquem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença (LEMOGOUIM et al, 2003).

Os diversos programas existentes no Brasil, para a assistência e cuidado à pessoa com hipertensão arterial, têm como finalidade promover a conscientização da necessidade de serem promovidas mudanças de hábitos considerados nocivos, bem como manter essas mudanças pelo maior tempo possível. Os objetivos relacionam-se a: ajudar a pessoa a entender e aceitar a doença, conhecer e reconhecer comportamentos de risco; negociar e cumprir propostas de tratamento e ajudar no enfrentamento de problemas que prejudiquem a manutenção do tratamento (RODRIGUES, 2003).

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o propósito de “[...] vincular as pessoas portadoras desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços” (BRASIL, 2001, p. 5). O objetivo geral desse plano foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde (SUS), através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação das pessoas acometidas por estas enfermidades crônicas às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, assim promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os indivíduos com essas patologias na rede pública de serviços de saúde (TOSCANO, 2004). O grande desafio desse plano é manter a capacidade de adesão das pessoas hipertensas ao regime terapêutico, fato que não é observado na prática em virtude da alta prevalência da doença e da baixa taxa de adesão, conforme relatado anteriormente.

O Plano constou de quatro etapas: capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área; campanhas de detecção de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus; confirmação diagnóstica; e início do tratamento e vinculação dessas pessoas diagnosticadas às Unidades de Saúde, pelo Sistema Nacional de Informação em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA (BRASIL, 2001). Segundo Toscano (2004), o conjunto de aspectos operacionais do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao

Diabetes Mellitus caracteriza-se por uma experiência exitosa. Por outro lado, as limitações do plano dizem respeito à extensão da cobertura da campanha de hipertensão arterial e à continuidade do acompanhamento dos casos detectados.

Apesar das propostas governamentais e da atuação dos profissionais nos programas de atenção às pessoas com hipertensão arterial, o panorama epidemiológico apresentado revela a dificuldade de prevenção e controle da doença.

2.1 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O método mais prático de realizar o diagnóstico da hipertensão arterial é através da medida da pressão arterial de forma correta. É este “[...] o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e a avaliação da eficácia do tratamento” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p. 7).

Conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos pode ser observada no quadro 1:

Classificação	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

QUADRO 1: Classificação da Pressão Arterial para Pessoa Adulta – acima de 18 anos

Quando as pressões sistólica e diastólica de uma pessoa situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. Um estudo realizado por Silva et al (2004) sobre a análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas (JNC VII) avaliou a pouca atenção dada à quantificação do risco cardiovascular global proposta no documento do VII *Joint National Committee* e concluiu que, ao se utilizar a estratégia proposta pelas diretrizes brasileira e européia, constataram que não existe um valor pré-determinado de pressão arterial para classificar uma pessoa em normotensa ou hipertensa. Ressalta-se que a decisão entre iniciar o tratamento medicamentoso ou optar apenas por orientações quanto à mudança de estilo de vida depende não só dos níveis pressóricos, mas também de demais fatores de risco cardiovascular referentes a cada pessoa.

2.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL

Deve-se observar que, em acima de 90% dos casos, a causa que leva uma pessoa a desenvolver hipertensão arterial é desconhecida. Todavia, dois grupos de fatores de risco são considerados importantes para o desencadeamento e a manutenção da doença: fatores de risco não controláveis – idade, hereditariedade e cor/ raça - e fatores de risco controláveis - tabagismo, sedentarismo, obesidade, ingestão excessiva de sódio, álcool, alimentos calóricos e estresse. Esses fatores, quando associados a níveis de pressão elevada, contribuem para o aumento do risco cardiovascular (MION JR., NOBRE, 2000; SIQUEIRA, 2002; RODRIGUES, 2003; VII JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2003; MARCOPITO et al, 2005;.V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

2.2.1 Fatores de risco não controláveis

- a) Idade: segundo Carvalho Filho e Curiati (1996), a hipertensão arterial aumenta significativamente os riscos de morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular em pessoas com mais de 65 anos de idade. Siqueira (2002) constatou em seus estudos que há uma maior prevalência de pessoas hipertensas na faixa etária acima dos 40 anos. Kaplan (1995) acredita que, com o processo de envelhecimento,

ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, contribuindo para a elevação da pressão arterial.

- b) Hereditariedade: Alvarce, Pierin e Mion Jr. (2000) enfatizam que as pessoas que têm pai ou mãe hipertensos têm 50% de probabilidade de desenvolver a doença. Para Rodrigues (2003), a carga genética, por si só, não é suficiente para se prever a ocorrência da doença, mas é um grande facilitador se agregado a outros fatores de risco.
- c) Cor/ raça: em geral, a pressão arterial é prevalente em pessoas negras de ambos os sexos; surge mais cedo, é mais grave e tende a ser mais complicada, apresentando-se mais elevada nos homens (OLIVEIRA, 2003). As pessoas negras desenvolvem hipertensão arterial em idades mais precoces do que as pessoas brancas e detêm as taxas mais elevadas de hipertensão arterial estágio 3, ou seja, PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 110 mmHg (LESSA, 2000).

Lopes (1996) explica que as pessoas negras possuem uma maior reatividade vascular quando expostas a estressores físicos e psicológicos e apresentam aumento da pressão arterial decorrente da sobrecarga salina. Feitosa (1996) esclarece que ocorre maior aumento da pressão arterial nas pessoas negras em decorrência da sobrecarga salina, porque apresentam maior retenção e sensibilidade ao sódio, com maior expansão de volume e menor participação do sistema renina-angiotensina.

Segundo Cruz (1999), pessoas de cor/ raça negra parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando o aparecimento da hipertensão arterial.

Por outro lado, Cooper e Rotimi (1997) afirmam que ainda não foram estabelecidas características específicas quanto à hipertensão arterial em pessoas negras. Segundo estes autores, as evidências epidemiológicas sugerem que existe um risco semelhante de complicações associadas à elevação da pressão sanguínea entre negros e brancos, e que as especialidades da fisiopatologia, conhecidas como parte da etiologia causal, não demonstraram variações entre os grupos. Isto significa dizer que as características particulares desta condição entre pessoas negras estão restritas a diferentes associações e à intensidade de fatores de risco.

Para Lopes (1997), não há evidências científicas que justifiquem, por fatores genéticos, o maior risco entre pessoas negras para doenças multifatoriais como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a doença renal terminal.

Percebe-se que a predominância de determinadas doenças na cor/ raça negra se dá a partir da situação histórica:

No que concerne à discussão sobre identidade negra e saúde, temos que ter em mente a situação histórica que foi a escravidão, resultante do seqüestro dos povos negros africanos para o Brasil, e todas as conseqüências negativas decorrentes da aplicação deste sistema econômico nas esferas biopsicossociais dos escravos e seus descendentes mesmo após a extinção do regime (CRUZ, 1997, p. 13).

O estilo de vida imposto à população negra brasileira vem desde antes da assinatura da Lei Áurea. A população afro-brasileira herdou do sistema escravocrata, “[...] a pobreza crônica e o estresse nela embutido, além de um padrão alimentar pobre em fibras e rico em calorias, gordura e sódio. Herdou também o apreço ao cigarro e ao aguardente” (CRUZ, 1997, p. 14).

Portanto, vale destacar, que o controle da pressão arterial deve sofrer influência de precárias condições sócio-econômicas às quais as pessoas de cor/raça negra podem estar submetidas.

2.2.2 Fatores de risco controláveis e hábitos de vida modificáveis

Através das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), pode-se chegar a orientações relativas ao tema ingesta de sal, sendo que o seu uso excessivo contribui para a ocorrência da hipertensão arterial e elevação da pressão arterial em pessoas já hipertensas. É aconselhável o uso de 2300 mg de sal/dia, o que corresponde a 6 gramas diárias (JARDIM; MONEGO, 1998). Existe uma variação individual na resposta pressórica à ingesta de sal. Somente algumas pessoas que fazem uso de uma dieta rica em sal sofrem aumento da pressão arterial. Este fato caracteriza pessoas que têm uma sensibilidade aumentada ao sódio.

São chamadas “sal sensíveis” aquelas pessoas que apresentam modificações da pressão arterial maiores do que 10 mmHg, com restrição ou sobrecarga salina. As que apresentam valores inferiores a 5 mmHg, quando submetidas à mesma carga de sódio, são definidas como “sal-resistentes” (JARDIM; MONEGO; REIS, 2004).

Pesquisas realizadas com afro-americanos revelam que cerca de 50% da população negra é sensível ao sal, mostrando diminuição na capacidade de excreção renal de sódio, e que 70% das pessoas hipertensas, nessa categoria racial, respondem bem ao uso de diuréticos. Isso denota que a sensibilidade da pressão arterial ao consumo de sal é variável e tem implicações étnicas (GUIMARÃES; MAGALHÃES, 2004).

O tabagismo é outro tema bastante discutido na atualidade. Para Cysneiros (2000), o fumo eleva agudamente a pressão arterial pelo aumento dos níveis de noradrenalina circulante. Além disso, as oscilações de níveis pressóricos podem causar lesões ao endotélio vascular. O tabaco, além de danificar a parede dos vasos, promove o seu endurecimento, alterando a vasomotricidade vascular e contribuindo para a formação e manutenção da placa aterosclerótica. Quando utilizado em excesso, há maior liberação de adrenalina e noradrenalina, ocasionando aumento da frequência cardíaca e do débito cardíaco, bem como maior consumo de oxigênio, acarretando elevação da pressão arterial (MAGALHÃES, 1998).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde indicam que um terço da população mundial adulta seja fumante, correspondendo a um bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões são mulheres. Revela ainda que os produtos derivados do tabaco são anualmente responsáveis pela morte de 4,9 milhões de pessoas em todo o mundo, o que equivale a mais de 10 mil mortes por dia, sendo 50% em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Entre os temas mais polêmicos, mais sensivelmente críticos e com o qual mais naturalmente convivem as populações, encontra-se o consumo do álcool, talvez por ser o mais socialmente aceito e talvez também porque não sejam suficientemente discutidos os seus efeitos sobre o organismo humano.

Sobre o uso excessivo de bebida alcoólica, tem-se que a mesma age na musculatura cardíaca e no metabolismo de cálcio, diminuem a eliminação de sódio, promovendo aumento do volume cardíaco, maior estimulação do sistema nervoso e situação de estresse (AMADEO; LIMA, 1996). Todavia, quando utilizada em doses baixas, pode agir com efeito hipotensor benéfico.

Recomenda-se, quando muito, limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso. Aos que não se enquadrarem nesses limites máximos de consumo, é recomendado o abandono (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas, incluindo a cerveja, o vinho e destilados, entre outras conseqüências desfavoráveis, aumenta a pressão arterial. Há uma

redução média de 3,3 mmHg na pressão sistólica e 2 mmHg na pressão diastólica com a redução no consumo de bebidas alcoólicas (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Para Guimarães e Magalhães (2004, p. 329-330), o controle da ingestão de bebidas alcoólicas encontra-se dentro de um contexto comportamental, indicando que:

A tendência ao seu uso é crescente, em parte decorrente da propaganda relacionada aos benefícios do uso do vinho tinto como preventivo da doença coronariana. Portanto, ingestão de bebidas alcoólicas não deve ser recomendada como medida preventiva para as doenças cardiovasculares.

Relativamente ao sedentarismo, Forjaz, Santaella e Souza (2004) enfatizam que os exercícios trazem benefícios comprovados à saúde e reduzem os valores elevados da pressão arterial nas pessoas hipertensas. Tem-se que outros fatores de risco podem ser modificados com a prática regular de exercícios físicos. Atuando vantajosamente na diminuição de colesterol e glicose, trazem o favorecimento quanto à redução do peso corporal quando associado à ingestão de dieta hipocalórica. Também pode contribuir na redução do risco de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

A obesidade predispõe à ocorrência de fatores de risco cardiovasculares, tais como as dislipidemias e a intolerância à glicose/diabetes mellitus. Estima-se que 20 a 30% da prevalência da hipertensão arterial podem ser explicadas através de sua associação com a obesidade (MAGALHÃES et al, 2003). É de se fazer notar que a prevalência da obesidade em mulheres é de 21,4%, enquanto que, nos homens, é de 14,2% (BRASIL, 2002).

Guimarães e Magalhães (2004, p. 325), entre outros estudiosos do assunto, enfatizam que “[...] a diminuição de peso deve estar centrada, de um lado, na redução do consumo calórico diário, e, do outro lado, no aumento do gasto energético.” Ribeiro e Zanella (2000), complementando as informações, revelam que a obesidade persistente não somente favorece a elevação da pressão arterial, como também dificulta o controle pressórico, interferindo na eficácia do medicamento anti-hipertensivo.

Vinculada ao tema alimentos calóricos encontra-se uma significativa parcela das populações, as quais consomem excessivamente o colesterol, as gorduras e o sal, o que contribui diretamente para o desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial, assim como para as complicações cardiovasculares (JESUS; GUIMARÃES, 2000).

O controle do peso corporal para faixa normal (índice de massa corpórea entre 18,5 a 24,9 kg/m²) reduz a pressão arterial sistólica de 5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso

reduzido. Pessoas hipertensas com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento da atividade física.

Objetiva-se atingir o índice de massa corporal inferior a 25 Kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5 a 10 % do peso corpóreo inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Há diversas fontes ricas em caloria. A gordura animal (saturada), por exemplo, parece elevar a pressão arterial e, em vista disso, devem-se evitar alimentos ricos em gordura e colesterol (BRASIL, 2001), o que significa cuidados especiais com frituras, queijos curtidos, bolos, guloseimas, molhos, carnes de um modo geral.

Estudos indicam, a respeito da prevalência da hipertensão arterial, índices maiores nas zonas industriais em comparação com as zonas rurais, o que pode ser explicado pelo estresse decorrente do mundo do trabalho competitivo. Estudos realizados por Dressler e Santos (2000), sobre a realidade brasileira, refletem a importância do contexto sócio-cultural concreto e o estilo de vida almejado culturalmente sobre a pressão arterial. Os autores propõem um modelo, denominado de consonância cultural, que tenta equilibrar a importância conferida à percepção da pessoa em relação ao estresse e à estrutura sócio-cultural onde este estresse se manifesta, enfatizando as formas de afrontamento desenvolvidas pelas pessoas e os modelos culturais de vida que compartilha. O estilo de vida, na medida em que se aproxima do ideal almejado e compartilhado socialmente, torna-se um mediador fundamental entre as variáveis biológicas, individuais, contextuais e os níveis de saúde da pessoa.

Os fatores ligados à classe social das pessoas, tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional e desemprego favorecem o estresse psicossocial e também podem ter efeito hipertensivo. A abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhora da adesão da pessoa a medidas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Em pesquisa realizada por Siqueira (2002), referente ao estilo de vida de pessoas hipertensas atendidas no Ambulatório de um Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP, 66% dos entrevistados referiram que o estresse teria sido uma das causas para a ocorrência da hipertensão arterial e, ainda, que este estaria interferindo nos níveis da pressão arterial.

Cruz e Lima (1999) explicam que, numa situação de estresse, ocorrem alterações no organismo, sendo uma delas a estimulação simpática pela liberação de catecolaminas, ocasionando uma vasoconstrição periférica, o que leva ao aumento da pressão arterial.

A gama de fatores de risco associados à hipertensão arterial implica na mudança de estilo de vida e, portanto, na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o que se constitui um grande desafio, como se destaca a seguir.

2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Tanto na literatura médica como na de enfermagem, vários sinônimos são usados para o termo adesão: aderência, complacência, fidelidade, cooperação, observância e *compliance e adherence*.

Para Pierin (2001), a adesão ao tratamento pode ser entendida como o grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. Buchmann (1997) faz a diferenciação entre os termos *compliance* e *adherence*. Para essa autora, *compliance* tem o significado de seguir prontamente, ou consentir, validar os desejos de outra pessoa, enquanto que *adherence* é a ação de aderir, apoiar ou seguir uma pessoa ou idéia. Para Rodrigues (2003), a adesão é tida como uma situação na qual o paciente atende às orientações do médico e ao regime medicamentoso proposto, e onde não cumprir o regime de tratamento pretendido implica em ser não submisso.

Essas definições sugerem uma certa submissão e passividade da pessoa diante das informações fornecidas pela equipe multidisciplinar.

Outras definições para adesão ao tratamento parecem considerar a pessoa hipertensa como elemento mais ativo nesse processo. Rocha (1997) utiliza o termo *compliance* para designar a idéia de obediência participativa e ativa da pessoa referente à prescrição, caracterizada por cumprir as orientações médicas, não apenas no uso dos medicamentos, mas inclusive as demais recomendações, para o mais favorável controle da doença.

Pierin, Strelec e Mion Júnior (2004) revelam que o termo que melhor representa o seguimento do tratamento proposto para hipertensão arterial é adesão, no sentido de definir como um processo comportamental complexo pode ser fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica.

De acordo com Jardim (2001, p. 65), uma adequada adesão é mais do que comparecer às consultas, bem mais do que usar medicamentos ou adotar hábitos de vida saudáveis. Uma boa adesão é antes um somatório de todos esses fatores, porque integra “[...]”

uma atitude completa em relação à própria saúde [...]” e exige participação das pessoas com hipertensão arterial, “[...] não como objeto, mas como sujeito da ação.”

A análise da literatura mostra que vários fatores (antecedentes) têm sido associados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial: antecedentes da adesão relacionados à terapêutica, ao sistema de saúde e à pessoa com hipertensão arterial (MARCON, 1995; SARQUIS et al, 1998; CASTRO; CAR, 2000; PIERIN, 2001; ARAÚJO, 2002; RODRIGUES, 2003; GUSMÃO; MION JR., 2006). Referidos fatores indicam que a adesão é perpassada e fortemente influenciada por dimensões biológicas, sócio-econômicas e ambientais, todas em permanente interdependência, indicando que os tratamentos devem considerar, entre seus cuidados e prescrições, os dados fornecidos por tais realidades.

Os antecedentes relacionados ao sistema de saúde são vários, entre os quais se incluem:

- a) Acesso aos serviços de saúde – O fornecimento de vale transporte, a facilidade para marcar consultas e a proximidade do serviço de saúde, entre outros, contribuem para a adesão (CASTRO; CAR, 2000);
- b) Disponibilidade de uma equipe multiprofissional – Segundo Jardim, Sousa e Monego (1996), o atendimento das pessoas com hipertensão arterial por diferentes categoriais profissionais melhora significativamente a adesão à terapêutica recomendada;
- c) Disponibilidade de medicamentos – Uma das facilidades que contribuem para adesão ao tratamento encontra-se no recebimento gratuito de medicamentos da instituição (CASTRO; CAR, 2000);
- d) Busca ativa dos casos – Pierin, Mion Júnior e Nobre (2000) enfatizam a necessidade de realizar campanhas direcionadas à população, informando a importância da verificação periódica da pressão arterial;
- e) Sistema de controle da clientela registrada – De acordo com Campos (1996), o contato com o paciente, em caso de faltas, é um dos fatores que aumenta o sentimento de estar sendo cuidado, valorizado e estimulado;
- f) Satisfação da pessoa quanto ao atendimento – Medel (1997) ressalta que pessoas hipertensas não precisam apenas de cuidados físicos, mas reagem melhor também com estímulo, esperança e compreensão.

Quanto aos antecedentes relacionados à terapêutica, podemos destacar alguns, conforme segue:

- a) Freqüência de dosagens e horário da tomada de medicamentos – Mion et al (1995) relatam, em um estudo voltado a identificar preferências quanto à terapêutica utilizada, que há maiores indicativos para medicamentos administrados em dose diária, com o horário de administração associado a atividades rotineiras e matinais;
- b) Eficácia em relação aos sinais e sintomas – O grau de tolerância das pessoas em relação aos efeitos adversos interfere na adesão (SARQUIS et al, 1998);
- c) Incidência de efeitos colaterais – Para Kjellgren, Ahlner e Säljo (1995), o tratamento medicamentoso será efetivo se tiver pouco ou nenhum efeito colateral, bem como não interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial;
- d) Custo econômico – Feitosa (1996) relata que o baixo custo dos medicamentos para controle da hipertensão arterial é um elemento primordial na adesão ao tratamento a longo prazo. Em um estudo realizado por Pierin e Mion Jr (1996), cuja finalidade era identificar os fatores que contribuíram para que as pessoas não tomassem os medicamentos, 89% dos entrevistados referiram baixa adesão devido ao alto custo dos medicamentos;
- e) Capacidade de adaptação ao novo estilo de vida – Freitas et al (2001) acrescentam que o adequado controle terapêutico da hipertensão arterial depende também da aceitação por parte da pessoa e do desejo de mudar o estilo de vida.

Quanto aos antecedentes relacionados à pessoa com hipertensão arterial, as indicações relacionam-se a:

- a) Sexo – Sarquis et al (1998) revelam que os homens em relação às mulheres tendem a ser menos aderentes ao tratamento. Um estudo realizado por Mion Jr. e Pierin (1997) verificou que homens, jovens, não brancos tinham menos conhecimento sobre a hipertensão, evidenciando que as variáveis estruturais se relacionam e podem influenciar na adesão ao tratamento. Para Sousa (2004, p. 175), “As mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de

saúde e também desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde, em razão de seus atributos e funções reprodutivas.”

- b) Idade – Aquino, Car e Pierin (1991) revelam que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apegua ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida. Em pessoas mais jovens, a hipertensão se dá pelo aumento da pressão diastólica, enquanto que a partir dos 60 anos de idade o principal componente é a elevação da pressão sistólica;
- c) Experiência anterior com a doença – Acreditar que se está sob o risco de adoecer, independentemente de pertencer a grupos de risco ou não, é o primeiro passo para a pessoa aceitar a necessidade de alteração de comportamento (SOUSA, 2004). Em uma pesquisa realizada por Marcon et al (1995), 34,1% das pessoas hipertensas entrevistadas referiram como motivo para iniciar o tratamento a presença de alguém hipertenso na família ou de algum conhecido que sofreu complicações relacionadas à hipertensão arterial não controlada. Rodrigues (2003) exemplifica que, após a descoberta que possui hipertensão arterial, a pessoa tende a se tornar mais sensível aos fatores de risco, percebendo o quadro hipertensivo como consequência de seu estilo de vida. Então, passa a refletir sobre seus hábitos, crenças e valores, como forma de reinterpretação das próprias condições de vida;
- d) Percepção acerca da doença – Para Rodrigues (2003), a forma pela qual as pessoas com hipertensão arterial encaram a doença depende de sua história cultural e social, da mesma forma que as crenças, expectativas e opiniões acerca da mesma são muito influenciadas pelo grupo ao qual pertencem;
- e) Desejo de aprender sobre a doença e tratamento – Para Jardim, Sousa e Monego (1996), conhecendo aspectos da doença, as pessoas podem se tornar elementos ativos no tratamento, ou seja, são sujeitos e não simples objetos das ações a elas dirigidas;
- f) Motivação para seguir o tratamento – O envolvimento das pessoas com hipertensão arterial em seu autocuidado constitui-se em um dos fatores que podem servir de motivação individual, o que vem por influenciar o processo de adesão. Mion Jr. et al. (1995) afirmam que o envolvimento da pessoa hipertensa em seu autocuidado, através de uma participação efetiva, deve se fazer presente em todas as fases da doença e isso é de importância fundamental. Para isso, é necessário

incentivar e permitir a participação ativa da pessoa hipertensa no tratamento. É importante também tornar terapêutico o encontro do profissional com a pessoa hipertensa, como um dos modos de oportunizar modificações nas receitas e abordagens “prontas” ou pré-determinadas para uma relação de cuidado. Tal abordagem deve visar, ademais, à construção de perspectivas renovadoras com ênfase no aspecto técnico relacionado aos aspectos humanistas da atenção à saúde (AYRES, 2004);

- g) Apoio familiar e social – Castro e Car (1999), em entrevista a pessoas hipertensas, constataram que a maioria referiu o apoio familiar como elemento facilitador da adesão. Para Araújo et al (1998), esse apoio reside na disposição do membro da família em acompanhar as pessoas hipertensas quando de sua ida às consultas, devido às limitações da idade avançada, no caso dos idosos, bem como lembrar o horário de fazer uso das medicações e estimular o seguimento da dieta;
- h) Crenças em saúde – Deve-se considerar que as crenças em saúde podem afetar a adesão ao tratamento da hipertensão, pois, para uma pessoa adotar um comportamento preventivo ela necessita: (1) acreditar que é susceptível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente; (2) associar o problema de saúde à gravidade de suas conseqüências, ou seja, perceber que esse problema pode ter conseqüências sérias; (3) acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (percepção de benefícios), apesar dessa ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconfortos, gastos financeiros, entre outros (percepção de barreiras). Assim, os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e severidade, bem como motivar o indivíduo a agir (DELA COLETA, 1995).

Nesse sentido, as crenças de uma pessoa quanto à sua susceptibilidade e severidade da doença, assim como as crenças quanto a benefícios ou barreiras e quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, consistem em indicadores de adesão ao tratamento. Com base no exposto, podemos dizer que os antecedentes de adesão relacionados à terapêutica, ao sistema de saúde e à pessoa hipertensa (descritos anteriormente) estão implicados nas crenças sobre a susceptibilidade e gravidade da doença e à percepção de

barreiras e benefícios para a adoção das medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. A respeito de crenças em saúde, será apresentado um aprofundamento no referencial teórico dessa pesquisa.

No Brasil e no mundo existem poucos estudos sobre crenças em saúde relacionadas à temática da hipertensão arterial. Vale destacar o estudo de King (1982) sobre crenças em saúde, ligado à prevenção da hipertensão arterial. As crenças que diferenciaram os participantes do programa de hipertensão dos não participantes foram a susceptibilidade percebida à hipertensão e os benefícios em sua detecção. A severidade percebida da hipertensão não estava diretamente relacionada à participação no programa, mas foi significativamente relacionada à intenção de participar.

Dela Coleta (1995) concluiu que os níveis baixos de escolaridade e de renda determinam crenças prejudiciais à saúde e pior qualidade de saúde. No grupo dos entrevistados com hipertensão arterial, os resultados de seu estudo demonstraram, de modo geral, que as frequências de adesão aos comportamentos de saúde foram altas para: “ter descanso”, “medir a pressão”, “consultar o médico”, “não fumar”, “tomar remédios”, “ter lazer”, “fazer exames”, “evitar preocupações” e “fazer exercícios”. As frequências mais baixas referiram-se às dietas de sal e gordura, “evitar bebida alcoólica”, “evitar doce” e controlar o peso.

Conforme visto, vários são os fatores relacionados à adesão; a literatura aponta que o patamar de adesão é insatisfatório e que são vários os empecilhos para a eficácia do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim, para Sarquis et al (1998, p. 336), “[...] buscar otimizar a adesão do indivíduo ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde junto ao hipertenso.”

Existem muitos estudos no Brasil e no mundo acerca dos índices de adesão entre pessoas com hipertensão arterial. Por outra, os estudos disponíveis muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos na identificação das adesões. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica, pela sua complexidade.

Exemplo disso é que cerca de 40 a 60 % das pessoas não fazem uso do medicamento prescrito. Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida ressaltando dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (BARBOSA; LIMA, 2006). Os percentuais de controle de pressão arterial são muito reduzidos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares, em razão da baixa adesão ao tratamento.

Estudos isolados apontam controle de 20 a 40% (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Estudos desenvolvidos por Mion Jr et al. (2005), junto às ligas de Hipertensão Arterial no Brasil, demonstram que o controle da pressão arterial foi verificado em 56% do total de pessoas hipertensas estudadas, sendo 63% naquelas com uso de monoterapia; 62% para politerapia somente com associação; 54% para politerapia; e 49% para politerapia com associação. Esse controle da pressão arterial se distribuiu de maneira distinta nos diferentes locais de estudo, envolvendo centro/ligas de hipertensão no Brasil, a saber: Bahia, 75%; São Paulo (capital), 69%, 59%, e 49%; Ceará, 63%; Alagoas, 61%, São Paulo (interior), 60%; Rio de Janeiro, 46%; Rio Grande do Sul, 40%; e Goiás, 38%.

Através de estudos desenvolvidos por Lessa e Fonseca (1997), em Salvador, Bahia, do qual fizeram parte 200 pessoas com baixo nível social, atendidas em ambulatório, é possível afirmar que a adesão às consultas foi de 37%, sendo a adesão às consultas e ao tratamento, simultaneamente, de 30,5%, observando-se ainda que 21,5% das pessoas entrevistadas não aderiram às consultas nem ao tratamento.

Estudo transversal realizado por Andrade et al (2002), com envolvimento de 401 pessoas atendidas em diferentes Centros de Saúde do Estado da Bahia, apresenta análise das razões que levaram pessoas com hipertensão arterial à não adesão ao regime terapêutico. Entre homens e mulheres, respectivamente, registram-se: normalização da pressão arterial (41,3 e 42,3%); efeitos colaterais do medicamento (31,7% e 24,8%); esquecimento de tomar as medicações (25,2% e 20,1%); custo das medicações (21,6% a 20,1%); medo de misturar medicamento e bebidas alcoólicas (23,4% e 3,8%); desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento (15% e 21,8%); uso de tratamentos alternativos (11,4% e 17,1%); medo de intoxicação (9,6% e 12,4%); medo de hipotensão (9,6% e 12%); e medo de misturar o medicamento anti-hipertensivo com outras drogas (8,4% e 6,1%).

Em estudo realizado junto à Unidade Clínica de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, por Coelho et al. (2005), durante o período de um ano, observou-se maior adesão de pessoas hipertensas e assíduas que representavam a maioria deste ambulatório terciário (89,7%), relativamente ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso, e maior taxa de controle ao serem comparadas com as pessoas faltosas (91% versus 56%; 63% versus 44%; 30% versus 8%, respectivamente).

2.4 O CUIDAR / CUIDADO DE ENFERMAGEM: PRESSUPOSTOS PARA A ATENÇÃO À PESSOA HIPERTENSA

De acordo com Collière (1989), desde que há vida existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade assegurar a manutenção e a continuidade da existência.

Para Rossi (1991), o termo cuidar é originado do latim *cogitare*, cujo significado é cogitar, imaginar, pensar, ter atenção com, ter preocupação por.

Boff (1999, p. 34) destaca que o cuidar:

[...] é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

No âmbito conceitual, Ide (2001 p. 40) assim define o cuidar:

[...] a primazia de uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de autodirigir-se. Sua plenitude vem representada por ações presentes em todos os momentos do ciclo vital, nas distintas manifestações do processo de adoecimento, interagindo com o ser humano em suas diferentes dimensões, incluindo a esfera psicossocioespiritual.

Leopardi (2006) define o cuidar como uma arte e, segundo a autora, é um exercício que se constrói pela proximidade entre o desejo de cuidar e a técnica aprendida segundo o paradigma no qual se acredita, para que possa ser realizado com base na ética, sem mitos ou dogmas, identificando valores e princípios a serem reafirmados profissionalmente.

Dessa forma, o cuidado é um fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual representa a forma como ocorre o encontro ou a situação de cuidar entre a pessoa que cuida e aquela que recebe o cuidado (WALDOW, 2006).

Ayres (2004, p. 22), em ensaio reflexivo a respeito do assunto, designa como cuidado “[...] uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

O cuidado pode ser encarado como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, sendo este dotado de racionalidade, cognição, intuição e espiritualidade, portanto, de sensibilidade e sentimentos. Relacional porque só

ocorre em relação ao outro, através da convivência. E contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas suas maneiras e formas expressivas de cuidar, de acordo com o meio (WALDOW, 2006).

Concordamos com Collière (1989, p. 235), quando enfatiza:

[...] cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.

Waldow (1998, p. 129), por sua vez, destaca que a finalidade do cuidar na enfermagem é “[...] aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”. Aquele que cuida deve considerar quem é cuidado nas dimensões biológica, social, psicológica e espiritual, as quais, por sua vez, são dimensões interdependentes, derivadas do todo como faces complementares, não excludentes, não constituindo partes isoladas (HUF, 2002).

A pessoa que presta cuidado assume uma responsabilidade, torna-se responsável por contribuir para a manutenção e perpetuação da espécie humana. Para tanto, Waldow (2004) comenta que é sempre necessário criar um ambiente acolhedor onde as relações de cuidado sejam cultivadas, no sentido de um compromisso construtivo diário. As relações de cuidados podem ser assim consideradas:

[...] aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros [...] Em um ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são; conseguem se expressar de forma autêntica e se preocupam umas com as outras no sentido de atualizar informações, fornecendo e trocando idéias, oferecendo apoio e ajuda e se responsabilizando e se comprometendo com a manutenção desse clima de cuidado (WALDOW, 2004, p. 133-134).

Waldow (2004) ainda comenta que, no intuito do processo do cuidar acontecer, torna-se necessário o cultivo de alguns talentos internos aos seres humanos, tais como: disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança, como recursos à promoção de um relacionamento harmônico e favorável entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. E complementa:

O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades [...] na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado também é imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar (WALDOW, 2006, p. 89).

Ao ser prestado um cuidado, conforme visto, devem-se levar em conta as crenças, os valores e significados da vida da pessoa que adocece. Isso significa dizer que cada pessoa é única e possui um modo subjetivo e peculiar de viver, e de adoecer. É importante estabelecer o cuidado como uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial (AYRES, 2004).

De acordo com Boff (1999, p. 143), “[...] a doença significa um dano à totalidade da existência”. A esse respeito, posiciona-se o autor:

Não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?).

Para Nunes (2000), o adoecer está sempre perpassado pela subjetividade e se constitui em um fenômeno sócio-cultural por excelência, em função da permanente interdependência com o contexto em que a pessoa vive. Assim, a subjetividade da pessoa influenciará no surgimento da doença, na evolução e na aceitação ao tratamento, como influenciará no processo de busca de restauração da saúde.

Adocece não um corpo físico apenas, mas o ser humano dotado de corpo, de uma vida social e laboriosa, influenciando e sendo influenciado pela sociedade da qual faz parte, como sujeito, impregnado de crenças e valores a respeito do adoecer (CAMPOS, 2003).

Quanto à prática dos cuidados de enfermagem, Collière (1989) trata de apreender a dinâmica das inter-relações, por estarem estas vinculadas à história de vida da pessoa, o que a prende ou sustenta na doença, assim como os compromissos sociais ou as perturbações funcionais que se encontram associadas, e o que a liga ao meio sócio-ambiental. Estabelece ainda a citada autora, para a natureza da prática da enfermagem, os cuidados relativos às funções de manutenção e continuidade da vida (cuidados cotidianos e habituais) e aqueles ligados à necessidade de reparar ou mover o que se faz obstáculo à vida.

Os cuidados cotidianos, habituais, baseiam-se em toda espécie de hábitos de vida, de costumes, crenças. Assim, quando é constituída a vida de um grupo, nasce todo um ritual, toda uma cultura que programa e determina o que considera básico para a manutenção da vida, e, se possível, com qualidade. Os principais cuidados que asseguram a continuidade da vida são: beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo o mais que seja importante para o desenvolvimento da pessoa (COLLIÈRE, 1989). Os

cuidados de reparação “[...] têm como fim limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas” (COLLIÈRE, 1989, p. 238).

Diante das considerações e concepções sobre o cuidar/cuidado de enfermagem expressas até este momento, também se apresenta como necessário refletir sobre sua expressão na relação estabelecida entre os cuidadores e a pessoa com hipertensão arterial.

Na atenção à pessoa hipertensa, a enfermeira, como membro da equipe multiprofissional, tem atribuições de extrema importância, pois, de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), são de competência da enfermeira: realizar a consulta de enfermagem, durante a qual investiga fatores de risco e hábitos de vida, afere a pressão arterial, faz a estratificação de risco individual, orienta sobre a doença e o uso de medicamentos e seus efeitos adversos, avalia os sintomas relatados e fornece orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Acrescentem-se, a estes compromissos, o acompanhamento do tratamento das pessoas com pressão arterial controlada; o encaminhamento ao médico, de acordo com os níveis pressóricos; a administração do serviço, o qual inclui a busca de faltosos, o controle de retornos e de consultas agendadas, e também a delegação e supervisão de atividades ao técnico ou auxiliar de enfermagem.

A atuação da enfermeira em programas de controle da hipertensão na função de implemento à consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/ 86, artigo 11, alínea I e Decreto 94406/87, artigo 8º, alínea “e” do Código de Ética de Enfermagem, e lhe tem possibilitado participar de equipes multidisciplinares com ações assistenciais e educativas (COREN, 2002).

O cuidar como função inerente da enfermeira e, nesse caso, o cuidado à pessoa hipertensa é um fator de extrema relevância, pois visa contribuir para a prevenção, o controle efetivo e o retardo das complicações da doença.

Face às atribuições específicas da enfermeira, as quais foram apresentadas pelas diretrizes mencionadas anteriormente, torna-se imprescindível uma reflexão acerca dos pressupostos de cuidar, pelas pessoas sadias e hipertensas, com vistas ao alcance da valorização da necessidade de mudança de hábitos de vida considerados fatores de risco à doença. Nesse sentido, é relevante sinalizar que, frente à relevância das múltiplas expressões da hipertensão arterial, os profissionais da área da saúde vêm discutindo e investindo significativos esforços na prevenção da doença e no controle de seus agravos.

Parte significativa das práticas de saúde pauta-se no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento das pessoas acometidas e suas necessidades. Com base nesse modelo biomédico,

existe pouco espaço para a escuta, para o acolhimento, para a compreensão do sofrimento e para a educação e o cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2006).

Todavia, apesar da literatura médica conceber a doença como multifatorial e, assim, compreender a influência de fatores psicossociais na sua manifestação, parece ainda prevalecer a unidimensionalidade da intervenção médico-hospitalar, ou seja, a prevalência da terapêutica voltada para o controle da avaria do corpo (MUSSI, 2003). Tal abordagem, por si só, pode comprometer a prevenção e o controle dos agravos da hipertensão arterial.

Segundo Ide (2004, p. 3):

O ato médico, tendo como referencial a abordagem sintomática, leva a diagnósticos embasados exclusivamente em aspectos da concretude orgânica [...], isolando o fenômeno orgânico de seu contexto, focando a parte do corpo doente, privilegiando a perspectiva causal, tendendo a um reducionismo fisiológico.

O modelo biomédico, tendo como referência apenas a abordagem sintomática e a avaliação de exames diagnósticos, tenta tratar a hipertensão arterial com base no corpo doente. Diante desse modelo, emergem inúmeras produções científicas com o intuito de identificar fatores de risco e classificar e tratar a hipertensão arterial sistêmica.

Conforme argumenta Waldow:

Contrariamente ao que muitas pessoas pensam, o resgate do cuidado não é uma rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico [...] ao revelar o cuidar pretende-se enfatizar a característica de processo interativo e de fluência da energia criativa, emocional e intuitiva que compõem o lado artístico, além do aspecto moral (WALDOW, 1998, p. 62).

Não se pode perder de vista que o controle da hipertensão arterial implica em mudanças comportamentais importantes, o que requer que a equipe de saúde empreenda esforços na abordagem psicossocial na atenção à pessoa hipertensa. Portanto, a superação do modelo vigente demanda diferentes investimentos na formação e intervenção profissional, visando à atenção da pessoa ao invés do corpo doente. Pressupõe compreender diferentes modos de ser e de viver e qual a experiência e expectativa de uma pessoa diante do convívio com a doença crônica, optando por tratar-se ou não (MUSSI, 2003).

Segundo Ide (2004), os profissionais de saúde têm como principal desafio a abertura para abordagens aptas a investir na clínica da pessoa, incluindo o cuidado com seu adoecimento, utilizando estratégias de acolhimento capazes de promover o vínculo, o espaço para a escuta sensível, potencializando investimentos pessoais na ressignificação do adoecer.

De acordo com o dicionário Aurélio, vínculo é “[...] tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação. O ato de ligar ou prender moralmente, unir e perpetuar uma relação (FERREIRA, p. 1777). O vínculo constitui-se no estabelecimento de referências que as pessoas fazem em relação a uma determinada equipe de trabalhadores. Em decorrência do cuidado implementado, existe o fortalecimento do sujeito, isto é, há concretização da autonomia do sujeito (CAMPOS, 2003).

O acolhimento deve possibilitar a universalidade do acesso aos serviços de saúde, de forma que todas aquelas pessoas que os procurarem tenham suas necessidades escutadas. Esta escuta não é como uma outra, porque deverá ser específica, profissional, qualificada, cujo compromisso seja oferecer a resposta mais adequada, ou seja, a resolução do problema apresentado quer por meio de encaminhamentos, agendamentos futuros, ou mesmo pela solução imediata (MALTA et al., 1998; FRANCO; MERHY, 2003).

A consideração da pessoa como sujeito de ações dos profissionais de saúde implica na compreensão da relação que a mesma estabelece entre sua história de vida, seu modo de viver e os fatores de risco expostos a ela (MUSSI, 2003).

Como a pessoa pensa, sente, conhece ou não suas crenças, valores e atitudes e o contexto social em que o comportamento se processa são fatores essenciais a serem considerados no processo terapêutico, objetivando a proposição de uma estratégia pedagógica efetiva (MUSSI, 2003), a qual influenciará na forma de se relacionar com a doença e o cuidar da saúde (RODRIGUES, 2003). Além disso, a despeito de qualquer ação eficaz para a mudança de atitude de uma pessoa, a reversão do quadro só poderá ocorrer se houver motivação e puder a pessoa contar com suportes imprescindíveis oferecidos pela estrutura econômica e social (MUSSI, 2003).

Portanto, o reconhecimento de que muitos fatores influenciam favorável ou comprometedoramente a saúde da pessoa, bem como suas ações de cuidado para consigo, implicam - para o controle da hipertensão arterial - ações responsáveis no sentido de requer que os profissionais da área de saúde trabalhem com a subjetividade, assim compreendida:

O mundo das idéias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, vivências e de sua constituição biológica; e, também fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (...) é a maneira de sentir, pensar, fantasiar, sonhar, amar e fazer de cada um (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 23).

O cuidado à saúde é um processo que vai além de ensinar, instruir e treinar as pessoas e, em especial, em se tratando de pessoas com hipertensão arterial, para mudanças de

hábitos de vida. Pressupõe assumir uma postura política e ética, fundada em valores de solidariedade e justiça, compreendendo o ser humano em essência como ser destinado à liberdade, felicidade e plena realização (REIBNITZ; PRADO 2006).

A abordagem de educação à saúde, com vistas à valorização de mudanças de comportamento de uma pessoa hipertensa, também pressupõe a habilidade dos elementos da equipe de saúde para abordar questões preventivas da doença, utilizando uma linguagem única, respeitosa e de fácil compreensão pelos usuários (SANTOS, 2002).

Importa estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pessoas com hipertensão arterial e profissionais de saúde, levando em conta o diálogo, a interação e a reflexão. Para esse fim, é importante saber escutar e buscar compreender a pessoa hipertensa e também utilizar uma fala que seja acessível e de fácil entendimento para a pessoa em questão (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Para Lescura e Mamede (1990), os profissionais de saúde, embora reconheçam que a mudança de comportamento seja importante para detectar, melhorar e minimizar possíveis problemas de saúde, muitas vezes não sabem como fazê-lo. Não é incomum serem utilizados métodos baseados na coerção, ou ainda da tentativa de transferirem conhecimentos, como de um recipiente para outro, e, a partir daí, aguardarem que o outro reaja com mudanças automáticas e imediatas. No lugar da informação, a ameaça; no lugar da educação, a proibição. Sob tais métodos não conseguem conquistar aliados, apenas transferem responsabilidades.

Salienta-se que a mudança de comportamento não é tarefa fácil e requer o uso de estratégias eficazes e eficientes pelos profissionais de saúde. Concordamos com Mussi (2003), quando afirma que apenas informar o sentido e os benefícios do controle dos fatores de risco para uma doença pode não ser suficiente para ajudar as pessoas a mudarem seu modo de ser e de viver. Isto pode ser encarado por estas como uma restrição ao modo de vida, trabalho e relacionamento com os amigos e familiares, dificultando, desta forma, a adesão ao tratamento.

Na prática, o que se observa é uma abordagem unilateral e a utilização de programas que visem tratar as pessoas hipertensas de uma mesma forma, sem perceber as diferenças individuais, desconsiderando o fato de que cada ser humano tem a sua opinião e sua crença a respeito da doença e do seu tratamento.

A abordagem dos profissionais perante a pessoa hipertensa, incluindo a enfermeira, muitas vezes se restringe a perguntar como se manteve a pressão nos últimos dias, se fez uso ou não das medicações nos horários determinados, se tem praticado atividade física regularmente e se a dieta está sendo seguida. Isso denota uma falta de cuidado diante de toda

uma proposta de confiança, de respeito, de intencionalidade para com o outro, conforme os pressupostos aqui defendidos sobre o cuidado à pessoa com hipertensão arterial.

Nas práticas de saúde cotidianas, nota-se que, em geral, o médico prescreve as medicações anti-hipertensivas, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar a tarefa de atuar nas práticas não medicamentosas, ouvindo a história de vida da pessoa que adoece, os limites e possibilidades de mudanças de hábitos de vida, realizando orientações à saúde, o que demanda tempo, competência e escuta, para aplicação de uma estratégia efetiva que contribua para o controle e a prevenção de agravos da doença.

Ao refletir sobre a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde precisam avaliar se a pessoa hipertensa tem interesse em mudar hábitos de vida, se as informações que fornecem são assimiladas e valorizadas, se os valores, as crenças e os conhecimentos que possui em relação às medidas de prevenção e controle diferem dos seus e por quê.

Há que ser valorizado o que Naznanovich (1997 apud IDE, 2004) menciona como:

[...] a participação da pessoa na dinâmica cuidativa de si mesmo e do mundo; da compreensão que essa participação implica em interação, relação, transformação mútua, co-dependência e co-evolução, enquanto diversidade de enfoque limitados por nossa própria existência, uma vez que pagamos com a nossa incompletude a possibilidade de conhecer e de agir.

Nesse sentido, para prevenir e controlar a hipertensão arterial destaca-se como primordial a análise de crenças relacionadas à susceptibilidade e à severidade da doença, bem como aqueles relacionados aos benefícios e barreiras à necessidade de adesão ao tratamento; o alcance da valorização pelas pessoas sadias e hipertensas da mudança de hábitos de vida considerados fatores de risco à doença; a adoção de uma proposta de atenção a pessoas com hipertensão arterial que extrapole a ação sobre o corpo doente. Tais procedimentos reforçam a eficácia do tratamento, o qual consiste não apenas no uso de medicamentos e na instituição de medidas reguladoras da ação, mas na consideração da pessoa como um todo. Frente a estas colocações, concordamos com Sousa (2004, p. 166) quando declara que:

[...] é de fundamental importância o desenvolvimento de um planejamento abrangente que objetive a prevenção de complicações e promova o descobrimento da melhor forma de viver e viver bem, com qualidade. Conseguir a participação do paciente nesse planejamento pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso no tratamento.

No entendimento das autoras, o cuidar/cuidado da pessoa hipertensa vai muito além da simples redução dos seus níveis pressóricos, pois também envolve o cuidado em reduzir os riscos da doença cardiovascular; envolver a pessoa no controle da obesidade, do sedentarismo, das dislipidemias, da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, assim como no abandono do tabagismo e no gerenciamento do estresse do seu dia-a-dia (BASTOS; BORENSTEIN, 2004).

É, sobretudo, envidar esforços no processo de educação à saúde, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. A comunicação eficiente dos profissionais de saúde com a pessoa hipertensa, o preparo para ouvir, falar e interpretar e, de igual modo, o interesse para além das questões técnico-científicas na relação estabelecida poderão oferecer melhores condições para o reconhecimento da importância da mudança de hábitos de vida e, dessa maneira, mais adequadamente caminhar para a obtenção de melhores resultados na adesão ao tratamento.

Assim, deve-se considerar a proposta descrita por Morin (2004, p. 61) quando diz:

[...] a educação deveria mostrar e ilustrar o Destino multifacetado do humano: o destino da espécie humana, o destino individual, o destino social, o destino histórico, todos entrelaçados e inseparáveis. Assim, uma das vocações essenciais da educação do futuro será o exame e o estudo da complexidade humana. Conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muita rica e necessária diversidade das pessoas, dos povos, das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra [...]

No próximo capítulo serão abordadas as bases teórico-metodológicas sobre as quais se apóia este trabalho.

3 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se esta dissertação de mestrado de um estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa. A escolha por este tipo de estudo deve-se à melhor adequação aos objetivos propostos, bem como pela confiabilidade que oferece na coleta e análise dos dados.

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, no qual se utilizam dados numéricos para a obtenção de informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas (KIOZUMI, 1992).

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, e o fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991). Triviños (1987) complementa esta abordagem ao informar que a pesquisa descritiva pretende um rigor na descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade. O estudo exploratório, por sua vez, tem a proposta de valorizar um fato social que é pouco explorado. Segundo Triviños (1987, p. 109), “[...] os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a experiência em torno de determinado problema.”

3.2 O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO PERSPECTIVA TEÓRICA

Popularmente, crenças são informações fornecidas pela família e pela sociedade desde as mais remotas épocas, passam de pais para filhos e são reforçadas pela cultura. Stuchi (2004, p. 3) revela que “[...] o ser humano possui vários tipos de crenças, as quais são inferências feitas pelas pessoas a respeito das coisas, do eu, do outrem, enfim, do mundo.”

Segundo Sailer (2004, p. 44), crença é a “[...] atitude pela qual afirmamos, com certo grau de probabilidade ou de certeza, a realidade ou a verdade de uma coisa, embora não consigamos prová-la racional e objetivamente.” Objetivamente, a crença pode variar de pessoa para pessoa, de doença para doença, de um meio social para outro, ou de uma cultura para

outra, mas o importante é tentar identificar que fatores estão concorrendo para a diversificação de ações em saúde (LESCURA, 1987).

Diversos modelos de pesquisa têm sido desenvolvidos para explicar o comportamento na área da saúde, dentre os quais se situam os modelos estruturais, os de barreiras situacionais, educacionais e, de modo específico, os modelos de crenças em saúde. O Modelo de Crenças tem se mostrado um instrumento conceitual valioso para a compreensão de uma gama de comportamentos relacionados à saúde, tais como: alterações de dieta, adesão a programas de imunização, obediência a regimes médicos e decisão de parar de fumar (STUCHI, 1999).

No início dos anos 50, um grupo de psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos desenvolveu o Modelo de Crenças em Saúde na tentativa de explicar o motivo pelo qual as pessoas não se preveniam adequadamente contra certas doenças, já que havia testes ou vacinas contra a tuberculose e a poliomielite, por exemplo (JANZ et al, 2002). Para explicar a ação preventiva, o modelo foi publicado por *Rosenstock* em 1966. Posteriormente, foi aplicado a comportamentos relacionados à manutenção da saúde em geral, incluindo a procura do diagnóstico e o atendimento correto às recomendações médicas (DELA COLETA, 2004).

Dela Coleta (1995) explica que, em 1974, o pesquisador *Rosenstock*, ao fazer uma revisão do Modelo de Crenças em Saúde aplicado a comportamentos preventivos, considerou a importância de serem apresentadas as definições de *Kasl e Cobb* (1966 *apud* DELA COLETA, 1995) a respeito dos diferentes comportamentos em saúde, a saber:

- a) Comportamentos na saúde: quando a pessoa acredita estar saudável e tem o propósito de prevenir-se de doenças ou detectá-las em um estágio assintomático;
- b) Comportamento frente ao sintoma: quando a pessoa se sente doente e tem como propósito definir seu estado de saúde e descobrir o remédio adequado;
- c) Comportamento da doença: quando a pessoa se julga doente e tem o propósito de curar-se.

O primeiro comportamento diz respeito ao desejo da pessoa de evitar doenças e manter-se saudável. Nos dois últimos, a pessoa, diante de um sintoma, pode procurar ajuda médica para diagnosticar a doença, mas pode se decidir por não realizar o tratamento por algum motivo particular.

Sousa (2004, p. 169-170) comenta que no Modelo de Crenças em Saúde “[...] a premissa básica é que o mundo do percebido determina o seu comportamento, não o ambiente físico. Há um forte componente de motivação e do mundo perceptual da pessoa”.

De acordo com Sailer (2004), entre as características preliminares do Modelo de Crenças em Saúde, consta que, para uma pessoa adotar medidas preventivas, ela necessariamente deve acreditar em três aspectos:

- a) De que é susceptível à doença;
- b) Que, no caso de sua ocorrência, a pessoa fica sujeita pelo menos a alterações moderadas em alguns componentes de sua vida;
- c) A tomada de determinada ação deverá ser benéfica, reduzindo sua susceptibilidade e gravidade, e desvinculando-a de barreiras mais importantes. Acrescenta ainda que outras variáveis podem afetar a percepção individual, influenciando indiretamente a ação final, dentre as quais estão inseridos os fatores biográficos, psicossociais e estruturais.

Rosenstock (1974 *apud* DELA COLETA, 1995, p. 10) aponta que “[...] a variável motivacional é condição necessária para a ação e os motivos agem seletivamente na determinação das percepções do ambiente da pessoa.” Pode-se tomar como abordagem completar o posicionamento do citado autor (1974 *apud* SALIER, 2004), segundo o qual a pessoa somente será motivada a tomar decisões preventivas em ações de saúde quando acreditar realmente na sua suscetibilidade em contrair um dano, nas conseqüências sérias que poderão advir de tal ocorrência, ou ainda que a ação adotada poderá reduzir essa ameaça.

Para Lescura e Mamede (1990), o Modelo de Crenças em Saúde revela que tanto a aceitação da suscetibilidade a dada doença, quanto a crença sobre a seriedade das conseqüências àquela condição proporcionam força à condução da ação, mas não definem o curso particular da ação a ser tomada.

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

- a) Suscetibilidade percebida

Refere-se à percepção subjetiva do risco da pessoa em contrair determinada condição ou doença (DELA COLETA, 1995). As pessoas podem descartar

quaisquer percepções de risco, crer em determinadas possibilidades de risco ou expressar sentimentos que indicam a percepção do risco real de contrair a doença. Essas percepções são influenciadas por alguns fatores, como sexo, cor/ raça, idade, condições sócio-culturais e econômicas (SAILER, 2004);

b) Severidade percebida

O grau de severidade da doença pode ser avaliado tanto pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela como pelas diversas conseqüências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que a mesma poderá acarretar (SAILER, 2004). Para Sousa (2004), em situações em que a doença não é percebida e, conseqüentemente, a percepção não é identificada, o profissional de saúde assume o papel de maior relevância, pois passa a responder como estimulador para as ações preventivas. A hipertensão arterial, na ausência de lesão em órgãos-alvo (cérebro, rins, coração e retina), carece de sinais motivadores que estimulem as mudanças de comportamento inclusas na conduta terapêutica;

c) Benefícios percebidos

Os benefícios referem-se à crença na efetividade da ação e na sua percepção, com resultados positivos. Em muitos casos, as crenças são influenciadas por normas e pressões sociais e podem ser conflitantes (SAILER, 2004);

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, aborrecimentos e dor, dos quais servem como barreiras para a ação e estimulam motivos conflitantes de enfrentamento (DELA COLETA, 1995). O potencial para ação resulta da combinação das variáveis susceptibilidade e severidade percebidas na doença, enquanto que a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos às barreiras percebidas nos comportamentos em saúde.

As crenças em saúde baseadas no Modelo original de *Rosenstock* (1974 *apud* DELA COLETA, 1995) influenciam não só na adesão, mas também na qualidade da adesão aos comportamentos de saúde cardiovascular, tendo a susceptibilidade, a severidade e os benefícios como efeitos positivos para agir sobre a adesão e as barreiras percebidas como efeitos negativos para adesão. Portanto, os níveis combinados das variáveis susceptibilidade e

seriedade, diante da ameaça percebida pela doença, são capazes de agir positivamente para a ação, ou seja, para mudanças de comportamento.

Os benefícios percebidos referem-se à crença na probabilidade de se tomar medidas de ações preventivas em saúde, obtendo resultados positivos. As barreiras percebidas são constituídas pelos aspectos negativos da ação em saúde, sendo impeditivas para a tomada da ação.

Diante da alta prevalência da hipertensão arterial no Brasil e sabendo-se que a crença se constitui em um dos fatores relacionados à pessoa hipertensa quanto à adesão ao tratamento, justifica-se a utilização do Modelo de Crenças em Saúde neste estudo. Utilizado como referencial teórico, o Modelo de Crenças em Saúde tem como finalidade possibilitar a compreensão das crenças que podem influenciar na adoção de comportamentos de saúde e na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Com base no Modelo de Crenças em Saúde, é fundamental conhecer, neste estudo, as crenças relacionadas às barreiras e aos benefícios percebidos pelas pessoas para as necessárias mudanças de comportamento relativo à saúde, face a hipertensão arterial. A partir daí, podem-se obter indicadores de adesão ou não ao tratamento, identificar grupos de risco e contribuir para o alcance de melhores resultados terapêuticos, repensando e aperfeiçoando novas formas de atendimento nos programas de hipertensão arterial.

3.3 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada num Centro de Saúde situado em bairro de classe média baixa (Liberdade), na cidade de Salvador, e cuja manutenção é feita pela prefeitura do município. Esse Centro serve de referência para o atendimento de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da população local. Inaugurado no ano de 1962, no governo do então governador Juracy Magalhães, o Centro de Saúde foi recentemente reformado e ampliado, sendo reinaugurado em dezembro de 2004.

O bairro da Liberdade localiza-se na cidade alta da cidade do Salvador. À Rua Lima e Silva, via principal do bairro, fica o Centro de Saúde Professor Bezerra Lopes. Antigamente o bairro era chamado de Estrada da Liberdade, em virtude dos heróis da Independência da Bahia terem passado em sua via principal. Ali existe um número significativo de igrejas, terreiros de candomblé, centros espíritas e templos protestantes, o que

por si só justifica a multiplicidade cultural do bairro. Para além das influências religiosas, o bairro e seus moradores também são fortemente influenciados pela cultura negra, ali se travando lutas étnicas e políticas de cor. Devido à presença de blocos afros, como os conhecidos Ilê Aiyê e Muzenza, e também o Vulcão da Liberdade, firma-se ainda como ponto turístico.

O Ilê Aiyê, o primeiro bloco afro da Bahia, iniciou sua história no ano de 1974, no bairro do Curuzu - Liberdade, o de maior população negra do país, com mais de 600 habitantes. O bloco é tido como um patrimônio da cultura baiana e conta com mais de 3000 associados. Entre os seus objetivos, constam preservar, valorizar e expandir a cultura afro-brasileira. Homenageia países, nações e culturas africanas, além de revoltas negras brasileiras que notadamente contribuíram para o processo de fortalecimento da identidade étnica e da auto-estima de pessoas negras brasileiras (SOUZA, 2001).

Tem por finalidade difundir a cultura negra, tanto na sociedade brasileira quanto internacionalmente, visando mobilizar o maior número possível de pessoas afro-brasileiras na luta contra as mais diversas formas de discriminação racial, seja através do desenvolvimento de projetos carnavalescos, ou culturais e educacionais, utilizando-se do lúdico para resgatar o sentimento de identidade étnico-racial (SOUZA, 2001).

De acordo com dados fornecidos pela amostra do Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), o bairro da Liberdade também agrega as áreas de ponderação das comunidades de Sieiro e Japão, abrigando no seu contingente populacional 11.155 pessoas da cor preta, 26.701 pessoas da cor parda e 7.841 pessoas da cor branca.

Nesse Centro de Saúde, em específico junto ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), trabalham atualmente sete cardiologistas, duas enfermeiras, uma nutricionista, uma psicóloga, uma farmacêutica e duas técnicas de enfermagem.

Para o ingresso no Programa, as pessoas com hipertensão arterial seguem um fluxograma de atendimento, em que o primeiro contato deve ser efetuado com o cardiologista, cuja função é a de detectar, confirmar o diagnóstico e encaminhar à enfermeira. Esta, por sua vez, realiza a consulta de enfermagem, verifica a pressão arterial e faz encaminhamentos para os especialistas, de acordo com a necessidade detectada, inclusive consulta com a nutricionista e psicóloga. A entrega das medicações anti-hipertensivas é de responsabilidade da farmacêutica. A equipe multiprofissional ainda realiza palestras mensais sobre temas relacionados à hipertensão arterial.

As técnicas de enfermagem alternam-se nos atendimentos durante os turnos matutino e vespertino, e têm como função verificar a pressão arterial das pessoas que chegam ao Centro de Saúde, independentemente do objetivo que as levem até ali, ainda que em busca do atendimento de algum dos profissionais da equipe multidisciplinar. Por turno, realizam 120 aferições de pressão arterial, aproximadamente.

A técnica de verificação da pressão arterial padronizada por esse Centro de Saúde é aquela preconizada pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, sendo que os profissionais responsáveis pela realização desta técnica são treinados pelo serviço, conforme as recomendações.

3.4 AMOSTRA

Constituiu-se de 106 pessoas adultas, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial há no mínimo seis meses, que se autodeclararam da cor preta e/ou parda[†], que compareciam ao local de estudo para consulta e/ou verificação da pressão arterial, e que estavam cadastradas no programa de hipertensão do referido Centro de Saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra de 106 pessoas, 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%. Esse cálculo amostral foi embasado na literatura de *Rosner* (1995).

Conforme revela Cruz (2002), no intuito de se construir um conhecimento teórico sobre o processo saúde-doença em pessoas negras que compõem a nação brasileira, já se contempla a categoria cor/ raça em pesquisas envolvendo seres humanos, ainda que subnotificada, embora a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde exija a inserção do item cor/ raça na identificação das amostras nas pesquisas. Esse dado permite identificar a formação da identidade cultural, tanto individual quanto coletiva. No plano individual, o fato do indivíduo se autodeclarar da cor preta e/ou parda demonstra um sentimento de identificação associado a uma parcela cultural da população afro-brasileira que tem em comum uma herança histórica, cultural e social.

[†] Aquelas pessoas que se autodeclararam como “morenas” e “mulatas” foram considerados de cor parda.

Como o presente estudo investiga Crenças em Saúde, acredita-se que tais crenças tenham alguma especificidade relacionada à cor/raça negra, considerando suas origens, os processos de escravidão e exclusão social, as condições sócio-culturais e financeiras, e outras formas de vivência excludente, fatores estes que certamente exercem significativa influência nos comportamentos de saúde.

A prevalência e determinantes da hipertensão arterial nas pessoas negras e o fato da cidade de Salvador ser habitada predominantemente por pessoas da cor preta e parda justificam também o foco desta investigação privilegiar as crenças junto a esse grupo racial.

Segundo dados do Censo Demográfico 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população negra (preto e pardo) representa cerca de 45% da população brasileira. Ressalta-se que Salvador é a terceira cidade mais populosa do Brasil, constituída por 2.711.372 habitantes e, sobretudo, é a cidade com o maior número de afro descendentes fora da África.

Para se ter uma idéia dos índices populacionais brasileiros e melhor percepção comparativa, vale destacar que 23% de sua população é da cor branca; 20,4% da cor preta; 54,8% da cor parda; 0,3% da cor amarela; e 0,8% de origem indígena. Além disso, 82,8% da população do bairro da Liberdade, local onde se situa o Centro de Saúde utilizado como campo de estudo, é negra.

Lopes (1999) defende que a interação entre fatores biológicos e ambientais, assim como diferenças raciais parecem contribuir para formas mais graves da doença, bem como para maior risco de complicações em órgãos-alvo.

3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96, do CNS), que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Solicitou-se previamente a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Salvador para a realização da pesquisa no campo. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, sendo este credenciado pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa, obtendo parecer favorável conforme consta no protocolo nº 19/2006 (Anexos) da reunião do dia 28 de junho de 2006. Após aceitação do local de estudo

para a realização da pesquisa e aprovação do Comitê, foi procedida a coleta de dados. Aos participantes foram assegurados o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade.

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A Parte I (Apêndice B - parte I) é denominada “Caracterização dos participantes”, sendo composta por questões fechadas relacionadas a: sexo, cor autodeclarada, valor da pressão arterial, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, ocupação, religião, tempo de diagnóstico médico da hipertensão arterial, fatores de risco cardiovascular e doenças associadas, tratamento medicamentoso ou não medicamentoso para a hipertensão arterial e presença de sintomas da hipertensão arterial.

A Parte II (Apêndice B), denominada “Escala de Crenças”, foi extraída da tese de doutorado de Dela Coleta[‡] (1995) e obtida sua autorização para uso nesta pesquisa. Consiste numa escala de crenças sobre as barreiras e benefícios percebidos por uma pessoa sobre as medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial e/ou doença arterial coronariana.

A Escala 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, quais sejam: usar pouco sal na comida; comer menos gorduras; comer menos doce, menos açúcar; fazer exercícios várias vezes na semana; evitar preocupações; ter suas horas de lazer e diversão; ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação; procurar medir a pressão arterial; consultar o médico uma vez por ano; não

[‡] As escalas de crenças alcançaram índice *alfa de Cronbach* entre 0,56 e 0,90, com exceção de uma escala de barreiras percebidas no uso de medicamentos, o que demonstra a confiabilidade do instrumento.

fumar/parar de fumar; evitar bebidas alcoólicas; manter o peso ideal para a idade e a altura; tomar os remédios receitados pelo médico, quando doente.

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

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).

“A escala de *Likert* se baseia na premissa de que a atitude geral remete às crenças sobre o objeto da atitude, à força que mantém essas crenças e aos valores ligados ao objeto” (OLIVEIRA, 2001, p. 17).

3.6.2 Operacionalização

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista gravada. Para Lüdke e André (1986), esta técnica de coleta de dados permite a captação imediata e coerente das informações desejadas, com quase todo tipo de depoente, sobre os mais variados temas, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz para obter informações e colher fielmente os informes.

Os dados de caracterização dos participantes (Apêndice B – Parte I) foram obtidos na entrevista com os participantes, os valores da pressão arterial e o tempo de diagnóstico médico de hipertensão arterial foram coletados do cartão de registro do entrevistado fornecido pelo Centro de Saúde.

Para levantar dados da Escala de Crenças, cada participante foi orientado acerca das possibilidades de respostas para cada frase da escala referente às medidas de prevenção e controle: DT (discordo totalmente); D (discordo), I (indeciso); C (concordo em parte) e CT (concordo totalmente). Para facilitar a resposta dos participantes, foi criada a figura 1, na qual as cores verde, azul, rosa, amarela e vermelha correspondem, respectivamente, a discordo totalmente, discordo em parte, não sei, concordo em parte e concordo totalmente. Essa figura foi entregue ao participante para que pontuasse a sua resposta à medida que as frases iam sendo lidas.

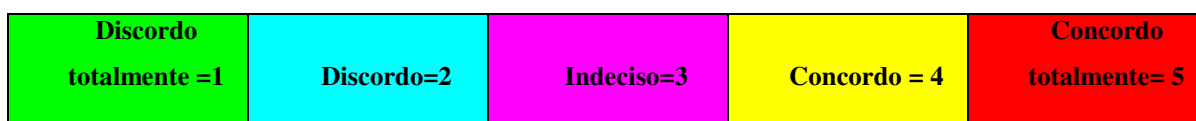


FIGURA 1: Pontuação da escala Likert

A coleta de dados foi realizada no período de 17 de julho a 27 de setembro de 2006, no período vespertino, devido à disponibilidade de salas para realização das entrevistas. Estas foram feitas pela pesquisadora e por uma aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFBA, bolsista PIBIC 2006, integrada a esse projeto de pesquisa e devidamente treinada.

Os participantes foram informados sobre a importância e os objetivos da pesquisa e a respeito do conteúdo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Somente após a assinatura do mesmo a entrevista foi iniciada. A proposta inicial era entrevistar pessoas que comparecessem às consultas marcadas com algum profissional da equipe multidisciplinar. Observou-se, porém, que muitas pessoas não aceitavam participar do estudo, receosas de perderem o horário da consulta agendada (para os profissionais do Centro de Saúde), e cuja marcação se fazia apenas uma vez no mês. Mesmo sob orientações de que não haveria esse risco, em geral, não aceitavam.

Dessa maneira, os participantes da pesquisa foram escolhidos de forma aleatória, enquanto aguardavam a verificação da pressão arterial ou a consulta pela equipe multidisciplinar. No momento de espera para verificação da pressão arterial, as pessoas que chegavam primeiro eram abordadas pela pesquisadora e/ou graduanda de enfermagem, as quais se apresentavam como pesquisadoras e perguntavam sobre a cor e o tempo de diagnóstico médico da hipertensão arterial.

Caso essas pessoas 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 quanto a participar da pesquisa; a seguir, lhes eram explicados os objetivos. Em caso de aquiescência, a pessoa era encaminhada para uma das salas disponíveis do Centro de Saúde e, após leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista era iniciada e gravada. Algumas pessoas,

durante a aplicação da escala de crenças, desistiram, justificando tal atitude pela demora da entrevista, sendo nesse caso excluídas do estudo. Ao término da entrevista, agradecia-se ao entrevistado a contribuição à pesquisa.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e digitadas nos formulários, em outro momento. Posteriormente, os dados foram codificados e registrados em uma base de dados do Programa Excel da versão *Microsoft Office xp*. Os dados foram transportados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package of Social Science*) e realizaram-se análises descritivas (índices percentuais, frequência de casos e escores) e análise inferencial (razão de prevalência).

3.7.1 Dados de Caracterização da Amostra

Os dados de caracterização da amostra foram analisados com base em números absolutos e percentuais (Apêndice B – Parte I).

3.7.2 Construção do indicador sobre crenças

Para análise do percentual de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados às treze medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, ver quadros de 1 a 13, no Apêndice B - Parte II. Para sua elaboração, procedeu-se da seguinte maneira:

- a) 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:
- Crenças sobre benefícios = valores da diferença das médias aritméticas abaixo de zero;
 - Crenças sobre barreiras = valores da diferença das médias aritméticas acima de zero;
 - 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 13 medidas de prevenção e controle foram associadas às três categorias do indicador crenças, para verificação da distribuição percentual.

3.7.3 Associação dos Fatores Sócio-demográficos ao Indicador Crença

Para as análises bivariadas, verificou-se a associação dos fatores sócio-demográficos ao indicador crença utilizando-se a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95%. Portanto, a RP foi utilizada para comparar os percentuais das categorias dos fatores sócio-demográficos (idade, sexo, renda familiar, escolaridade e estado civil) em relação à categoria crenças sobre benefícios percebidos pelos entrevistados. Valores de RP acima de um representaram maior percepção de benefícios e valores menores que um representaram menor percepção de benefícios. 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.

No próximo capítulo serão abordados os resultados relativos à pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE DADOS SOBRE À HIPERTENSÃO ARTERIAL

As características gerais dos 106 participantes do estudo estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Nota-se, na Tabela 1, que 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, que 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 \geq a 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%). Registra-se predomínio da religião católica (69,8%). Mais de 2/3 da amostra receberam o diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de um ano (80,2%); estavam em tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso (87,7%); apresentaram pressão arterial acima de 140/90 mmHg (82%); e referiram a presença de algum sintoma associado à elevação da pressão arterial (82%).

TABELA 1 - Caracterização dos participantes da amostra segundo dados sócio-demográficos e da pressão arterial. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Dados sócio-demográficos e sobre a hipertensão arterial	n	%
Sexo		
Homens	28	26,4
Mulheres	78	73,6
Idade (anos)		
<45	26	24,5
45 -54	26	24,5
≥54	54	51
Estado civil		
Sem companheiro	65	61,3
Com companheiro	41	38,7
Escolaridade		
Até 1º grau	67	63,2
2º grau	32	30,2
3º grau	7	6,6
Renda		
< 1 s.m	56	52,8
1 a 3 s.m	33	31,1
> 3 s.m	17	16,1
Situação laboral		
Ativos	71	67
Inativos	35	33
Religião		
Católico	74	69,8
Evangélico	32	30,2
Tempo de diagnóstico médico da hipertensão arterial		
6 meses - 1 ano	21	19,8
> 1 ano	85	80,2
Referência de tratamento medicamentoso ou não medicamentoso		
Sim	93	87,7
Não	13	12,3
Valores da pressão arterial no dia da entrevista		
PA ≥ 140/90 mmHg	87	82
PA ≤ 139/89 mmHg	19	18
Relato de sintomas da hipertensão arterial		
Sim	87	82
Não	19	18

4.2 CARACTERIZAÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E DOENÇAS ASSOCIADAS À HIPERTENSÃO ARTERIAL

**TABELA 2 - Caracterização dos participantes da amostra segundo alguns fatores de risco cardiovascular e doenças associadas à hipertensão arterial. (Salvador, Bahia, 2006).
(n=106)**

Fatores de risco e doenças associadas	n	%
Tabagismo		
Sim	10	9,5
Não	96	90,5
Sedentarismo		
Sim	79	74,5
Não	27	25,5
História familiar de doença arterial coronariana		
Sim	57	53,7
Não sabe	34	32,0
Não	15	14,3
Hipercolesterolemia		
Sim	44	41,5
Não sabe	46	43,4
Não	16	15,1
Diabetes Mellitus		
Sim	15	14,2
Não sabe	79	74,5
Não	12	11,3
Infarto agudo do miocárdio		
Sim	7	6,6
Não sabe	94	88,6
Não	5	4,8

Os 106 participantes do estudo foram questionados quanto à presença de alguns fatores de risco cardiovascular, doenças associadas e hábitos de vida. Verifica-se, na Tabela 2, que a maioria não fumava (90,5%), mas era sedentário (74,5%), isto é, não praticava atividade física regular, pelo menos três vezes por semana. Destaca-se ainda que mais da metade da amostra tinha, como fator de risco cardiovascular, história familiar de doença arterial coronariana. Quase metade (41,5%) informou hipercolesterolemia, mas, surpreendentemente, ainda 43,4% não sabiam se tinham alteração nos níveis séricos de colesterol. Ainda surpreendente foi a falta de informação dos participantes quanto a doenças associadas à hipertensão arterial, ou seja, 74,5% e 88,6% não sabiam, respectivamente, se eram diabéticos ou se haviam sofrido infarto agudo do miocárdio.

As treze próximas tabelas apresentam o percentual de crenças em saúde para os treze comportamentos associados às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial (Apêndice B – Parte II)

4.3 CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE AS BARREIRAS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os dados relativos à opinião dos 106 participantes quanto a usar pouco sal na comida estão apresentados na Tabela 3.

TABELA 3 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para usar pouco sal na comida. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados ao uso de pouco sal na comida	DT =1		D =2		I =3		C =4		CT =5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENSAL1- Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial	-	-	2	1,9	-	-	7	6,6	97	91,5
BENSAL2- O sal não faz bem à saúde	3	2,8	1	0,9	2	1,9	17	16	83	78,3
BENSAL3- Quem usa muito sal perde o paladar ou o apetite	9	8,5	10	9,4	12	11,3	23	21,7	52	49,1
BENSAL4- Usar pouco sal evita problemas renais	-	-	-	-	32	30,2	8	7,5	66	62,3
BENSAL5- Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos	-	-	2	1,9	1	0,9	5	4,7	98	92,5
BENSAL6- A comida salgada não é aconselhável para ninguém	1	0,9	3	2,8	1	0,9	13	12,3	88	83
BENSAL7- A comida com pouco sal é mais gostosa	33	31,1	21	19,8	1	0,9	18	17	33	31,1
BARSAL1- A comida com pouco sal não tem gosto	19	17,9	11	10,4	-	-	15	14,2	61	57,5
BARSAL2- Para a maioria das pessoas o sal não faz mal	41	38,7	15	14,2	8	7,5	21	19,8	21	19,8
BARSAL3- Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal	22	20,8	6	5,7	1	0,9	10	9,4	67	63,2
BARSAL4- Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade	4	3,8	3	2,8	1	0,9	12	11,3	86	81,1

A Tabela 3 apresenta 7 sentenças referentes à percepção de crenças em saúde sobre os benefícios associados ao uso de pouco sal na comida. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos maléficis do sal para a saúde (BENSAL 2 -

94,3%); para o aumento da pressão arterial (BENSAL 1 - 98,1%); e para problemas renais (BENSAL 4 - 69,8%). Além desses, 97,2% também concordaram em parte e totalmente que os médicos estão certos ao recomendarem o uso de pouco sal (BENSAL - 5); mais de dois terços da amostra acreditavam que o uso de muito sal leva à perda do paladar e do apetite (BENSAL 3 - 70,8%). Esses dados mostram o predomínio da percepção de benefícios referentes a usar pouco sal em 6 sentenças. Entretanto, metade da amostra discordou em parte ou totalmente que a comida com pouco sal é mais gostosa (50,9%), apontando essa sentença para a percepção de menos benefícios.

Consta também, na Tabela 3, a presença de 4 sentenças referentes à barreira para usar pouco sal, verificando-se para três delas mais percepção de barreira (BARSAL 1, 3 e 4); e, para uma delas, menos percepção de barreira (BARSAL 2). Assim, observa-se que 71,7% dos participantes concordaram em parte e totalmente que a comida com pouco sal não tem gosto, evidenciando a percepção de barreira a usar pouco sal e mostrando coerência com o fato da metade da amostra ter discordado em parte e totalmente que a comida com pouco sal é mais gostosa (BENSAL 7 - 50,9%).

A maioria dos participantes considerou que quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal (BARSAL 3 - 72,6%); e que para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade (BARSAL 4 - 92,4%), assim mostrando maior percepção de crenças sobre barreiras para usar pouco sal na comida.

As crenças em saúde relacionadas a barreiras e benefícios para comer com menos gordura constam da Tabela 4.

TABELA 4 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para comer menos gorduras. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a comer menos gordura	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENGOR1- A comida gordurosa produz colesterol	-	-	-	-	-	-	1	0,9	105	99,1
BENGOR2- A gordura faz mal à saúde	6	5,7	3	2,8	-	-	7	6,6	90	84,9
BENGOR3- A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão	1	0,9	3	2,8	2	1,9	17	16	83	78,3
BENGOR4- Comer muita gordura causa problemas no coração	1	0,9	-	-	-	-	5	4,7	100	94,3
BENGOR5- A gordura entope as artérias e veias	-	-	-	-	2	1,9	1	0,9	103	97,2
BENGOR6- A comida com gordura é ruim de gosto	29	27,4	23	21,7	3	2,8	14	13,2	37	34,9

BENGOR7- A gordura causa obesidade	-	-	-	-	1	9	5	4,7	100	94,3
BARGOR1- Algumas comidas com gordura são deliciosas	21	19,8	7	6,6	-	-	18	17	60	56,6
BARGOR2- A gordura não faz mal para a maioria das pessoas	61	57,5	11	10,4	8	7,5	7	6,6	19	17,9
BARGOR3- Comida sem gordura é ruim de gosto	35	33	8	7,5	2	1,9	18	17	43	40,6
BARGOR4- É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo	6	5,7	2	1,9	4	3,8	16	15,1	78	73,6
BARGOR5- Muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem	-	-	3	2,8	1	0,9	10	9,4	92	86,8
BARGOR6- Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar	10	9,4	1	0,9	1	0,9	14	13,2	80	75,5

A Tabela 4 apresenta 7 sentenças referentes a crenças sobre benefícios e 6 a barreiras associadas a comer com pouca gordura. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos maléficos da comida com gordura por produzir colesterol (BENGORD 1 - 100%); por fazer mal à saúde (BENGORD 2 -91,5%); por ser pesada e de difícil digestão (BENGORD 3 - 94,3%); por causar problemas cardiovasculares (BENGORD 4 - 99%) e (BENGORD 5 - 98,1%); e por causar obesidade (BENGORD 7 - 99%). Esses dados demonstram o predomínio de sentenças sobre a percepção de benefícios referentes a comer comida com menos gordura. Entretanto, quase metade da amostra discordou em parte ou totalmente quanto à sentença “a comida com menos gordura é ruim de gosto” (BENGORD 6- 49,1%), apontando a percepção de menos benefícios.

A percepção de menos benefícios quanto à crença de que a comida com menos gordura é ruim de gosto foi reforçada, identificando-se que mais da metade dos participantes percebeu barreiras quanto a essa sentença (BARGORD 3 - 57,6%) e pelo fato de 73,6% terem considerado que algumas comidas com gordura são deliciosas (BARGORD 1).

Se por um lado, como destacado acima, a maioria dos participantes viu mais benefícios para comer com menos gordura, também é verdade que houve menor discordância quanto aos prejuízos da comida com gordura (BARGORD 2 - 67,9%), indicando menor percepção de barreira.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo (BARGORD 4 – 88,7%); que muitas vezes não se tem escolha e a pessoa tem que comer o que está disponível (BARGORD 5 - 96,2%); e que é difícil mudar se uma pessoa está acostumada a comer gorduras (BARGORD 6 – 88,7%), indicando maior percepção de barreiras para comer comida com menos gordura.

O predomínio da percepção de crenças de menor benefícios ou maior barreira para comer comida com menos gordura foi predominantemente atrelado à redução do seu paladar, restrição na escolha do que comer e da mudança desse hábito de vida. Vale ressaltar que a baixa renda pode influenciar na crença de que muitas vezes não se tem escolha, a pessoa come o que tem, assim se constituindo uma barreira para comer com menos gordura.

TABELA 5 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para comer menos doce, menos açúcar. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a comer com menos doce, menos açúcar	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENDOCE1- O Açúcar engorda, causa obesidade	1	0,9	1	0,9	5	4,7	3	2,8	96	90,6
BENDOCE2- Comer pouco açúcar evita diabetes	1	0,9	1	0,9	1	0,9	5	4,7	98	92,5
BENDOCE3- Comer pouco açúcar é bom para a saúde	5	4,7	-	-	1	0,9	3	2,8	97	91,5
BENDOCE4- Se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não comê-los	18	17	6	5,7	-	-	26	24,5	56	52,8
BENDOCE5- Comer doces aumenta o açúcar no sangue	1	0,9	1	0,9	3	2,8	17	16	84	79,2
BENDOCE6- O açúcar engrossa o sangue	7	6,6	-	-	16	15,1	6	5,7	77	72,6
BARDOCE1- O açúcar não faz mal	61	57,5	15	14,2	-	-	20	18,9	10	9,4
BARDOCE2- A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los	12	11,3	6	5,7	2	1,9	21	19,8	65	61,3
BARDOCE3- Doce alimenta	20	18,9	9	8,5	8	7,5	28	26,4	41	38,7
BARDOCE4- Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade	15	14,2	5	4,7	-	-	19	17,9	67	63,2
BARDOCE5- Seria horrível se eu não pudesse comer doces	43	40,6	16	15,1	-	-	13	12,3	34	32,1

A Tabela 5 apresenta 6 sentenças referentes a crenças sobre benefícios e 5 a barreiras associadas a comer menos doce. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos prejuízos da comida com mais doce, considerando as crenças de que o açúcar engorda, e que causa obesidade (BENDOCE 1 -93,4%). Comer pouco açúcar evita diabetes (BENDOCE 2 - 97,2%); comer pouco açúcar é bom para a saúde (BENDOCE 3 - 94,3%); comer doces aumenta o açúcar no sangue (BENDOCE 5 - 95,2%); o açúcar engrossa o sangue (BENDOCE 6 - 78,3%).

Esses resultados demonstraram o predomínio da percepção de benefícios referentes a comer comida com menos doce. Todavia, 77,3% concordaram em parte e

totalmente com que se a pessoa gosta muito de doces é impossível não comê-los (BENDOCE 4), apontando a percepção de menor benefícios. A percepção de menor benefícios quanto à crença de que se a pessoa gosta muito de doces é impossível não comê-los (BENDOCE 4) foi confirmada, identificando-se que 71,7% dos participantes perceberam barreiras quanto a essa sentença (BARDOCE 1).

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que a pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los (BARDOCE 2 – 81,1%); doce alimenta (BARDOCE 3 – 81,1%); uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade (BARDOCE 4 – 81,1), indicando maior percepção de barreiras para comer comida com menos doce.

Mais da metade da amostra discordou em parte e totalmente que seria horrível não poder comer doce (BARDOCE 5 - 55,7%), apontando para menor percepção de barreira, mas ainda 44,4% perceberam maior crença sobre barreiras ao concordarem em parte ou totalmente com essa sentença.

Novamente, chamou a atenção que percepção de crenças em saúde de menor benefícios ou maior barreira para comer comida com menos doce foi associada às crenças em saúde que implicavam em mudanças de comportamento.

TABELA 6 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para fazer exercício. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a fazer exercício	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENEXERC1- Os exercícios mantêm a boa saúde	-	-	-	-	1	0,9	8	7,4	97	91,5
BENEXERC2- Praticar exercícios dá disposição, ânimo, energia e bem estar	1	0,9	-	-	2	1,9	4	3,8	99	93,4
BENEXERC3- Fazer exercício é bom pra circulação e o coração	1	0,9	-	-	1	0,9	-	-	104	98,1
BENEXERC4- Quem faz exercícios fica forte, desenvolve os músculos e melhora a condição física	1	0,9	-	-	1	0,9	3	2,8	101	95,3
BENEXERC5- Os exercícios são bons para manter a forma e o peso	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9	104	98,1
BENEXERC6- Quem faz exercícios evita o estresse e ajuda na saúde mental	-	-	1	0,9	-	-	5	4,7	100	94,3
BENEXERC7- Fazer exercícios é bom para as articulações (juntas)	1	0,9	3	2,8	-	-	1	0,9	101	95,3
BENEXERC8- Quem faz exercícios dorme melhor	1	0,9	-	-	16	15,1	8	7,5	81	76,4

BENSTRESS1- As preocupações prejudicam a saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100
BENSTRESS2- As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse	-	-	-	-	-	-	1	0,9	105	99,1
BENSTRESS3- Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada.	4	3,8	5	4,7	2	1,9	9	8,5	86	81,1
BENSTRESS4- As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto	-	-	-	-	1	0,9	3	2,8	102	96,2
BENSTRESS5- As preocupações causam desgaste físico e mental	-	-	-	-	1	0,9	4	3,8	101	95,3
BENSTRESS6- As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa	-	-	-	-	5	4,7	4	3,8	97	91,5
BARSTRESS1- É difícil viver sem preocupações	-	-	-	-	-	-	3	2,8	103	97,2
BARSTRESS2- Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem	-	-	-	-	-	-	5	4,7	101	95,3
BARSTRESS3- O trabalho não permite viver sem preocupações	4	3,8	1	0,9	1	0,9	4	3,8	96	90,6
BARSTRESS4- Quem tem família não consegue se despreocupar	2	1,9	-	-	2	1,9	7	6,6	95	89,6
BARSTRESS5- É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade	1	0,9	-	-	-	-	5	4,7	100	94,3

A Tabela 7 apresenta 6 sentenças referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 5 a barreiras associadas a evitar preocupações. Os participantes concordaram em parte e totalmente quanto aos danos provocados pelas preocupações (BENSTRESS 1 e 2 - 100% cada); (BENSTRESS 3 - 89,6%); (BENSTRESS 4 - 99%); (BENSTRESS 5 - 99,1%) e (BENSTRESS 6 - 95,3%), o que denotou maior percepção de benefícios para evitá-las.

Os participantes também concordaram em parte e totalmente que “é difícil viver sem preocupações” (BARSTRESS 1 – 100%); e que “os problemas financeiros não deixam que as pessoas se despreocupem” (BARSTRESS 2 – 100%). Nas demais sentenças, o predomínio da percepção de barreiras foi de 94,4% para “o trabalho não permite viver sem preocupações” (BARSTRESS 3); 96,2% para “quem tem família não consegue se despreocupar” (BARSTRESS 4); e 99% para “é difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade”.

Esses resultados mostraram que, a despeito dos benefícios desfrutados por um indivíduo capaz de evitar preocupações, as barreiras estão estreitamente ligadas à crença de que a preocupação é fator inerente à própria condição do ser humano e da vida, ou seja, enquanto ser humano ativo, que trabalha e se relaciona, inserido em um contexto social

muitas vezes adverso a uma vida digna. Nesse sentido, evitar preocupações é um desafio para o controle da saúde e prevenção de doenças, pois sofre influência do meio ambiente, dos comportamentos das pessoas e das condições de vida.

Nesse sentido, o stress foi apontado como um dos fatores mais nocivos à vida dos participantes, e também de difícil controle.

Tabela 8 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para ter horas de lazer e diversão. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a ter horas de lazer e diversão	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENLAZER1- O lazer serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça	-	-	-	-	1	0,9	2	1,9	103	97,3
BENLAZER2- Só quem tem tempo pode ter lazer	32	30,2	9	8,5	-	-	18	17	47	44,3
BENLAZER3- O lazer faz bem para a saúde física e mental	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100
BENLAZER4- O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida	-	-	-	-	-	-	3	2,8	103	97,2
BENLAZER5- O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranqüilo	1	0,9	-	-	-	-	2	1,9	103	97,2
BENLAZER6- A diversão dá energia para viver	-	-	-	-	2	1,9	2	1,9	102	96,2
BENLAZER7- O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo.	-	-	-	-	-	-	2	1,9	104	98,1
BARLAZER1- Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras	26	24,5	11	10,4	-	-	19	17,9	50	47,2
BARLAZER2- Só quem tem saúde pode se divertir ou passear	41	38,7	12	11,3	-	-	12	11,3	41	38,7

A tabela 8 mostra que os participantes perceberam crenças em saúde sobre benefícios para ter horas de lazer e diversão, considerando que esta prática serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça (BENLAZER 1 - 99,2%); o lazer faz bem para a saúde física e mental (BENLAZER 3 -100%); que o homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida (BENLAZER 4 -100%); o lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranqüilo (BENLAZER 5 - 99,1%); a diversão dá alegria para viver (BENLAZER 6 - 98,1%); e que o lazer deve ser equilibrado com trabalho (BENLAZER 7 - 100%). Apenas para a sentença “só quem tem tempo pode ter lazer” (BENLAZER 2), a porcentagem para discordo em parte e totalmente foi de 38,7%, havendo para esses participantes menor percepção de benefício.

Quase dois terços dos participantes concordaram em parte e totalmente que “não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras” ((BARLAZER 1- 65,1%), mostrando

maior percepção de barreira para ter horas de lazer e diversão. Metade dos participantes concordou em parte e totalmente e metade discordou em parte e totalmente quanto a “só quem tem saúde pode se divertir ou passear”. (BARLAZER 2)

Esses dados mostraram que os participantes valorizaram a importância dessa prática para esquecer os problemas e melhorar a qualidade de vida, salvo que a baixa condição sócio-econômica se constitui como uma barreira para a ação.

Tabela 9 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENRELAX1- O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo	1	0,9	-	-	1	0,9	2	1,9	102	96,2
BENRELAX2- O descanso dá tranqüilidade, ânimo e bem-estar	-	-	-	-	-	-	5	4,7	101	95,3
BENRELAX3- O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse	-	-	-	-	1	0,9	2	1,9	103	97,2
BENRELAX4- Descansar ou relaxar faz bem para a saúde	1	0,9	-	-	-	-	-	-	105	99,1
BENRELAX5- Quem trabalha deve descansar	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100
BENRELAX6- Vive mais quem tem tempo para descanso	2	1,9	1	0,9	26	24,5	12	11,3	65	61,3
BARRELAX1- Só descansa quem tem tempo	43	40,6	6	5,7	-	-	12	11,3	45	42,5
BARRELAX2- Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar	13	12,3	4	3,8	1	0,9	16	15,1	72	67,9
BARRELAX3- Quem trabalha muito, não consegue relaxar	22	20,8	11	10,4	1	0,9	13	12,3	59	55,7

A Tabela 9 apresenta 6 sentenças referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 3 a barreiras associadas a ter um tempo para o descanso, sossego, relaxamento e meditação.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos benefícios do descanso para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo (BENRELAX 1 -98,1%); por oferecer tranqüilidade, ânimo e bem-estar (BENRELAX 2 -100%); por aliviar as tensões e evitar o estresse (BENRELAX 3 - 99,1%); porque descansar ou relaxar faz bem para a saúde (BENRELAX 4 - 99,1%); porque quem trabalha deve descansar (BENRELAX 5 -100%); e porque vive mais quem tem tempo para o descanso (BENRELAX 6 – 72,6%).

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que só descansa quem tem tempo (BARRELAX 1 – 53,8%); que quem não está acostumado, não consegue

descansar (BARRELAX 2 – 83%); e que quem trabalha muito não consegue relaxar (BARRELAX 3 – 68%), indicando maior percepção de barreiras para esse comportamento.

Tabela 10 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para procurar medir a pressão arterial (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a procurar medir a pressão arterial	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENPA1- Deve-se saber o valor da pressão arterial para se prevenir de problemas	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9	104	98,1
BENPA2- Deve-se medir a pressão para se conhecer o estado de saúde	-	-	-	-	-	-	1	0,9	105	99,1
BENPA3- Deve-se saber como anda a pressão para evitar infarto	1	0,9	-	-	-	-	1	0,9	104	98,1
BENPA4- Cada pessoa deve conhecer a pressão para saber se é hipertensa	-	-	-	-	-	-	2	1,9	104	98,1
BENPA5- Deve-se conhecer a pressão para se viver mais	-	-	-	-	2	1,9	8	7,5	96	90,6
BARPA1- Quem se sente bem, não precisa medir a pressão	84	79,2	4	3,8	-	-	5	4,7	13	12,3
BARPA2- Não acho importante ou necessário conhecer o valor da pressão	97	91,5	5	4,7	-	-	3	2,8	1	0,9
BARPA3- Não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar	86	91,1	3	2,8	1	0,9	7	6,6	9	8,5
BARPA4- Para medir a pressão a pessoa tem que ter tempo	40	37,1	10	9,4	-	-	10	9,4	46	43,4
BARPA5- Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão	32	30,2	11	10,4	-	-	9	8,5	54	50,9

A maioria dos participantes percebeu crenças em saúde sobre benefícios para verificação da pressão arterial, considerando que conhecer o valor da pressão arterial informa o estado de saúde e previne problemas de saúde (BENPA 1 e 3 C e CT = 99% cada), BENPA 2 e 4 C e CT = 100% cada), BENPA 5 C e CT = 98,1%).

A maioria dos participantes discordou em parte e totalmente que quem se sente bem não precisa medir a pressão (BARPA 1 – 83,0%); que não é importante ou necessário conhecer o valor da pressão (BARPA 2 - 96,2%); e que não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar (BARPA 3 – 93,9%), indicando menor percepção de barreiras para verificar a pressão arterial.

Salienta-se que mais da metade dos participantes concordou ou concordou totalmente que para medir a pressão arterial a pessoa tem que ter tempo (BARPA 4 - 52,8%); e que ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão (BARPA 5 -59,4%), mostrando maior percepção de barreira.

Esses dados mostram que talvez os participantes não valorizem a importância do rigor na verificação da pressão arterial, ou seja, a verificação da pressão de forma correta.

Tabela 11 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para consultar o médico uma vez por ano. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a consultar o médico uma vez por ano Itens	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENMED1- Deve-se consultar o médico regularmente para se conhecer o estado de saúde	-	-	-	-	-	-	4	3,8	102	96,2
BENMED2- É bom consultar o médico para prevenir-se das doenças	-	-	-	-	-	-	7	6,6	99	93,4
BENMED3- Deve-se consultar o médico para tratar os problemas e evitar que piorem	-	-	-	-	-	-	5	4,7	101	95,3
BARMED1- Quem não sente nada não precisa ir ao médico	79	74,5	8	7,5	-	-	7	6,6	12	11,3
BARMED2- Só vai ao médico quem é preocupado com a saúde	8	7,5	2	1,9	1	0,9	17	16	78	73,6
BARMED3- Médico só em caso de necessidade	36	34	7	6,6	-	-	19	17,9	44	41,5
BARMED4- Gasta-se muito tempo com consultas e exames	10	9,4	1	0,9	-	-	14	13,2	81	76,4
BARMED5- Para ir ao médico todo ano é preciso ter dinheiro	41	38,7	15	14,2	-	-	11	10,4	39	36,8
BARMED6- Não acho importante consultar o médico todo ano	83	78,3	9	8,5	-	-	4	3,8	10	9,4
BARMED7- Ir ao médico é desagradável	38	35,8	9	8,5	-	-	15	14,2	44	41,5
BARMED8- Quem vai ao médico acha um monte de doenças	18	17	3	2,8	-	-	17	16	68	64,2
BARMED9- Os exames e tratamentos médicos são muito cansativos	20	18,9	-	-	1	0,9	19	17,9	66	62,3

A Tabela 11 apresenta 3 sentenças referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 9 a barreiras associadas a consultar o médico uma vez por ano. Chama a atenção o fato dos participantes concordarem em parte e totalmente em 100% quanto aos benefícios de consultar o médico uma vez por ano (BENMED 1, 2 e 3).

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que: só vai ao médico quem é preocupado com a saúde (BARMED 2 - 89,6%); deve-se procurar o médico só em caso de necessidade (BARMED 3 - 59,4%); gasta-se muito tempo com consultas e exames (BARMED 4 - 89,6%); ir ao médico é desagradável (BARMED 7 - 55,7%); quem vai ao médico acha um monte de doenças (BARMED 8 80,2%); e os exames e tratamentos médicos são muito cansativos (BARMED 9 - 80,2%), indicando maior percepção de barreiras.

A grande maioria discordou em parte e totalmente que “quem não sente nada não precisa ir ao médico” (BARMED 1 - 82%); e que “não é importante consultar o médico todo ano” (BARMED 6 - 86,8%); e 52,9% (BARMED 5) discordaram em parte e totalmente que

”para ir ao médico todo o ano é preciso ter dinheiro”. Esses resultados apontaram para menor percepção de barreiras.

A percepção de crenças em saúde relacionadas à barreira para consultar o médico uma vez por ano foram associadas ao custo do atendimento médico, ao dispêndio de tempo para exames e consultas, a possibilidade de defrontar-se com doenças e a natureza exaustiva dos exames e tratamentos. Pode-se inferir que ir ao médico implica em perder o trabalho, interromper atividades, gastar dinheiro e sofrer.

Tabela 12 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para não fumar ou parar de fumar. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a não fumar ou parar de fumar	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENFUMO1 - O cigarro prejudica a saúde	1	0,9	-	-	-	-	1	0,9	104	98,1
BENFUMO2 - O fumo prejudica o pulmão	-	-	1	0,9	-	-	-	-	105	99,1
BENFUMO3 - O fumo incomoda as outras pessoas	-	-	1	0,9	-	-	1	0,9	104	98,1
BENFUMO4 - O fumo tira o apetite	5	4,7	2	1,9	31	29,2	9	8,5	59	55,7
BENFUMO5 - As pessoas não foram feitas para respirar fumaça	-	-	-	-	-	-	3	2,8	103	97,2
BENFUMO6 - O fumo dá mau hálito	3	2,8	1	0,9	5	4,7	3	2,8	94	88,7
BARFUMO1 - É difícil acabar com o vício de fumar	17	16	4	3,8	20	18,9	12	11,3	53	50
BARFUMO2 - O cigarro prejudica a respiração e o fôlego	1	0,9	-	-	1	0,9	-	-	104	98,1
BARFUMO3 - Fumar moderadamente não faz mal	85	80,2	4	3,8	3	2,8	8	7,5	6	5,7
BARFUMO4 - Fumar faz mal ao coração e à circulação	-	-	1	0,9	-	-	-	-	105	99,1
BARFUMO5 - Fumar acalma e dá prazer	1	51	3	2,8	20	18,9	12	11,3	20	18,9
BARFUMO6 - Parar de fumar dá angústia	15	14,2	1	0,9	35	33	18	17	37	34,9

A Tabela 12 apresenta 6 sentenças referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 6 a barreiras associadas a não fumar ou parar de fumar .

Chamou também a atenção o fato dos participantes concordarem em parte e totalmente na sua grande maioria quanto aos benefícios de não fumar ou parar de fumar, reconhecendo que: o cigarro prejudica a saúde (BENFUMO 1 – 99%); o fumo prejudica o

pulmão” (BENFUMO 2 – 99,1%); o fumo incomoda as outras pessoas (BENFUMO 3 – 99%); o fumo tira o apetite (BENFUMO 4 – 64,2%); as pessoas não foram feitas para respirar fumaça (BENFUMO 5 – 100%); o fumo dá mau hálito (BENFUMO 6 – 91,5%).

Quanto às crenças em saúde sobre as barreiras para não fumar ou parar de fumar, a maioria dos participantes concordou em parte e totalmente em: ”é difícil acabar com o vício de fumar” (BARFUMO 1 – 61,3%); “o cigarro prejudica a respiração e o fôlego” (BARFUMO 2 – 98,1%); “fumar faz mal ao coração e à circulação” (BARFUMO 4 – 99,1%); e “parar de fumar dá angústia” (BARFUMO 6 – 51,9%).

Os participantes discordaram em parte e totalmente em mais de 50% nas sentenças: “fumar moderadamente não faz mal” (BARFUMO 3 – 84%); e “fumar acalma e dá prazer” (BARFUMO 5 – 53,8%), apontando menor percepção de barreira quanto a este comportamento. Estes resultados mostram que os participantes têm conhecimento dos malefícios provocados pelo fumo.

Tabela 13 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para evitar bebidas alcoólicas. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a evitar bebidas alcoólicas	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENBEBO1- O álcool faz mal à saúde	-	-	1	0,9	1	0,9	9	8,5	95	89,6
BENBEBO2- A bebida faz mal ao fígado e ao coração	1	0,9	-	-	1	0,9	7	6,6	97	91,5
BENBEBO3- A bebida prejudica o cérebro e os nervos	-	-	-	-	8	7,5	6	5,7	92	86,8
BENBEBO4- O álcool perturba a mente e altera o comportamento	4	3,8	1	0,9	13	12,3	13	12,3	75	70,8
BENBEBO5- Beber é um vício, uma fraqueza	6	5,7	16	15,1	6	5,7	27	25,5	51	48,1
BARBEBO1- Beber moderadamente não faz mal	47	44,3	3	2,8	5	4,7	7	6,6	44	41,5
BARBEBO2- Se eu tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica eu ia sofrer muito	65	61,3	7	6,6	3	2,8	11	10,4	20	18,9
BARBEBO3- Uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis	47	44,3	15	14,2	2	1,9	20	18,9	22	20,8
BARBEBO4- Eu não conseguiria ficar sem beber	73	68,9	7	6,6	1	0,9	12	11,3	13	12,3
BARBEBO5- É difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho	47	44,3	7	6,6	3	2,8	19	17,9	30	28,3

A Tabela 13 apresenta 5 sentenças referentes a crenças sobre benefícios e 5 a barreiras associadas a evitar bebidas alcoólicas.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos prejuízos do consumo do álcool para saúde, considerando as crenças de que “o álcool faz mal à saúde” e “a bebida faz mal ao fígado e ao coração” (BENBEBO 1 e 2 - 98,1%); “a bebida prejudica o cérebro e os nervos” (BENBEBO 3 - 92,5%); “o álcool perturba a mente e altera o comportamento”(BENBEBO 4 - 83,1%); e “beber é um vício, uma fraqueza”(BENBEBO 5 - 73,6%). Esses resultados demonstraram o predomínio da percepção de benefícios referentes a evitar bebida alcoólica. Todavia, mais da metade dos participantes discordaram em parte e totalmente que: se tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica, sofreria muito (BARBEBO 2 - 67,9%); uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis (BARBEBO 3 - 58,5%); não conseguiria ficar sem beber (BARBEBO 4 - 75,5%); e é difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho, evidenciando menor percepção de crenças em saúde sobre barreiras quanto a não beber.

Ainda 48,1% (BARBEBO 1) concordaram em parte e totalmente que beber moderadamente não faz mal; e discordou em parte e totalmente quanto às crenças em relação a mesma sentença (47,1%).

Pode-se notar que a percepção de crenças em saúde em relação a evitar bebidas alcoólicas mostrou que os participantes estão conscientes do controle dessa medida para evitar problemas de saúde.

Tabela 14 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para manter o peso ideal para a idade e altura. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a manter o peso ideal para a idade e altura	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENPESO1- Com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar	-	-	-	-	-	-	1	0,9	105	99,1
BENPESO2- O excesso de peso faz mal à saúde	2	1,9	-	-	1	0,9	2	1,9	101	95,3
BENPESO3- O excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa	2	1,9	2	1,9	-	-	2	1,9	100	94,3
BENPESO4- Quem está acima do peso pode ter problemas de coração	-	-	1	0,9	-	-	3	2,8	102	96,2
BENPESO5- É bom controlar o peso para manter a forma, ficar elegante	5	4,7	-	-	-	-	12	11,3	89	84
BENPESO6- O gordo tem problemas de coluna	-	-	1	0,9	-	-	9	8,5	96	90,6
BENPESO7- A obesidade é uma doença	-	-	1	0,9	4	3,8	9	8,5	92	86,8
BARPESO1- Perder peso é um sacrifício	18	17	3	2,8	2	1,9	14	13,2	69	65,1

BARPESO2- Emagrecer é muito difícil	16	15,1	2	1,9	2	1,9	14	13,2	72	67,9
BARPESO3- É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso	63	59,4	9	8,5	2	1,9	13	12,3	19	17,9
BARPESO4- A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer	16	15,1	1	0,9	-	-	10	9,4	79	74,5
BARPESO5- Não acho importante manter o peso	84	79,2	8	7,5	1	0,9	4	3,8	9	8,5

A Tabela 14 apresenta 7 sentenças sobre benefícios e 5 sobre barreiras para manter o peso ideal para idade e para a altura. Verificou-se o predomínio de crenças em saúde sobre benefícios para manter o peso ideal para a idade e para a altura considerando que os participantes concordaram em parte e totalmente que com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar (BENPESO 1 – 100%); o excesso de peso faz mal à saúde (BENPESO 2 – 97,2%); o excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa (BENPESO 3 – 96,2%); quem está acima do peso pode ter problemas de coração (BENPESO 4 – 99%); é bom controlar o peso para manter a forma, ficar elegante (BENPESO 5 – 95,3%); o gordo tem problemas de coluna (BENPESO 6 – 99,1%); a obesidade é uma doença (BENPESO 7 – 95,3%). Assim, perceberam benefícios para o controle do peso considerando o bem-estar, a preservação da mobilidade, locomoção e estética, e as complicações do excesso de peso.

Predominaram crenças em saúde mais relacionadas a barreiras ao concordarem em parte e totalmente que perder peso é um sacrifício (BARPESO 1 78,3%); que emagrecer é muito difícil (BARPESO 2- 81,1%); e que a pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer (BARPESO 4- 83,9%). Por outro lado, predominaram menor crenças sobre barreiras ao discordarem em parte ou totalmente que é melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso (BARPESO 3- 67,9%); e que a pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer (BARPESO 5- 86,7%).

Chamou a atenção que percepção de barreiras para manter o peso ideal foi mais associada a esforços pessoais que possam estar associados ou ao regime alimentar ou à prática de atividade física.

Tabela 15 - Participantes segundo crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para tomar os remédios receitados pelo médico. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Benefícios e barreiras associados a tomar os remédios receitados pelo médico	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BENREM1- O médico sabe o que faz, ele estudou pra isso	-	-	-	-	-	-	15	14,2	91	85,8

BENREM2- Deve-se tomar os remédios indicados para curar o problema	-	-	1	0,9	1	0,9	16	15,1	88	83
BENREM3- Deve-se confiar no médico	1	0,9	2	1,9	1	0,9	37	34,9	65	61,3
BARREM1- Remédios são sempre um veneno, não são naturais	39	36,8	8	7,5	2	1,9	38	35,8	19	17,9
BARREM2- Não é bom confiar totalmente nos médicos	49	46,2	15	14,2	5	4,7	23	21,7	14	13,2
BARREM3- Em geral os remédios são muito caros	1	0,9	-	-	1	0,9	16	15,1	88	83

Quanto às crenças em saúde, relacionadas a tomar os remédios receitados pelo médico, predominou a percepção de benefícios nas três sentenças (BENREM 1 100%; BENREM 2 - 98,1%, BENREM 3 - 96,2%), ao considerarem que o médico sabe o que faz porque estudou para isso, que os remédios podem curar o problema e que se deve confiar no médico. Assim como os participantes perceberam benefícios para confiar nos médicos (BENREM 3), perceberam menor barreiras (BARREM 2 - 60,4%) também para depositar a confiança nesse profissional.

Predominaram crenças em saúde mais relacionadas a barreiras, ao concordarem em parte e totalmente que remédios são sempre um veneno, não são naturais (BARREM 1 - 53,7%); e que os remédios são muito caros (BARREM 3 - 98,1%). É provável que a baixa condição sócio-econômica tenha influenciado esta crença.

4.4 FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À CATEGORIA CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE BENEFÍCIOS DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Tabela 16 apresenta as três categorias de crenças em saúde sobre benefícios e barreiras relacionados às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial.

Tabela 16 – Categorias das crenças em saúde sobre barreiras e benefícios segundo as medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. (Salvador, Bahia, 2006). (n=106)

Treze medidas de prevenção e controle da Hipertensão Arterial	Categoria: Crenças sobre benefícios		Categoria: indecisos na percepção de crenças sobre benefícios e barreiras		Categoria: Crenças sobre barreiras	
	n	%	n	%	n	%
Medir a pressão arterial	106	100	-	-	-	-
Manter o peso ideal	102	96,2	-	-	4	3,8
Ir ao médico 1 vez/ano	101	95,3	-	-	5	4,7

Evitar ou parar de fumar	100	94,3	3	2,9	3	2,8
Comer menos doce	97	91,5	1	1	8	7,5
Evitar bebida alcoólica	90	84,9	4	3,8	12	11,3
Fazer exercícios físicos	89	80,1	6	5,7	11	14,2
Comer comida menos gordurosa	86	81,1	1	0,9	19	18
Tomar remédio	85	80,1	6	5,7	15	14,2
Usar menos sal	73	68,9	1	0,9	32	30,2
Ter horas de lazer e diversão	71	67	21	19,8	14	13,2
Fazer relaxamento	69	65,1	25	23,6	12	11,3
Evitar preocupação	18	17	67	63,2	21	19,8

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 a maioria das treze medidas de prevenção e controle da doença. Apesar disso, a Tabela 1 mostrou que a maioria dos participantes não tinha a pressão arterial controlada (82%).

Destaca-se que a totalidade dos participantes percebeu benefícios para a medida da pressão arterial. Todavia, chamou a atenção o fato de aproximadamente 2/3 da amostra ficarem indecisos quanto à importância de evitar preocupação (63,2%); e ainda 19,8% perceberem crenças em saúde sobre barreiras para esse comportamento. Ainda é relevante considerar que quase 1/3 da amostra foi classificada na categoria crenças em saúde sobre barreiras no que se refere a usar menos sal.

As Tabelas 17, 18, 19, 20 e 21 mostram os fatores sócio-demográficos associados às percepções de crenças em saúde sobre benefícios (categoria benefícios), segundo as doze medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. Ressalta-se que não foi verificada a associação da medida da PA aos fatores sócio-demográficos porque os 106 participantes foram unânimes quanto à percepção de benefícios para verificação da pressão arterial (Tabela 16).

Nota-se, nas Tabelas 17 (p. 80), 18(p.80), 19 (p. 81), 20 (p. 81), 21 (p. 82), que em relação às mulheres os homens perceberam 3% menos crenças em saúde sobre benefícios quanto ao uso do sal (RP=0,97); 7% menos crenças em saúde sobre benefícios quanto a evitar o consumo de gordura (RP=0,93); e 5% menos crenças em saúde sobre benefícios quanto a comer menos doce, menos açúcar (RP=0,95); 5% menos crenças em saúde sobre benefícios quanto ao uso de medicamentos (RP=0,95); 1% menos crenças em saúde sobre benefícios quanto a parar de fumar (RP=0,99); e 17% menos crenças em saúde quanto a não consumir bebidas alcoólicas (RP=0,83). Conseqüentemente, as mulheres perceberam mais benefícios

quanto a essas medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. Por outro lado, as mulheres perceberam menor crenças em saúde sobre benefícios quanto ao estresse (evitar preocupação; ter horas de lazer e diversão e relaxamento) e praticar atividade física e manter o peso ideal, consulta médica. Embora exista uma tendência de homens e mulheres perceberem de modo diferente maior ou menor benefícios quanto aos doze comportamentos de saúde, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Esses dados parecem indicar que o gênero influencia a percepção de crenças em saúde.

Com relação à idade, vimos que as pessoas na faixa etária < 45 anos, em relação àquelas com idade \geq a 54 anos, perceberam 24% menos benefícios quanto ao uso do sal (RP=0,76); 3% menos benefícios quanto ao consumo de gordura (RP=0,97); 4 % menos benefícios quanto a procurar o médico 1 vez /ano (RP=0,96) e 8% menos benefícios quanto ao uso de remédio(RP=0,92); 39% menos benefícios quanto a evitar preocupação (RP=0,61); 5% menos benefícios quanto a manter o peso ideal (RP=0,95), 2% menos benefícios quanto a evitar o fumo (RP=0,98); e 6% menos benefícios quanto a evitar bebida alcoólica (RP=0,94). Assim, com relação aos doze comportamentos de saúde, observou-se que as pessoas com menos de 45 anos perceberam mais benefícios quando comparadas àquelas na faixa etária \geq 54 anos apenas em três comportamentos: fazer relaxamento (RP=1,26); ter horas de diversão e lazer (RP=1,29); e praticar exercícios físicos (RP=1,04). Apreende-se que existe uma tendência de pessoas mais jovens perceberem menor crenças em saúde sobre benefícios para adoção das medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial.

Quanto à escolaridade, as pessoas com até o 1º grau, em relação àquelas com 3º grau, perceberam 3% menos benefícios quanto ao uso de sal (RP=0,97); 9% menos benefícios quanto ao consumo de gordura (RP=0,91); 8 % menos benefícios quanto a procurar o médico 1 vez /ano (RP=0,92); e 6% menos benefícios quanto ao uso de remédio (RP=0,92); 42% menos benefício quanto a evitar preocupação (RP=0,58); 16% menos benefícios quanto a ter horas de diversão e lazer (RP=0,84); 29% menos benefícios quanto a fazer relaxamento (RP=0,71); 6% menos benefícios quanto a praticar exercícios físicos (RP=0,94); 1% menos benefícios quanto a não fumar (RP=0,99). Assim, perceberam menor benefícios em nove comportamentos de saúde, exceto naquele referente a manter peso ideal (RP=1,07) e evitar o consumo de álcool (RP=1,02). Os participantes com escolaridade até o 1º grau, em relação àqueles com 3º grau, perceberam igualmente benefícios para comer menos doce (RP=1,0). Salienta-se que a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os comportamentos fazer relaxamento (IC 95% = 0,55; 0,93); e consultar o médico uma vez por ano (IC 95% = 0,86; 0,99). Esses dados mostram que parece haver uma associação entre baixa

escolaridade e menor percepção de crenças em saúde sobre os benefícios dos comportamentos de saúde.

Quanto ao estado civil, pessoas sem companheiros, em relação às com companheiros, perceberam maior crenças em saúde sobre benefícios apenas em dois comportamentos de saúde, a saber: evitar gordura (RP=1,09); e praticar exercícios (RP=1,03). Assim, perceberam 3% menos benefícios quanto ao uso de sal (RP=0,97); 5% menos benefícios quanto ao consumo de doces (RP=0,95); 8 % menos benefícios quanto a procurar o médico 1 vez /ano (RP=0,92); e 5% menos benefícios quanto ao uso de remédio (RP=0,95); 1% menos benefícios quanto a evitar preocupação (RP=0,99); 3% menos benefícios quanto a ter horas de lazer e diversão; 2% menos benefícios quanto a fazer relaxamento (RP=0,98); 1% menos benefícios quanto a evitar o fumo (RP=0,99); e 3% menos benefícios quanto a evitar bebida alcoólica (RP=0,97); e 5% menos benefícios para manter o peso ideal (RP=0,94). Destaca-se que houve uma diferença estatisticamente significativa para o comportamento consultar o médico uma vez por ano (IC95% = 0,86; 0,99). Esses resultados também revelam uma tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para pessoas sem companheiro.

Quanto à renda familiar mensal, as pessoas com menor renda (menor que 1 salário mínimo), em relação às pessoas com renda mensal superior a 3 salários mínimos, perceberam menor benefícios para 9 dos doze comportamentos de saúde, exceto para evitar o consumo de álcool (RP=1,06). Assim, as pessoas com essa renda menor perceberam 10% menos benefício para evitar o consumo de sal (RP=0,90); 17% menos benefícios quanto ao consumo de comida com gordura (RP=0,83), sendo essa diferença estatisticamente significativa (IC= 0,69; 0,99); 5 % menos benefícios quanto a procurar o médico 1 vez /ano (RP=0,95) e 1% menos benefícios quanto ao uso de remédio receitado pelo médico (RP= 0,99), 29% menos benefícios quanto a evitar preocupação (RP=0,71); 13% menos benefícios quanto a ter horas de lazer e diversão (RP= 0,87); 13% menos benefícios quanto a fazer relaxamento (RP=0,87); 2% menos benefícios quanto a parar de fumar (RP=0,98); 3% menos benefícios para manter o peso ideal (RP=0,97). Tanto aquelas que recebiam menos que um salário mínimo quanto as que recebiam mais de três perceberam igualmente crenças em saúde sobre benefícios em relação a comer menos doce (RP=1,0); e praticar exercício físico (RP=1,0). Notou-se também uma tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios quando a renda é menor.

Tabela 17 - Fatores sócio-demográficos 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)
45l-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)

Tabela 18 – Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao controle médico. (Salvador, 2006).

(n=106)

Variáveis	Controle médico							
	Consulta médica 1 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)
45l-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 19 – Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao estresse. (Salvador, 2006).

(n=106)

Estresse												
Variáveis	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 20 - Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação a álcool e fumo. (Salvador, 2006).

(n=106)

Bebida alcóolica e fumo								
Variáveis	Evitar o consumo do 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 21 - Fatores sócio-demográficos associados à categoria crenças sobre benefício em relação a peso e exercício. (Salvador, 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

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, 106 adultos negros e hipertensos foram entrevistados no Centro de Saúde do bairro Liberdade, no município de Salvador, com o objetivo de analisar as suas crenças em saúde, relacionadas às barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. Esse grupo de pessoas pode ser caracterizado, predominantemente, por mulheres (73,6%), com idade mediana de 54 anos, com baixo nível de escolaridade e renda média mensal muito baixa. A maioria dos participantes não contava com companheiro e exercia alguma atividade laboral.

No estudo de Sousa (1999), as pessoas hipertensas e que mais procuraram assistência eram mulheres. Segundo a mesma autora, o setor público atende mais indivíduos idosos, mulheres e crianças, ficando o setor privado e de convênios-empresa para atender à maioria da população economicamente ativa, nesse caso, os homens. Guedes et al. (2005) mostraram maior presença de mulheres nos programas de hipertensão arterial e justificam que isso parece ser resultado de uma característica de gênero que evidencia maior preocupação e compromisso das mulheres quanto ao cuidado da sua saúde e da família, acrescido das mudanças pelas quais elas têm passado nos últimos anos. Também o fato de saírem de casa para trabalhar e acumularem funções de profissional, dona de casa, mãe e esposa, as quais parecem ter favorecido, comprovadamente, o aumento da incidência das doenças cardíacas em mulheres.

Os participantes do estudo estavam na faixa etária do adulto jovem (24,5%) ou médio (24,5%) e 51% tinham mais que 54 anos. Os resultados apresentados correspondem à literatura, que aponta a idade como um fator que favorece o surgimento do quadro hipertensivo, variando entre a faixa etária de 40 a 60 anos (LUNA FILHO, 1998; CAR; CASTRO, 1999; SIQUEIRA, 2002; RODRIGUES, 2003; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; LEITE; MACHADO; STIPP, 2005).

Os dados referentes ao gênero e à idade deste estudo coincidem com a pesquisa de Santos et al. (2005), onde a grande maioria dos entrevistados hipertensos (75,4 %) tinha uma média de idade igual e/ou superior a 50 anos e 72,6% da amostra era constituída de mulheres.

Quanto à escolaridade, os participantes caracterizaram-se pelo baixo nível de formação escolar, pois quase 2/3 da amostra tinham até o 1º grau. Apenas 7 (6,6%) chegaram ao ensino superior. A baixa escolaridade, predominante no universo deste estudo, deve ser

considerada na escolha das estratégias para orientação e abordagem das consultas individuais. Para Castro e Car (2000), deficiências na formação escolar podem trazer dificuldade para a assimilação das orientações dispensadas pelos profissionais e influenciar na percepção da gravidade da doença, levando à aquisição de informações incompletas sobre os aspectos necessários para manter ou melhorar o seu bem-estar e evitar a ocorrência de crises hipertensivas.

Com relação ao estado civil, mais da metade dos participantes (61,3%) responderam que não tinham companheiros(as). O estudo de Chor (1998) mostrou que pessoas hipertensas e com companheiros apresentam duas vezes maior chance de estarem sob tratamento quando comparados às sem companheiros. Isso é justificável, se for considerada a possibilidade de incentivo do companheiro para fazer dieta, tomar remédios e o seu acolhimento, dentre outros fatores.

Quanto à renda familiar, cerca da metade deles (52,8%) sobrevivia com menos de um salário mínimo, ou seja, predominou a baixa renda. A baixa renda pode ser um fator restritivo ao seguimento do tratamento da hipertensão arterial, considerando a necessidade de adquirir alimentos, medicamentos, freqüentar uma academia para a prática de exercícios físicos, ter lazer e diversão, etc. Somado a isso, a baixa renda pode ser elemento de estresse se essa for insuficiente para a subsistência básica.

Almeida Filho e Rouquayrol (2006) revelam a influência das questões sociais na determinação de doenças e mostram que pessoas de baixo nível socioeconômico geralmente apresentam precárias condições de saúde, expressando altos coeficientes de morbimortalidade para as doenças cardiovasculares. A variável que determina o padrão sócioeconômico está ligada ao conceito de *status* social e se aplica ao processo saúde-doença de um indivíduo ou de uma coletividade.

De acordo com a situação laboral dos participantes do estudo, 67% eram ativos, ou seja, exerciam alguma atividade profissional, seja formal ou informalmente, enquanto 33% eram inativos. Como inativos consideram-se as pessoas desempregadas, aposentadas, afastados do Instituto Nacional de Seguridade Social. Embora, de acordo com a Portaria Nº 397, de 09 de outubro de 2002, que aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002 do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2006c), a atividade doméstica não seja qualificada como profissional, consideram-se as mulheres donas de casa como ativas, em virtude das demandas do trabalho doméstico.

Quanto à religião, houve predomínio da católica (69,8%) em relação à evangélica (30,2%). No estudo de Bastos e Borenstein (2004), pôde ser identificado, pelas pessoas

entrevistadas, que a religiosidade poderia contribuir no controle da hipertensão arterial. Para Selli (1998), durante significativo tempo da história da humanidade a doença esteve ligada a uma perspectiva religiosa, que percebia os males que afligiam os seres humanos como um castigo dos deuses. E a saúde como dádiva aos seguidores do bem.

Referente ao tempo de diagnóstico médico da hipertensão arterial, 19,8% dos entrevistados informaram que tinham a doença há menos de um ano, iniciando o tratamento em seguida, enquanto 80,2% dos entrevistados tinham uma experiência de convívio mais prolongado com a doença, em virtude de serem hipertensos há mais de um ano.

A maioria das pessoas entrevistadas estava em tratamento medicamentoso e/ ou não medicamentoso (87,7%). Considerando que a maioria dos entrevistados teve diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de seis meses, e que estava em tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, por período maior que seis meses, pode-se supor que interagiram com orientações da equipe multidisciplinar referente à prevenção e ao controle da hipertensão arterial. Todavia, Rodrigues (2003, p. 110) constatou que “[...] a dificuldade em aderir ao tratamento foi comum à maioria dos entrevistados, independentemente do tempo do quadro hipertensivo”.

Apesar de 87,7% dos participantes informarem que estavam em tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, verificou-se que 82% da amostra apresentaram $PA \geq 140/90$ mmHg e 18% $PA \leq 139/89$ mmHg. Segundo Sanchez, Pierin, Mion Jr. (2004), a falta de controle da pressão arterial, mesmo em indivíduos acompanhados regularmente, é freqüente e isso pode ser associado à falta de adesão ao tratamento por diferentes razões, entre elas os hábitos de vida e culturais, crenças, a cronicidade e ausência de sintomas, efeitos indesejáveis das drogas e acesso ao tratamento.

Com relação aos sintomas, 82% das pessoas entrevistadas relataram apresentá-los, os quais se caracterizaram por cefaléia, dor na nuca, taquicardia, dor nas pernas, dor no peito e tontura. Das 32 pessoas do estudo de Péres, Magna e Viana (2003), 72% também referiram sintomas, sendo que, desses, 56% indicaram de um a três sintomas.

Se por um lado a presença de sintomas pode indicar maior severidade e susceptibilidade à doença hipertensiva, a ausência de sintomas pode significar a inexistência da doença. O estudo realizado por Chor (1998) sobre hábitos de vida e tratamento, entre funcionários hipertensos de banco estatal no Rio de Janeiro, mostrou que a baixa adesão ao tratamento estava relacionada à dificuldade de convencê-los de que estavam sob risco na ausência de sintomas, de que tinham uma doença, especialmente quando o rótulo da

hipertensão implica na mudança de hábitos de vida considerados prazerosos, ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre.

Diversos estudos epidemiológicos têm associado os níveis pressóricos elevados a: obesidade, alta ingestão de sódio, consumo excessivo de álcool e sedentarismo. Outros fatores de risco interagem com a pressão arterial para aumentar o risco de doenças cardiovasculares, tais como o tabagismo e as dislipidemias (JARDIM, MONEGO, REIS, 2004). Os riscos de complicações cardiovasculares aumentam paralelamente ao aumento da pressão arterial quando este é somado a outros fatores de risco como hereditariedade, tabagismo, dislipidemia e diabetes mellitus (CHOR et al., 1995).

Quanto ao hábito de fumar, apenas 9,5% das pessoas estudadas eram tabagistas, mostrando que esta amostra está menos exposta a esse fator de risco. Todavia, é sempre relevante alertar quanto aos benefícios de não fumar visando à prevenção secundária.

Mais da metade dos entrevistados (53,7%) tinha história familiar de doença arterial coronariana. Apenas 6,6% dos participantes da amostra tiveram infarto prévio. Esses dados mostram que se deve considerar a importância de se prevenir os agravos nesse grupo, no propósito de reduzir as chances de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Apenas 25,5% da amostra realizavam algum tipo de atividade física. Identificou-se na caminhada a atividade física mais praticada pelos entrevistados, o que era previsto em razão da baixa renda. Como parâmetro de avaliação dessa variável, foi considerado como hábito adequado àquelas pessoas que realizavam atividade física no mínimo três vezes por semana, com o tempo estimado de trinta minutos.

A prevalência de sedentarismo foi elevada, apesar da estratégia utilizada para mensuração ser inferior à recomendação preconizada pelas V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial de 2006 (todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas, de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana). Faz-se necessário que os profissionais de saúde, além de orientar sobre a importância dessa prática, motivem e incentivem as pessoas hipertensas para a realização de exercícios físicos benéficos ao controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares.

O combate ao sedentarismo é um processo de fundamental importância para preservação e para a conquista da saúde. A prática da atividade física, inclusive a caminhada, libera as endorfinas, enzimas que provocam relaxamento e promove um intenso bem-estar físico e emocional, contribuindo também para a diminuição da pressão arterial (BASTOS; BORENSTEIN, 2004).

Chamou a atenção o fato de pessoas entrevistadas desconhecerem a presença ou não de seus fatores de risco: 74,5% não sabiam se eram diabéticas; 32% desconheciam a presença de Doença Arterial Coronariana na família; e 88,6% não sabiam se tinham infarto prévio. Isso denota que não estavam devidamente conscientes de sua condição de saúde. Considerando que os riscos de complicações cardiovasculares aumentam paralelamente ao aumento da pressão arterial e à associação de outros fatores de risco, como hereditariedade, tabagismo, dislipidemia e diabetes mellitus (Chor et al., 1995), é essencial o conhecimento, por parte das pessoas que os têm, visando à prevenção e ao controle de agravos à saúde.

A análise das crenças em saúde mostrou, entre as sentenças associadas à percepção de benefícios para usar pouco sal na comida, o predomínio de benefícios, considerando os malefícios que o excesso de sal traz à saúde, o aumento da pressão arterial, e a perda do paladar e do apetite (Tabela 3). Embora os participantes pouco tenham discordado dos maléficis do sal perceberam maior crenças sobre barreiras e menor crenças sobre benefícios para a comida pouco palatável quando preparada com pouco sal. Assim, optar pela comida preparada com pouco sal implica em fazer esforço, ter menos prazer, e ter que estar envolvido no preparo do alimento. Nesse sentido, as pessoas precisam ser ajudadas a utilizar outros elementos culinários no preparo dos alimentos, como por exemplo, uso de mais limão, vinagre e azeite doce ao invés do sal, a fim de melhorar o sabor da comida.

Vale ressaltar que a culinária nordestina, mais especificamente a baiana, é rica em pratos tradicionais preparados com muito sal, muita gordura e muitos 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 usar pouco sal na comida.

A análise das crenças em saúde mostrou, entre as sentenças associadas à percepção de benefícios para comer com pouca gordura, o predomínio de benefícios devido aos danos que acarreta (Tabela 4). Todavia, a percepção de menor benefícios quanto à crença de que a comida com menos gordura é ruim de gosto foi reforçada, identificando-se que mais da metade dos participantes percebeu barreiras quanto a essa sentença (BARGORD 3 - 57,6%), e pelo fato de 73,6% terem considerado que algumas comidas com gordura são deliciosas (BARGORD 1).

Entretanto, ainda quase metade da amostra discordou em parte e totalmente quanto à sentença “a comida com menos gordura é ruim de gosto” (BENGORD 6- 49,1%), o que aponta para uma menor percepção de benefícios. Se por um lado, como destacado acima, a maioria dos participantes viu mais benefícios para comer com menos gordura, também é

verdade que houve menor discordância quanto aos prejuízos da comida com gordura (BARGORD 2 - 67,9%), indicando menor percepção de barreira.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo (BARGORD 4 – 88,7%), que muitas vezes, por não dispor de escolhas, a pessoa tem que comer o que se encontra disponível (BARGORD 5 - 96,2%) e que é difícil mudar se uma pessoa está acostumada a comer gorduras (BARGORD 6 – 88,7%), indicando maior percepção de barreiras para comer comida com menos gordura.

O predomínio da percepção de crenças de menor benefício ou maior barreira para comer comida com menos gordura foi predominantemente atrelado à diminuição do seu paladar, à restrição na escolha do que comer e da mudança desse hábito de vida. Vale ressaltar que a baixa renda pode influenciar na crença de que muitas vezes, porque não há o que escolher, a pessoa come o que existe e, desse modo, estes fatos se constituem em barreira para evitar comida com menos gorduras.

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”. Dos treze comportamentos avaliados apenas para o comportamento “evitar preocupação”, 63,2% dos entrevistados foram classificados na categoria “indecisos quanto às crenças em saúde sobre benefícios e barreiras” e 19,8% na categoria “crenças em saúde sobre barreiras”. O predomínio da categoria crenças em saúde sobre benefícios parece constituir-se em um importante indicador para a adesão, pois, de acordo como 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 são capazes de reduzir sua suscetibilidade ou severidade da doença. De acordo com o Modelo, as crenças em saúde sobre barreiras podem ser impeditivas para que a pessoa tome decisões relacionadas à prevenção e ao controle de doenças.

Os participantes foram unânimes na percepção de crenças em saúde favoráveis para medida da pressão arterial. Chamou atenção o fato de 100% dos participantes da amostra terem percebido crenças em saúde sobre benefícios para esse comportamento, revelando que esse é um parâmetro valorizado por eles como forma de indicar o seu controle. Alvarce, Mion Jr e Pierin (2000) destacam a importância da medida da pressão arterial para detecção precoce da hipertensão arterial e sugerem que essa aferição seja realizada em todas as consultas médicas, independente da especialidade, pois se trata de um procedimento simples, fácil de ser executado e, se realizado corretamente (conforme as recomendações das V

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2006), é uma das maneiras mais rápidas, seguras e eficazes de se detectar a doença.

Dela Coleta (1995), ao estudar todas as variáveis do Modelo de Crenças em saúde como preditor de Comportamento de Saúde junto a 50 homens hipertensos, residentes na cidade de Uberlândia - MG, também encontrou, com maior frequência, crenças em saúde sobre benefícios quanto a: usar menos sal (58%); usar menos gordura (55%); ter horas de lazer e diversão (73%); ter descanso (90%); evitar preocupação (67%); medir a pressão arterial (90%); consultar o médico (86%); evitar ou parar de fumar (83%); tomar remédios receitados pelo médico (74%); e fazer exercícios físicos (66%). Diferentemente dos resultados obtidos nesta dissertação, a autora referida encontrou maior percepção de crenças em saúde sobre barreiras para evitar bebida alcoólica (63%), manter o peso ideal (73%) e usar menos doce (66%).

Apesar do predomínio da categoria crenças em saúde sobre benefícios, para usar menos sal, é preocupante o fato de que 30,2% da amostra terem percebido barreiras para usar menos sal. Com a redução da ingestão do sal na dieta, além da redução da pressão arterial, alguns estudos demonstraram também benefícios na queda de mortalidade por acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda. A restrição do sal na dieta pode ainda reduzir a excreção urinária de cálcio, contribuindo para a prevenção da osteoporose em idosos. De maneira geral, essa recomendação não é indicada apenas para pessoas hipertensas, mas para a população de um modo geral (CARVALHAES; SALGADO, 2003).

Para a pessoa hipertensa, é importante uma dieta equilibrada, com reduzido teor de sódio, baixos níveis de gordura saturada e restrição ao açúcar refinado. Contudo, ao focar sobre a reeducação alimentar, é preciso levar em conta que, para muitas pessoas, o comer, entre as providências voltadas à manutenção da saúde, é das mais importantes da vida, podendo ser sentido como um prazer, uma grande compensação ou até mesmo como uma forma de sublimação de seus problemas (BATISTA, CARVALHO, 1999; BORENSTEIN; BASTOS, 2004).

A dificuldade para redução do consumo de sal também foi verificada por Bucher, Lima e Oliveira Lima (2004). Eles observaram que um grupo de pessoas hipertensas e carentes de um conjunto habitacional metropolitano do município de Caucaia, em uma área da periferia de Fortaleza-CE, sentiram satisfação com a ingestão de alimentos com sal (48%) e 14% afirmaram que se sentiram mal ou muito mal em deixar de ingerir comidas com sal. Com

relação a deixar de consumir gorduras, 55% das pessoas afirmaram se sentir bem e 12% muito bem.

Ainda chama a atenção que 63,2% dos participantes ficaram indecisos quanto ao benefício de evitar preocupação para o controle da hipertensão arterial, considerando que as tensões e preocupações da vida diária constituem-se em fator de risco para o aumento da pressão arterial. Todavia, há que se destacar que parece difícil a pessoa querer se afastar, evitar, ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à vida, uma preocupação vital (GANDARILHAS; CÂMARA; SCARPARO, 2005).

Embora os participantes do estudo tenham percebido mais crenças em saúde, referentes aos benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, e que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres 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, que os educadores em saúde, incluindo a enfermeira, exerçam a função de encorajar as pessoas hipertensas a assumirem a responsabilidade de proteger a própria saúde, de ajudá-las a encontrar, no âmbito de suas possibilidades, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, no intuito de promover o controle e a prevenção de agravos decorrentes da doença.

As variáveis sócio-demográficas são citadas por alguns autores como preditoras de adesão (CHOR, 1998; KUNGÄS, LAHDENPERÄ, 1999; MARCON et al., 1995; ELUF NETO; NEMES FILHO, SALA, 1996; CLARK, CURRAN, NOJI; 2000). Somado a isso, e com base no Modelo de Crenças em Saúde, o comportamento em saúde é determinado a partir do conceito da imagem que o indivíduo tem em relação à possibilidade de ter um problema de saúde, e da crença de que a ação a ser tomada poderá reduzir essa ameaça. Assim, a crença favorável à adoção de medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial para atingir e manter bons resultados terapêuticos, somados à confiança desenvolvida na relação com a equipe de saúde, pode influir favoravelmente na adesão ao tratamento proposto (MENDES; SADALA, 1996).

A crença individual sobre saúde, a percepção e motivação que se tem sobre a realidade têm valor primordial na determinação do comportamento (SOUSA, 2004). Embora se acredite que a percepção de benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial não implique necessariamente na coerência e efetividade da ação, a crença é, por si só, um forte preditor do comportamento de saúde e pode estar associada a variáveis sócio-demográficas.

Como se pôde perceber, a análise das associações entre fatores sócio-demográficos e indicador de crenças em saúde mostrou que a baixa escolaridade, a baixa renda e que pessoas em idades mais jovens e sem companheiro perceberam menos crenças em saúde sobre benefícios frente às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, o que coincide com os fatores sócio-demográficos que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, descrito na literatura.

Nas Tabelas 4 (p.62), 5(p.64), 6 (p.65), 7 (p.66), 8 (p.68), em relação as mulheres, os homens perceberam 3% menos crenças sobre benefícios quanto ao uso do sal(RP= 0,97), 7% menos crenças sobre benefícios quanto a evitar o consumo de gordura (RP= 0,93) e 5% menos crenças sobre benefícios quanto a comer menos doce, menos açúcar (RP= 0,95), 5% menos crenças sobre benefícios quanto ao uso de medicamentos (RP= 0,95), 1% menos crenças sobre benefícios quanto a parar de fumar (RP= 0,99) e 17% menos crenças quanto a não consumir bebidas alcoólicas (RP= 0,83). Conseqüentemente, as mulheres perceberam mais benefícios quanto a essas medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. Por outro lado, as mulheres perceberam menor crenças sobre benefícios quanto ao estresse (evitar preocupação; ter horas de lazer e diversão e relaxamento) e praticar atividade física e manter o peso ideal, consulta médica. Embora exista uma tendência de homens e mulheres perceberem de modo diferente mais ou menos benefícios quanto aos doze comportamentos de saúde, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Talvez a diferença nesta percepção possa estar associada ao gênero. Homens e mulheres conceituam e expressam suas questões de formas distintas, como resultado de experiências pessoais, e da variabilidade social de que são herdeiros e em que se desenvolvem, principalmente. Segundo Sousa (2004), tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas são mais comuns entre homens e eles perceberam menor crenças em saúde sobre benefícios quanto a essas variáveis.

Considerando que o gênero é abordado por alguns autores como preditor de comportamento, vale destacar que no estudo de Lahdenpera e Kungäs (1999) 83% das mulheres seguiram a dieta com pouco sal, e apenas 17% dos homens seguiram a mesma recomendação. Medel (1997) verificou que um maior número de mulheres apresentou alto nível de adesão quando comparadas aos homens. Para a citada autora, as mulheres demonstraram uma maior preocupação com a saúde.

Com relação à idade, autores informam que pessoas de idade mais avançada são mais propensas à adesão. Em uma pesquisa realizada por Eluf Neto, Nemes Filho e Sala (1996), envolvendo pessoas com hipertensão arterial de um programa de unidade básica de

saúde, os autores constataram uma redução mais intensa da pressão arterial diastólica em pessoas mais velhas. Araújo e Moreira (2001) verificaram que os maiores percentuais de não adesão estavam na faixa etária dos 42 a 52 anos (47,7%), enquanto para as pessoas de 62 anos ou mais o percentual foi de 9,5%. Chor (1998) também verificou situação semelhante, pois apenas 17,7% dos entrevistados com idade mais jovem realizavam tratamento anti-hipertensivo, número esse que aumentou para 77,4% em pessoas de 45 anos ou mais. Para Aquino, Car e Pierin (1991), o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apega ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida.

Lahdenpera e Kungäs (1999) constataram que o grau de instrução exerce influência no controle da doença. Foi verificado, na pesquisa dos autores, que pessoas hipertensas com maior nível de escolaridade eram mais aderentes ao tratamento. Quanto ao peso corporal, enquanto 46% das pessoas com formação de nível superior estavam dentro da faixa do peso normal, apenas 24 % daquelas com nível educacional mais baixo estavam dentro dos padrões de peso normal. Esse fato foi também comprovado por Gigante et al. (1997), em um estudo sobre prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco, constatando que as pessoas com maior escolaridade foram significativamente menos obesas. No estudo desenvolvido por Araújo e Moreira (2001), a associação entre adesão e grau de instrução pôde ser comprovada, pois 63% dos participantes da pesquisa, considerados não aderentes, tinham um baixo nível de escolaridade, não tendo sequer completado o 1º grau.

Deficiências na formação escolar podem trazer dificuldades relativas à assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais e influenciar na percepção da gravidade da doença, levando à aquisição de informações incompletas sobre os aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar (GUEDES et al, 2005).

O estado civil foi apontado por alguns autores como antecedente da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. No estudo realizado por Lahdenpera e Kungäs (1999), 14% das pessoas hipertensas e casadas fumavam e 34% das pessoas solteiras ou divorciadas não haviam abolido a prática de fumar. Chor (1998) verificou, em seu estudo, que as pessoas com companheiros apresentavam chance duas vezes maior de estarem realizando o tratamento em relação àquelas sem companheiros.

No que se refere à renda familiar mensal, alguns autores mencionaram que este fator está diretamente relacionado à adesão. Clark, Curran e Noji (2000) destacaram que o status econômico influencia sobretudo na habilidade das pessoas em seguirem as recomendações. Para Aquino, Car e Pierin (1991), a situação socioeconômica é um fator

altamente interveniente na adesão, estando não só relacionada à compra de medicamentos, mas também ligada aos aspectos educacionais, culturais e sociais. Sarquis et al. (1998) ressaltam que a disponibilidade financeira deve ser um ponto importante a ser considerado no processo de adesão.

A Organização Mundial de Saúde informa que a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, relacionada aos aspectos socioeconômicos, diz respeito 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 tratamento (SABATÉ, 2003).

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 na percepção favorável ou desfavorável para adoção das medidas de prevenção e controle da doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise global sobre as crenças quanto às medidas de prevenção e ao controle da hipertensão arterial mostrou predomínio da categoria “crenças sobre benefícios”. Dos treze comportamentos avaliados, inclusos no comportamento “evitar preocupação”, 63,2% foram classificados na categoria “indecisos na percepção de crenças sobre barreiras e benefícios” e 19,8% na categoria “crenças sobre barreiras”. Os participantes foram unânimes na percepção de crenças favoráveis para medida da pressão arterial.

Identificou-se que homens e mulheres perceberam de modo diferente, e não tão claramente, os benefícios para doze comportamentos de saúde, no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

As pessoas com menos de 45 anos perceberam mais crenças sobre benefícios quando comparadas àquelas na faixa etária \geq a 54 anos, apenas nos três comportamentos: como fazer relaxamento (RP=1,26); ter horas de diversão e lazer (RP=1,29); e praticar exercícios físicos (RP=1,04).

As pessoas com 1º grau, em relação às com 3º grau, perceberam menor benefícios em dez comportamentos de saúde, sendo a diferença estatisticamente significativa para fazer relaxamento (IC 95% = 0,55; 0,93) e consultar o médico uma vez por ano (IC 95% = 0,86; 0,99).

Às pessoas sem companheiros, em relação às com companheiros, perceberam menor crenças sobre benefícios em 11 comportamentos de saúde, havendo uma diferença estatisticamente significativamente para consultar o médico uma vez por ano (IC = 0,86,0,99).

Quanto à renda familiar mensal, as pessoas com renda menor que um salário mínimo perceberam menos benefícios para dez dos doze comportamentos de saúde em relação às pessoas com renda mensal superior a três salários mínimos, exceto para evitar o consumo de álcool (RP=1,06). Tanto aquelas que recebiam menos que um salário mínimo quanto as que recebiam mais de três perceberam igualmente crenças sobre benefícios em relação a comer menos doce (RP=1,0) e praticar exercício físico (RP=1,0).

O estudo mostrou uma tendência à percepção de menor crenças sobre benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial em estratos sócio-econômicos menos favorecidos, para adultos jovens e pessoas sem companheiro. Destaca-se, todavia, como uma das limitações desta investigação, o tamanho da amostra.

O estudo contribui para a identificação de grupos de risco e de indicadores de adesão ao tratamento e para reflexão da importância de um cuidar que reconheça a subjetividade e a condição socioeconômica como fatores que podem fortemente influenciar na adesão ao tratamento da hipertensão arterial, bem como para alertar os profissionais de saúde e de enfermagem, em particular, sobre a importância desses achados relativamente às considerações e adoção de medidas sobre estratégias educativas.

Conhecer os fatores associados à percepção de crenças relacionadas às barreiras e aos benefícios sobre as medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial contribuiu para reforçar a tendência de indicadores socioeconômicos para adesão ao tratamento.

Chamamos a atenção para a importância de outros estudos que comparem os resultados advindos desta pesquisa, e 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.

O conhecimento produzido pode promover a reflexão de enfermeiras (os) e demais profissionais de saúde sobre a consideração de fatores socioeconômicos nas propostas de educação à saúde, com vistas à valorização das mudanças de estilo de vida. De modo similar, para o encontro e a disponibilização de elementos destinados a nortear o ensino e a prática profissional no que se refere à prevenção e ao controle da hipertensão arterial, como também para a criação de um espaço voltado à discussão entre docentes e discentes de graduação e pós-graduação sobre questões relevantes relacionadas à prevenção e ao controle da hipertensão arterial.

Entendemos ainda que, sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante de seus problemas de saúde, não se pode promover, quiçá concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e sustentação de estilo de vida saudável (LIMA; BUCHER; OLIVEIRA LIMA, 2004). Finalmente, é necessário e possível investir todo o esforço no sentido de incentivar e permitir a participação ativa da pessoa no seu processo de saúde/doença através de uma abordagem interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 4, p. 833 - 839, out /dez, 2004.

ALAVARCE, D.C. ; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. A pressão arterial está sendo medida? **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.34, n.1, p. 84-90, mar. 2000.

ALMEIDA, C. A. F. **Acidente do trabalho**: adesão à quimioprofilaxia dos trabalhadores de saúde pós exposição a material biológico humano. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ALMEIDA, G.P.L.; LOPES, H.F. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. **Revista Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.6, n.4, p.135 - 141, 2003.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AMADEU, C.; LIMA, N.K.C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v.29, n. 1, p.239-243, abr./set.1996.

ANDRADE, J.P.et al. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375-384, 2002.

ARAÚJO, Gilmara Barboza da Silva. **Adesão ao tratamento anti- hipertensivo**: análise conceitual. 2002. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

ARAÚJO, T.L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev Soc Card Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.2 (supl A), p. 1-6, mar./abr. 1998.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BASTOS, P.J.B. et al. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 13, n.2, p. 111-116, 2006.

BASTOS, D.S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BATISTA, S.M.M.; CARVALHO, T. Tratamento não medicamentoso: a alimentação e a mudança para um estilo saudável de vida. In: BORENSTEIN, M.S. (Org.). **Manual de hipertensão**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. p.55-70 .

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO 196/96**. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. v. 4, n.1, Suplemento 96,1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo** - Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Programas de Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso**. Brasília. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso>> Acesso em: 01 nov. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da Hipertensão Arterial. **DATASUS**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>> Acesso em: 09 dez. 2006b.

BRASIL. Ministério do trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/regulamentacao>. Acesso em: 01 dez. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro brasileiro. Análises e propostas para redução do consumo. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 02 jan. 2007.

BUCHMANN, W.F. Adherence: a matter of self – efficacy and power. **Adv Nurs Sci**, Connecticut, v. 26, n. 1, p. 132-137, 1997.

CAMPOS, E.P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**, Rio de Janeiro, v. 113, n.2, p. 153-156, 1996.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPUTO, M.; TORRES, T. **Refletindo o processo ensino-aprendizagem nas ações de educação em saúde**. Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família. Salvador, 2001.

CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V.L.A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.25, n. 3, p. 255-269, dez. 1991.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 33, n. 33, p. 294-304, set. 1999.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 145-153, jun. 2000.

CARVALHO FILHO, E.T.; CURIATI, J.A.E. Hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. **Rev. Bras. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 10, p.989-998, out. 1996.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.71, n.5, p. 653-660, 1998.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nursing**, v. 17, n.6, p.452-459, nov./dec. 2000.

COELHO, E.B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, 2005.

COIMBRA Jr. C.; SANTOS, R.V. Saúde, minoriais e desigualdade:algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.5, p. 125-132, 2000.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor Braga Abecasis. Damaia: Printipo, 1989. Original francês.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (BA). **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Salvador: COREN-BA, 2002.

COOPER, R.; ROTIMI, C. Hypertention in blacks. **American Journal of Hypertens**, USA, v. 10, n. 7, p. 804-812, 1997.

CRUZ, I.C.F.da. **Identidade negra e saúde**. Trabalho apresentado ao 2º. Seminário Nacional: A Comunidade Afro-brasileira e a Epidemia de HIV AIDS, Rio de Janeiro, 1997.

CRUZ, I.C.F. da; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e seus fatores de risco cardiovasculares. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-44, 1999.

CRUZ, I.C.F.da. A taxa de morbimortalidade simbólica no Brasil e a não notificação do item cor/etnia em saúde. **Revista da Saúde CNS/MS**, Brasília, v. 3, n. 3, p 49-50, 2002.Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/Revista_CSN.pdf> Acesso em: 30 nov 2006.

CRUZ, I.C.F. da. Discriminação racial – fator de risco para a hipertensão arterial? Estudo exploratório tipo survey. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=382&yout=html>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

CRUZ, I.C.F. da; LIMA, R. Detecção dos fatores de risco cardiovasculares na equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ** , Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/deteccao.doc>>. Acesso em: 01 out. 2006.

CYSNEIROS, R.M. Hipertensão: recentes avanços na terapia farmacológica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.127-134, mar./abr. 2000.

DELA COLETA, M.F. **O modelo de crenças em saúde**: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença . 1995. 334 f.Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

DELA COLETA, M. F. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**. Teorias, estudos e instrumentos. Taubaté, SP: Cabral editora e livraria universitária, 2004.

DRESSLER, W.W.; SANTOS, J.E. Dimensões sociais e culturais da hipertensão no Brasil: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, 16, p. 303-315, 2000.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 6, n. 5, 48 f., 2006.

FEITOSA, G.S. Tratamento da hipertensão arterial no negro. **Hiper ativo**, Ribeirão Preto, SP, v.3, n.3, p. 180-185, jul./set. 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORJAZ, C.L.M.; SANTANELLA, D.F.; SOUZA, M.O. A atividade física e a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 185-204.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 16-21, 2001.

GANDARILHAS, M.A.; CÂMARA, S.G.; SCARPARO, H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 62-71, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, R.B.M. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Epidemiologia 1**. Textos de apoio. 2. ed. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO, 1990. p. 31-83.

GUEDES, N.G. et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 39, n.2, p. 181-188, 2005.

GUIMARÃES, A.C.; MAGALHÃES, L.B.N.C. Prevenção da hipertensão arterial primária. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 313-333.

GUSMÃO, J.L.; MION JR., D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 23-25, 2006.

HUF, D.D. **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual em Enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

IBGE. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000. Área de ponderação Liberdade, Siero e Japão. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>>. Acesso em: 01 nov. 2006.

IDE, C.A.C. de; DOMENICO, E.B.L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

IDE, C.A.C. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004. p.01-09

JANZ, N.K. et al. The health belief model. In: **Health behavior and health education**. 3. ed. Chap. 3, p. 45-46, 2002. p. 45-66.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, abr./set. 1996.

JARDIM, P.C.B.V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. (Orgs.). **Adesão ao tratamento**. O grande desafio da hipertensão. São Paulo. Lemos Editorial, 2001. p. 57-68.

JARDIM, P.C.B.V.; MONEGO, E.T.; REIS, M.A.C. A alimentação do adulto com hipertensão arterial. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 139-164.

JESUS, N.; GUIMARÃES, A.C. **Guia para uma alimentação saudável**. Salvador: [s.n.], 2000.

KAPLAN, N.M. Resistent hypertension: what to do after trying “the usual”. **Geriatrics**, v. 50, n.5, p. 24-38, may 1995.

KAUFMAN, J.S. How inconsistencies in racial classification demystify the race construct in public health statistics. **Epidemiology**, 10,p. 101-113, 1999.

KING, J.B. The impact of patients perceptions of high blood pressure on attendance at screening. **Social Science and Medicine**, v.16, n. 10, p. 1079-1091, 1982.

KJELLGREN, K.I.; AHLNER, J.; SÄLJO, R. Taking antihypertensive medication-controlling or co-operating with patients? **International Journal of Cardiology**, Sydney, v. 47, p. 257-268, 1995.

KUNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 29, n.4, p. 832-839, 1999.

KOIZUMI, M.S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 26, n. especial, p. 33-47, out. 1992.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LEMOGOUM, D. et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. **Journal of hypertension**, London, v. 21, n. 11, p. 1993-2000, 2003.

LESCURA, Y. **Educação em saúde**: abordagem segundo o modelo de crenças em saúde, fundamentado na teoria de Kurt Lewin. Estudo monográfico. 1987. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

LESCURA, Y.; MAMEDE, M.V. **Educação em saúde**: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier, 1990.

LESSA, I. Hipertensão arterial. In: HAMANN, E. M.; TAUIL, P.L.(Orgs.). **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas na população brasileira afrodescendente**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p. 112-124.

LESSA, I.; FONSECA, J. Race, compliance to treatment and/or consultation and control of arterial hypertension. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: _____. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. p. 29-42.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.931-943, out./dez. 2004.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 39-46, 2006.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de Enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, T.M.; BUCHER, J.S.N.F.; OLIVEIRA LIMA, J.W. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4. p. 1079-1087, jul./ago. 2004.

LOPES, A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: BARATA, R. et al (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. São Paulo: Abrasco; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 245-256.

LOPES, A.A. Raça e hipertensão arterial. **Hiper ativo**, Ribeirão Preto, SP, v. 3, n. 3, p. 153-172, jul./set.1996.

LOPES, A.A. Hipertensão arterial: fatores étnicos e raciais. **J Bras Nefrol**, São Paulo, p. 82-44, 1999.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNA FILHO, B. Epidemiologia, fatores de risco e gênese da hipertensão arterial. **Revista Compacta_Temas de cardiologia**, São Paulo, v.1, n.4, p. 3-6, 1998.

MACIEL,C.L.C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira,1994. p. 11-38.

MACHADO, S.C.; STIPP, M.A.C.; LEITE, J.L. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 64-71, abr. 2005.

MAGALHÃES, M.E.C. et al. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir? **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 21-28, jan./fev./mar. 2003.

MAGALHÃES, L.C. O fumo como fator de risco cardiovascular. **Hipertensão**, São Paulo, v.1, p. 80-84, 1998.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R. et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MARCON, S.S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciência Y Enfermería**, Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile, v.1. n.1, p.33-42, 1995.

MARCOPITO, L.F.et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5., p.738-745, out. 2005.

MEDEL, E.S. Adherence al control de los pacientes hipertensos y Factores que la influncian. **Ciência Y Enfermería**, Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile, v. 3, p. 49-58, 1997.

MION JR, D. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

MION JR., D.; PIERIN, A.M.G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 5, São Paulo.**Anais**.1996. p.120.

MION JR., D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. v. 1.

MION JR, Décio ; MACHADO, C A ; PIERIN, A. M. G. . Controle pressórico - Monoterapia vs politerapia em hipertensos acompanhados em Centros/ Ligas de Hipertensão no Brasil. In: 13 Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2005, Ribeirão Preto. **Hipertensão**, 2005. v. 8. p. 29.

MONEGO, E.T.; JARDIM, P.C.V. Ingestão de sódio, potássio e cálcio e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C.C. (Org). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.119-120.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L.(Orgs.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2004. p. 45-56.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.251-258, jun. 2000.

MOREIRA, T.M.M.; ARAUJO, T.L. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 39-46, 2001.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MUSSI, F.C. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 88-97, 2003.

NOBRE, F.; FURTADO, MR. II Consenso brasileiro para o trabalho da hipertensão arterial . **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 63, n. 4, p. 333-347,1994.

NOBLAT, A.C.B.; LOPES, M.B.; LOPES, A.A. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 82, n.2, p. 111-115, feb. 2004.

NUNES, E. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e saúde para o ensino médio**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 217-229.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos avançados**, v. 18, n. 50, 2004.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

OLIVEIRA, T.M.V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração on line**, São Paulo, v.2, n.2, abr./maio/jun. 2001.Disponível em: < www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm>. Acesso em: 13 mar. 2006.

ORTEGA, K.C.; MION JR., D.; NOBRE, F. Hipertensão arterial. In: MION JR.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global – da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p. 109-118.

PASCOAL, I.F. Tratamentos em situações especiais em hipertensão. In: **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**: mesa redonda. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2002. p.14-15.

PASCOAL, I.F. Hipertensão Arterial. In: MION JR. D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global** – da teoria à prática. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p.635-642, oct. 2003.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. **Coração e Circulação**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 73-76, 1996.

PIERIN, A.M.G.; MION JR.,D. Análise de correspondência mostra que homens, jovens, não brancos não têm conhecimento sobre hipertensão. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 6, Rio de Janeiro, **Anais**, p. 54, 1997.

PIERIN, A.M.G.; MION JR., D.; NOBRE, F. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: MION JR., D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global** – da teoria à prática. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 139-152.

PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, Fernando et al. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 21-33.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M A A M.; MION JÚNIOR, Décio . O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Angela Maria Geraldo Pierin. (Org.). **Hipertensão arterial - Uma proposta para o cuidar**. 1 ed. Barueri: Manole, 2004, v. 1, p. 274-289.

PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. Análise de correspondência mostra que homens, jovens, não brancos não têm conhecimento sobre a hipertensão. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 6, 1997. **Resumo**. Rio de Janeiro: Editor, 1997. p. 54.

PRESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.6, n.1, p. 33-39, jan. 1998.

RADLEY, A. Social realms and the qualities of illness experience. In: MURRAY,M.; CHAMBIRLAIN, K.(Orgs.) **Qualitative health Psychology**: theories & methods. London: Sage, 1999. p. 16-30.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. **Inovação e educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

REINERS, A.A.O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso**: contribuição para a não adesão ao regime terapêutico. 2005. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.

RIBEIRO, A.B.; ZANELLA, M.T. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 172-178, abr./ jun. 2000.

ROCHA JR., M.A. Compliance - Você acha que a receita vai ser seguida? In: PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. **Compliance – sobre o encontro paciente-médico**. São Paulo: Ipex, 1997. p. 51-66.

ROSNER, B. **Fundamentals of biostatistics**. Fourth ed. Boston: Duxbury Press, 1995.

RODRIGUES, M.T.M. **Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes. 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

ROSSI, M.J.S. O curar e o cuidar. A história de uma relação. **Rev Bras Enf.**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 1991.

SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneve: World Health Organization, 2003.

SAILER, G.C. **Adesão de trabalhadores ed enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós exposição ocupacional a material biológico**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2004.

SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 161-167, 1996.

SADALA, M.L.A.; MENDES, I.M. Vivenciando a hipertensão. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6.n. 3, supl. A, p. 1-6, 1996.

SALGADO, C.M.; CARVALHAES, J.T.A. Hipertensão arterial na infância. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 79, Suplemento 1, p. 115-124, 2003.

SANCHEZ C.G., PIERIN A.M.G., MION JR D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 38, p. 90-98, 2004.

SANTOS, S.R.A. **Grau de satisfação e adesão dos pacientes e resolutividade do Ambulatório de hipertensão arterial do Hospital Universitário de Brasília**. 2002. 89 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SANTOS, Z.M.A.; FROTA, M.A.; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S.D.O. Adesão ao cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n.3, p. 332-340, jul./set. 2005.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-353, dez. 1998.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

SIQUEIRA, F.P.C. **Estilo de vida e hipertensão**. 2002. 198 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

SILVA, G.V. et al. Qual a diretriz de hipertensão arterial os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas (JNC VII). **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 83, n. 2, p. 179-181, 2004.

SOUSA, A.L.L. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo**. 1999.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUSA, A.L.L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Manole, 2004. p.165-184 .

SOUZA, F. S. O Ilê-Ayiê e o discurso de construção identitária na Bahia. In: Godet, Rita; Souza Lícia. (Org.). **Identidade e representação na cultura brasileira**. João Pessoa: Idéia, 2001, p. 199-210.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

STUCHI, R.A.G. **Crenças dos portadores de doença coronária sobre os comportamentos de risco**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

STUCHI, R.A.G. **A persuasão como estratégia de deslocamento de crenças: de comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana**. 2004. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

THE SEVENTH report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure: the 7 report. **JAMA**, Chicago, p.7-14, May 2003.

TOSCANO-BARBOSA, E. Expectativas para a abordagem da hipertensão no Brasil, com a mudança do século. **Rev Bras Hiperten**, São Paulo, v. 7, n.1, p.7-10, 2000.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9,n. 4, p. 885 a 895, out. /dez. 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas, 1987.

VEIGA, E.V. et al. Estudo dos fatores de risco da hipertensão arterial: conhecimento e exposição. **Rev Soc Cardiol Est São Paulo**, São Paulo, v. 3, n. 6, Supl A, p. 1-5, nov./dez. 1993.

VIEIRA, V.A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 3, n. 4, p. 481-488, oct./dez. 2003.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora de Enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Crenças de pessoas hipertensas sobre as medidas de prevenção e controle.

Eu,....., RG n°....., concordo em participar como voluntário(a) da pesquisa cujo título é “Crenças de pessoas hipertensas sobre as medidas de prevenção e controle da doença” que tem como objetivo analisar as crenças de pessoas negras hipertensas sobre as medidas de prevenção e controle da doença, num Centro de Saúde, situado no bairro da Liberdade, na cidade do Salvador. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Cláudia Geovana da Silva Pires.

A minha participação consistirá em:

- conceder entrevista sendo que o registro de minhas respostas será realizado pela pesquisadora e duas graduandas de enfermagem após a gravação;

Estou ciente de que:

- terei os esclarecimentos antes e durante o período de realização da pesquisa sendo que, qualquer informação que eu solicitar me será fornecida no momento em que eu achar conveniente;

- as respostas que eu fornecer serão anônimas, ou seja, não haverá possibilidade de que eu seja identificado (a);

- terei o direito de parar de participar da pesquisa, em qualquer momento que achar necessário, sem que isso corresponda a nenhuma despesa ou prejuízo para mim;

- os dados obtidos nessa pesquisa poderão ser usados para publicações e/ou apresentação em revistas, eventos científicos;

- não terei nenhum gasto financeiro durante a minha participação nesta pesquisa, sendo que qualquer custo ficará a cargo da pesquisadora;

- poderei conhecer e consultar os resultados dessa pesquisa no local em que for divulgada e com a própria pesquisadora através do programa de Pós Graduação da EEUFBA pelo telefone: (71) 3263-7631.

De acordo com a resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a minha assinatura abaixo revela minha concordância em participar da presente pesquisa.

..... dede.....

Ass. Participante _____

Ass. Pesquisadora _____

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Parte I: Caracterização dos participantes

1. Nome: Data: TA:
2. Gênero: () M () F
3. Para você qual a sua cor?
() branco () amarelo () parda () indígena () preta () sem declaração
4. Idade em anos:
5. Estado civil:
() solteiro () casado/ com companheiro () divorciado () separado () viúvo
() outros
6. Escolaridade:
() analfabeto () 1º grau completo () 1º grau incompleto () 2º grau completo
() 2º grau incompleto () nível superior completo () nível superior incompleto
() outros
7. Renda familiar mensal (nº de salários mínimos):
8. Fatores de risco:
diabetes () sim () não () não sabe
tabagismo () sim () não () não sabe
história familiar de Doença Arterial Coronariana () sim () não () não sabe
IAM prévio () sim () não () não sabe
Colesterol/ triglicérides alto () sim () não () não sabe
Atividade física 3 vezes /semana () sim () não () não sabe
9. Religião:
() católica () evangélica () espiritualista () umbanda e candomblé
() judaica () religiões orientais () outras religiões () sem religião

10. Há quanto tempo o médico lhe disse pela primeira vez, que você tinha pressão alta?

6 meses | -1 ano > 1 ano

11. Quando descobriu que a pressão estava alta, foi indicado tratamento?

sim não

12. Para você como está a sua pressão?

controlada não controlada

13. Você apresenta sintomas da pressão alta?

sim não

Quais sintomas?

tonturas coração acelerado dor de cabeça

dor na nuca dor no peito

outros sintomas qual? _____

Parte II: Questionário sobre o que as pessoas pensam e fazem sobre saúde. Para cada frase, deverá responder se está totalmente de acordo (CT), se concorda apenas em parte (C), se está indeciso ou não sabe (I), se discorda totalmente (DT), ou se discorda em parte(D).*

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					
BARSAL -A comida com pouco sal não tem gosto					
BENSAL- O sal não faz bem à saúde					
BARSAL -Para a maioria das pessoas o sal não faz mal					
BENSAL- Quem usa muito sal perde o paladar ou o apetite					
BARSAL-Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal					
BENSAL -Usar pouco sal evita problemas renais					
BENSAL-Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos					
BARSAL- Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade					
BENSAL-A comida salgada não é aconselhável para ninguém					
BENSAL- A comida com pouco sal é mais gostosa					

2-Qual a opinião sobre comer comida com menos gorduras?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENGOR- A comida gordurosa produz colesterol					
BARGOR -Algumas comidas com gordura são deliciosas					
BENGOR -A gordura faz mal à saúde					
BARGOR A gordura não faz mal para a maioria das pessoas					
BENGOR-A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão					
BARGOR -Comida sem gordura é ruim de gosto					
BENGOR- Comer muita gordura causa problemas no coração					
BARGOR -É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo					
BENGOR- A gordura entope as artérias e veias					
BARGOR- Muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem					
BENGOR- A comida com menos gordura é ruim de gosto					
BARGOR- Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar					
BENGOR -A gordura causa obesidade					

* Instrumento elaborado, testado e validado por Dela Coleta (1995).

3-Qual a sua opinião sobre comer menos doce, menos açúcar?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENDOCE- O Açúcar engorda, causa obesidade					
BARDOCE -O açúcar não faz mal					
BENDOCE -Comer pouco açúcar evita diabetes.					
BARDOCE -A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los					
BENDOCE - Comer pouco açúcar é bom para a saúde					
BENDOCE – Se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não comê-los					
BENDOCE -Comer doces aumenta o açúcar no sangue					
BARDOCE -Doce alimenta					
BENDOCE -O açúcar engrossa o sangue					
BARDOCE-Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade					
BARDOCE- Seria horrível se eu não pudesse comer doces					

4-Qual a sua opinião sobre fazer exercícios, várias vezes na semana?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENEXERC- Os exercícios mantêm a boa saúde					
BAREXERC- Exercícios são só para quem tem tempo					
BENEXERC Praticar exercícios dá disposição, ânimo, energia e bem estar					
BAREXERC- Fazer exercícios exige muito esforço					
BENEXERC- Fazer exercício é bom pra circulação e o coração					
BENEXERC- quem faz exercícios fica forte, desenvolve os músculos e melhora a condição física					
BENEXERC- Os exercícios são bons para manter a forma e o peso					
BAREXERC- Fazer exercícios é preciso ter força de vontade					
BENEXERC- Quem faz exercícios evita o estresse e ajuda na saúde mental					
BAREXERC- Os exercícios em geral causam muito cansaço na pessoa					
BENEXERC-Fazer exercícios é bom para as articulações (juntas)					
BAREXERC- Só pratica exercícios quem é desinibido					
BENEXERC -Quem faz exercícios dorme melhor					
BENEXERC -Quem faz exercícios tem apetite					

5-Qual a sua opinião sobre evitar preocupações?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENSTRESS -As preocupações prejudicam a saúde					
BARSTRESS- É difícil viver sem preocupações					
BENSTRESS- As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse					
BARSTRESS- Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem					
BENSTRESS -Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada.					
BARSTRESS- O trabalho não permite viver sem preocupações					
BENSTRESS - As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto					
BARSTRESS- Quem tem família não consegue se despreocupar					
BENSTRESS- As preocupações causam desgaste físico e mental					
BARSTRESS- É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade					
BENSTRESS- As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa					

6-Qual a sua opinião sobre ter suas horas de lazer e diversão?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENLAZER-O lazer serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça					
BENLAZER- Só quem tem tempo pode ter lazer					
BENLAZER- O lazer faz bem para a saúde física e mental					
BARLAZER- Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras					
BENLAZER -O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida					
BENLAZER -O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo					
BARLAZER- Só quem tem saúde pode se divertir ou passear					
BENLAZER- A diversão dá energia para viver					
BENLAZER -O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo.					

7-Qual a sua opinião sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento, meditação?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENRELAX- O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo					
BARRELAX -Só descansa quem tem tempo					
BENRELAX- O descanso dá tranquilidade, ânimo e bem estar					
BARRELAX -Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar					
BENRELAX -O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse					
BENRELAX Descansar ou relaxar faz bem para a saúde					
BARRELAX -Quem trabalha muito, não consegue relaxar					
BENRELAX- Quem trabalha deve descansar					
BENRELAX -Vive mais quem tem tempo para descanso					

8-Qual a sua opinião sobre procurar medir a pressão arterial?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENPA -Deve-se saber o valor da pressão arterial para se prevenir de problemas					
BARPA- Quem se sente bem, não precisa medir a pressão					
BENPA -Deve-se medir a pressão para se conhecer o estado de saúde					
BARPA -Não acho importante ou necessário conhecer o valor da pressão					
BENPA- Deve-se saber como anda a pressão para evitar infarto					
BARPA- Não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar					
BENPA- Cada pessoa deve conhecer a pressão para saber se é hipertensa					
BARPA- Para medir a pressão a pessoa tem que ter tempo					
BENPA- Deve-se conhecer a pressão para se viver mais					
BARPA- Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão					

9- Qual a sua opinião sobre consultar o médico uma vez por ano?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENMED- Deve-se consultar o médico regularmente para se conhecer o estado de saúde					
BARMED- Quem não sente nada não precisa ir ao médico					
BARMED- Só vai ao médico quem é preocupado com a saúde					
BARMED- Médico só em caso de necessidade					
BENMED -É bom consultar o médico para prevenir-se das doenças					
BARMED- Gasta-se muito tempo com consultas e exames					
BARMED- Para ir ao médico todo ano é preciso ter dinheiro					
BARMED- Não acho importante consultar o médico todo ano					
BENMED- Deve-se consultar o médico para tratar os problemas e evitar que piorem					
BARMED- Ir ao médico é desagradável					
BARMED- Quem vai ao médico acha um monte de doenças					
BARMED -Os exames e tratamentos médicos são muito cansativos					

10- Qual a sua opinião sobre não fumar ou parar de fumar?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENFUMO- O cigarro prejudica a saúde					
BARFUMO- É difícil acabar com o vício de fumar					
BENFUMO- O fumo prejudica o pulmão					
BARFUMO- O cigarro prejudica a respiração e o fôlego					
BARFUMO- Fumar moderadamente não faz mal					
BARFUMO- Fumar faz mal ao coração e à circulação					
BENFUMO- O fumo incomoda as outras pessoas					
BARFUMO- Fumar acalma e dá prazer					
BENFUMO- O fumo tira o apetite					
BENFUMO- As pessoas não foram feitas para respirar fumaça					
BARFUMO- Parar de fumar dá angústia					
BENFUMO- O fumo dá mau hálito					

11-Qual a sua opinião sobre evitar bebidas alcoólicas?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENBEBE- O álcool faz mal à saúde					
BARBEBE- Beber moderadamente não faz mal					
BENBEBE- A bebida faz mal ao fígado e ao coração					
BARBEBE- Se eu tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica eu ia sofrer muito					
BARBEBE- Uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis					
BENBEBE- A bebida prejudica o cérebro e os nervos					
BENBEBE- O álcool perturba a mente e altera o comportamento					
BARBEBE- Eu não conseguiria ficar sem beber					
BENBEBE- Beber é um vício, uma fraqueza					
BARBEBE- É difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho					

12-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					

13-Qual a sua opinião sobre tomar os remédios receitados pelo médico, quando doente?

	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENREM- o médico sabe o que faz, ele estudou pra isso					
BARREM- remédios são sempre um veneno, não são naturais					
BENREM- deve-se tomar os remédios indicados para curar o problema					
BARREM - não é bom confiar totalmente nos médicos					
BARREM- em geral os remédios são muito caros					
BENREM- deve-se confiar no médico					