

Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas

HEALTH BELIEFS REGARDING DIET: A PERSPECTIVE OF HYPERTENSIVE BLACK INDIVIDUALS

SUPUESTOS EN SALUD SOBRE LA DIETA: UNA PERSPECTIVA DE PERSONAS NEGRAS HIPERTENSAS

Cláudia Geovana da Silva Pires¹, Fernanda Carneiro Mussi²

RESUMO

Pesquisa descritiva-exploratória, objetivou identificar as crenças em saúde, de pessoas negras com hipertensão arterial, sobre as barreiras e benefícios relacionados à dieta para o controle da doença, conhecendo os fatores sociodemográficos associados às crenças em saúde quanto aos benefícios para o controle da dieta. Cento e seis adultos, negros e hipertensos foram entrevistados utilizando-se instrumento específico. Os dados foram analisados em percentuais, frequência de casos, escores e razão de prevalência. A análise global sobre as crenças mostrou predomínio da categoria e benefícios para o controle da dieta. Foi observada tendência entre homens, pessoas mais jovens, sem companheiro e com baixas escolaridade e renda à menor crença quanto aos os benefícios atinentes à adoção da dieta. Concluiu-se que a promoção da saúde da população negra exige abordagem interdisciplinar e política de saúde, contemplando as suas especificidades e necessidades e dirigidas a aspectos preventivos e curativos.

DESCRITORES

Hipertensão
Etnia e saúde
Hábitos alimentares
Enfermagem

ABSTRACT

The objective of this descriptive-exploratory study was to identify the health beliefs of black individuals with hypertension regarding the barriers and benefits of diet for controlling the disease, including the sociodemographic factors associated with the health beliefs surrounding diet control. One hundred and six black adults with hypertension were interviewed using a specific instrument. The data were analyzed considering the percentages, frequency of the cases, scores and prevalence ratio. The global analysis of beliefs showed a preponderance of beliefs regarding the benefits of diet control. It was observed that men, younger individuals, lack of a partner and low educational level and income were related to the beliefs regarding the benefits of adopting a healthy diet. In conclusion, health promotion among the black population requires an interdisciplinary approach and specific health policies addressing this populations' needs, aimed at preventive and curative aspects.

DESCRIPTORS

Hypertension
Ethnic group and health
Food habits
Nursing

RESUMEN

Investigación descriptivo-exploratoria que objetivó identificar supuestos en salud de personas negras con hipertensión arterial sobre barreras y beneficios relativos a la dieta de control de la patología y conocer los factores sociodemográficos asociados a supuestos de salud sobre beneficios para control alimentario. Ciento seis adultos, negros e hipertensos fueron entrevistados utilizándose instrumento específico. Datos analizados en porcentajes, frecuencia casuística puntajes y razón de prevalencia. El análisis global sobre los supuestos mostró predominio de la categoría beneficios para control de la dieta. Se notó tendencia a percibir menos supuestos de salud sobre beneficios para adopción de dieta en hombres, personas más jóvenes, sin compañero, con baja escolaridad e ingresos. Se concluyó en que la promoción de salud de la población negra exige abordaje interdisciplinario y política sanitaria que contemple sus especificidades y necesidades dirigidas a aspectos preventivos y curativos.

DESCRIPTORES

Hipertensión
Etnia y salud
Hábitos alimenticios
Enfermería

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. cgspires@uol.com.br

²Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Associada I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. femussi@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível, de múltiplas expressões, constituindo-se em relevante problema de saúde pública devido às suas implicações econômicas e sociais. Apresenta um elevado índice de prevalência e de mortalidade no contexto nacional e internacional⁽¹⁾; é uma doença desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças⁽¹⁾; é multifatorial, estando associada a fatores de risco não modificáveis e modificáveis; em virtude do seu caráter crônico e incapacitante gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo⁽²⁾; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbidade e mortalidade da doença⁽²⁻³⁾. Esse panorama revela que é imprescindível a prevenção e o controle da hipertensão arterial e que a gama de fatores de risco associados à doença implica na mudança de estilo de vida.

A análise da literatura mostra que fatores relacionados à terapêutica, ao sistema de saúde e ao indivíduo interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial⁽³⁾, doença que é perpassada por dimensões biológicas, socioeconômicas, culturais e ambientais.

Apesar da importância de se estudar essa gama de fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pouco têm sido exploradas as crenças em saúde de pessoas negras⁽⁴⁾ e hipertensas relacionadas às medidas de controle da doença que incluem a dieta hipossódica e com baixo teor de gordura saturada e colesterol. Pesquisas com pessoas autodeclaradas da raça/cor negra justificam-se por razões biológicas e socio-culturais associadas à prevalência da doença. É importante salientar que esse grupo racial parece apresentar uma característica hereditária que determina um funcionamento irregular na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando, desse modo, o aparecimento da hipertensão arterial⁽⁵⁾. Os negros tendem a ter níveis tensionais mais elevados do que os brancos, além de maior gravidade da doença⁽⁶⁻⁷⁾. Tem-se destacado também maior prevalência de hipertensão arterial nesse grupo racial^(5,7) cabendo ressaltar que somente em dois dos estudos brasileiros⁽⁸⁻⁹⁾ que utilizaram a variável raça/cor, constatou-se menor prevalência da hipertensão arterial entre negros.

Convém salientar que, no Brasil, ainda são incipientes pesquisas que englobem a relação entre etnia e saúde⁽¹⁰⁾. No entanto, apesar de serem escassos os estudos nacionais, da área de saúde, que utilizaram a variável raça/cor da pele, e embora alguns deles sinalizem para a elevada ocorrência de adoecimento e morte na população ne-

gra, a explicação apresentada para este fato apóia-se na inserção socioeconômica desprivilegiada das vítimas⁽⁴⁾. Assim sendo, raça/cor da pele precisa ser compreendida não apenas do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais⁽⁴⁾.

Pesquisa que analisa os estudos em saúde com negros aborda a possibilidade de que a hipertensão arterial tenha se constituído em mais um ônus da escravidão para as pessoas dessa etnia e seus descendentes no Brasil, na medida em que uma série de fatores de risco foram introduzidos abruptamente em um grupo populacional que, provavelmente, vivia em equilíbrio em seu ambiente natural, ainda que tivesse uma predisposição genética^(5,10). Entre esses fatores de risco incluem-se os hábitos alimentares.

Quando à alimentação de pessoas negras, fatores de risco passaram a integrar o seu cotidiano desde a colonização e escravidão. Aos que chegavam da África, eram fornecidos ingredientes encontrados no continente americano, ou seja, farinha de mandioca ou de milho, rompendo o padrão alimentar habitual. A dieta hipercalórica era obviamente necessária para sustentar uma pessoa escravizada durante uma jornada de trabalho que ultrapassava 18 horas, nas condições mais adversas. Os mais pobres tinham uma alimentação de baixa qualidade, baseada principalmente em bacalhau, carne-seca, farinha e batata-doce^(5,10).

A ingestão de gordura saturada era um hábito bastante difundido. O toucinho, por exemplo, era apreciado pelas pessoas negras escravizadas por causa do sabor e substância. No século XVIII, o uso do sal era imprescindível para a sobrevivência tanto das pessoas quanto dos animais. Como herança européia, o uso do sal tornou-se um hábito alimentar nefasto para os negros e serviu também como processo de cura das enfermidades. A medicina empírica da época elevou ao *status* de medicamento o açúcar, o toucinho, a carne e o sal. As frutas tinham papel significativo na dieta em relação às raízes, legumes e hortaliças, que eram menos consumidos⁽⁴⁾. Todos esses fatores podem ter influenciado, ao longo de gerações, as crenças e os hábitos alimentares entre os negros.

Na atualidade, existem recomendações biomédicas específicas relativas à dieta para o controle da hipertensão arterial, sendo preconizada a ingestão de cerca de 5 g de sal por dia (correspondente a 2 g de sódio), adicionadas aos alimentos, o que poderá reduzir a pressão sistólica em torno de 2 a 8 mmHg. Além disso, é recomendável a restrição das fontes industrializadas de sal, como molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo *snack*. Aconselha-se a escolha de temperos naturais, como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados⁽¹¹⁾.

Os negros tendem a ter níveis tensionais mais elevados do que os brancos, além de maior gravidade da doença. Tem-se destacado também maior prevalência de hipertensão arterial nesse grupo racial...

Quanto ao consumo de gorduras e doces, é recomendável a redução de alimentos de alta densidade calórica e a substituição de doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, alimentos com reduzido teor de gordura, assim como a eliminação das gorduras hidrogenadas (*trans*) e uso das mono ou poliinsaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal. Deve ser considerada a adoção de um plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, o controle do peso corporal, as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo/família⁽¹¹⁾.

Não obstante a determinação da racionalidade médico-científica para uma dieta saudável, o entendimento cultural desses conteúdos pode variar entre pessoas hipertensas e sofrer a influência de fatores socioeconômicos, assim como de percepções e experiências individuais e coletivas acerca da hipertensão arterial.

Com base no exposto e considerando as crenças em saúde um indicador de comportamento, definiu-se como objetivos da investigação: identificar as crenças em saúde de pessoas negras com hipertensão arterial sobre as barreiras e os benefícios relacionados à dieta para o controle da doença; conhecer os fatores sociodemográficos associados às crenças em saúde sobre benefícios para o controle da dieta.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa quantitativa e exploratória. Escolheu-se o Modelo de Crenças em Saúde. A premissa básica desse modelo é que o mundo do percebido e sua motivação determinam o seu comportamento e não o ambiente físico⁽¹²⁻¹³⁾. O modelo é um instrumento conceitual valioso para a compreensão de uma variedade de comportamentos relacionados à saúde, como alterações de dieta, obediência a regimes médicos, decisão de parar de fumar, entre outros⁽¹³⁾. Para explicar a ação preventiva foi publicado por Rosenstock, em 1966, e aplicado posteriormente a comportamentos relacionados à manutenção da saúde em geral, incluindo a procura do diagnóstico e o atendimento correto às recomendações médicas⁽¹²⁾.

O modelo é demonstrado por quatro variáveis: susceptibilidade percebida (percepção subjetiva do risco da pessoa em contrair determinada condição ou doença); severidade percebida (grau de estimulação emocional criado em torno da doença e pelas diversas consequências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que acarreta); benefícios percebidos (crença na efetividade da ação) e barreiras percebidas (aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço e aborrecimento)⁽¹²⁾. No presente estudo foram investigadas as variáveis benefícios e barreiras percebidos para o controle da hipertensão arterial em pessoas negras.

A pesquisa foi realizada no município de Salvador, em um centro de saúde referência para o atendimento de

pessoas com hipertensão arterial, situado no bairro da Liberdade, que abriga no seu contingente populacional 82,8% de pessoas da cor preta e parda⁽¹⁴⁾. A amostra foi constituída por 106 pessoas adultas, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial há no mínimo seis meses, autodeclaradas da cor preta e/ou parda, que compareceram ao local de estudo para consulta e/ou verificação da pressão arterial e estavam cadastradas no programa de hipertensão do lócus de estudo. Para o cálculo do tamanho da amostra 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%⁽¹⁵⁾.

A escolha de pessoas da raça/cor negra justificou-se pela maior prevalência da hipertensão arterial nesse grupo, por apresentarem a doença mais cedo e níveis tensionais mais elevados quando comparados aos brancos^(2,5,8-9) e por acreditar-se na especificidade das crenças relacionadas ao grupo, tendo em vista a história desse povo desde a época da escravidão e a exclusão social⁽⁵⁾.

O formulário de coleta de dados foi constituído de duas partes: a Parte I foi formada por questões fechadas sobre dados de caracterização sociodemográfica, fatores de risco cardiovascular, doenças associadas a hipertensão arterial e hábitos de vida relacionados à dieta dos participantes; a Parte II foi composta por uma *Escala de Crenças* sobre barreiras e benefícios relacionados à dieta indicada para o controle da hipertensão arterial. Essa foi validada em tese de doutorado, apresentando confiabilidade e obtida sua autorização para uso nesta pesquisa⁽¹²⁾.

No que se refere às crenças sobre a dieta, a escala apresenta sentenças sobre barreiras e benefícios para usar pouco sal na comida, comer menos gordura e comer menos doce e açúcar. Na apresentação da escala dos comportamentos de saúde relacionados à dieta, ou seja, os itens (sentenças) sobre *benefícios percebidos* foram intercalados aos itens sobre *barreiras percebidas*. O levantamento das crenças sobre a dieta foi precedido das perguntas: Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida, comer menos gordura e menos doce, menos açúcar? Para exemplificar, temos:

Quadro 1 - Exemplo de levantamento das crenças sobre a dieta

1. Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?	DT=1	DP=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 – benefícios para o consumo do sal; BARSAL – barreiras para o consumo do sal

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). Para facilitar a resposta foi

entregue ao participante uma figura para que pontuasse a sua resposta à medida que as frases eram lidas, na qual as cores verde, azul, rosa, amarelo e vermelho correspondiam, respectivamente, a esses níveis.

Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, enquanto aguardavam a verificação da pressão arterial ou a consulta pela equipe multidisciplinar. As pessoas que chegavam primeiro eram abordadas e, caso se identificassem como da cor preta e/ou parda e tivessem diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos seis meses, confirmado pelo cartão de registro no Centro de Saúde, fazia-se o convite para participar da pesquisa, sendo-lhes explicados os objetivos do estudo. Em caso de aquiescência, a pessoa era encaminhada para uma sala privativa e, após leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista era iniciada e gravada. Ao término, agradecia-se ao entrevistado pela contribuição. Aos participantes foram assegurados o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Parecer nº 19/2006.

Não se constatou dificuldade para os participantes pontuarem as respostas com o emprego da figura oferecida. As entrevistas foram gravadas, visando assegurar o seu registro fiel. No momento de digitação das respostas no formulário, no computador, as pesquisadoras revisaram a coerência existente entre aquela emitida verbalmente e a marcada durante a entrevista. Todavia, não se constatou discordância. Posteriormente, os dados foram codificados, digitados e processados no SPSS for Windows, versão 12.0.

Dados de caracterização da amostra foram analisados em percentuais. Para análise do percentual de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados à dieta para controle da hipertensão arterial, procedeu-se à construção do indicador sobre crenças, da seguinte maneira: a) para cada participante do estudo, 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 para cada participante da pesquisa, construídas como descrito em *a*; 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, para as análises bivariadas, verificou-se a associação dos fatores sociodemográficos ao indica-

dor 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 sociodemográficos (idade, sexo, renda familiar, escolaridade e estado civil) em relação à categoria crenças sobre benefícios percebidos para o controle da dieta. Valores de RP acima de um representaram maior percepção de benefícios e menores que um exprimiram menor percepção de benefícios. Quando o intervalo de confiança incluiu a unidade (1), o nível de significância foi considerado acima de 5%; quando não incluiu, foi menor ou igual a 5%. Os testes estatísticos foram verificados em nível de 5% de significância.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Dos 106 entrevistados, 73,6% eram mulheres. A idade mediana foi de 54 anos. Aqueles com idade mais jovem (50%) encontravam-se nas faixas etárias <45 (24,5%) e 45 a 54 (24,5%). E ainda, 51% dos mais velhos, isto é, com idade ≥ 54, tinham de 54 a 63 anos, 26,5%, de 63 a 69 anos (16%), e 9 pessoas estavam com idade ≥ 70 anos (8,5%). Predominou a religião católica (69,8%), baixa escolaridade (até o 1º grau – 63,2%), baixa renda familiar, (menor que um salário mínimo – 52,8%). Exerciam atividade profissional, incluindo o trabalho doméstico, 67,0%; e 61,3% vivia sem companheiro. O diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de um ano foi dado a 80,2%; 87,7% estavam em tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso.

Crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para o seguimento da dieta

Em seis das sete sentenças sobre crenças quanto à percepção dos benefícios associados ao uso de pouco sal na comida predominou a percepção de benefícios, pois os participantes concordaram parcial (CP) ou totalmente (CT) quanto aos maléficos do sal para a saúde (94,3%), para o aumento da pressão arterial (98,1%) e para problemas renais (69,8%); que os médicos estão certos ao recomendar o uso de pouco sal (97,2%); que o uso de muito sal leva à perda do paladar e do apetite (70,8%); que a comida salgada não é aconselhável para ninguém (95,3%). Entretanto, 50,9% discordaram em parte (DP) ou totalmente (DT) que a comida com pouco sal é mais gostosa, apontando, nessa sentença, para a percepção de menos benefícios. Em três das quatro sentenças referentes às barreiras para usar pouco sal, verificou-se maior percepção de barreira, pois os participantes CP ou CT que a comida com pouco sal não tem gosto (71,7%); que quem não faz a própria comida não pode diminuir o sal (72,6%); e que para comer com pouco sal deve-se ter força de vontade (92,4%). Para a sentença *para a maioria das pessoas o sal não faz mal*, houve menor percepção de barreira (Tabela 1).

Tabela 1 - Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados ao uso de pouco sal na comida – Salvador, BA – 2006

Benefícios e barreiras associados ao uso de pouco sal na comida	DT=1		DP=2		I=3		CP=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

Nota: (n=106)

Em seis das sete sentenças sobre crenças de benefícios associados a comer com pouca gordura predominou a percepção de benefícios, pois os participantes CP ou CT que a comida com gordura produz colesterol (100%); faz mal à saúde (91,5%); é pesada e de difícil digestão (94,3%); causa problemas cardiovasculares (99%); entope as artérias e veias (98,1%) e causa obesidade (99%). Todavia, 49,1% DP ou DT que a comida com menos gordura é ruim de gosto, apontando, nessa sentença, a percepção de menos benefícios. Em cinco das seis sentenças sobre barreiras para comer com pouca gordura, os participantes CP e CT que a comida sem gordura é ruim de gosto (57,6%); algumas comidas com gordura são deliciosas (73,6%); é muito difícil fazer regime e não poder comer

de tudo (88,7%); muitas vezes não se tem escolha e a pessoa tem que comer o que está disponível (96,%); é difícil mudar se uma pessoa está acostumada a comer gorduras (88,7%). Esse resultado indica maior percepção de barreiras para comer com menos gordura. Os participantes DP e DT que a gordura não faz mal para a maioria das pessoas (67,9%) havendo, assim, menor percepção de barreira nessa sentença. A percepção de menor benefício 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, pelo fato de 73,6% terem considerado que algumas comidas com gordura são deliciosas (Tabela 2).

Tabela 2 – Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a comer menos gordura – Salvador, BA – 2006

Benefícios e barreiras associados a comer menos gordura	DT=1		DP=2		I=3		CP=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	0,9	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

Nota: (n=106)

Em cinco das seis sentenças sobre crenças de benefícios associados a comer menos doce, menos açúcar, o entendimento da maioria dos participantes demonstra o predomínio da percepção de benefícios: CP e CT que o açúcar engorda e causa obesidade (93,4%); que pouco açúcar evita diabetes (97,2%) e é bom para a saúde (94,3%); que doces aumenta o açúcar no sangue (95,2%) e que o açúcar engrossa o sangue (78,3%). Todavia, 77,3% CP e CT que se a pessoa gosta muito de doces é impossível não comê-los, apontando a percepção de menor benefi-

cio. Em três das cinco sentenças sobre barreiras para comer menos doce, menos açúcar, as respostas da maioria dos participantes indicam maior percepção de barreiras: CP e CT que a pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los (81,1%); o doce alimenta (81,1%); a pessoa tem que comer doce se tiver vontade (81,1%). Nas duas outras sentenças sobre barreiras, as respostas dos participantes apontam para menor percepção de barreira: DP e DT que seria horrível não comer doce (55,7%) e que o açúcar não faz mal (71,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a comer com menos doce, menos açúcar –Salvador, BA - 2006

Benefícios e barreiras associados a comer com menos doce, menos açúcar	DT=1		DP=2		I=3		CP=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

Nota: (n=106)

Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças em saúde sobre benefícios para o seguimento da dieta indicada para hipertensão arterial

A Tabela 4 apresenta três categorias de crenças em saúde sobre benefícios e barreiras relacionadas a co-

mer menos doce, comer comida com menos gordura e usar menos sal, mostrando que a análise global sobre as crenças em saúde quanto à dieta para a hipertensão arterial mostrou predomínio da categoria crenças sobre benefícios.

Tabela 4 – Medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial por categorias de crenças sobre benefícios e barreiras em relação à dieta – Salvador, BA – 2006

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	%
Comer menos doce	97	91,5	1	1	8	7,5
Comer comida menos gordurosa	86	81,1	1	0,9	19	18
Usar menos sal	73	68,9	1	0,9	32	30,2

Nota: (n=106)

Na Tabela 5, nota-se que os homens, em relação às mulheres, manifestaram 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 saú-

de sobre benefícios quanto a comer menos doce, menos açúcar (RP=0,95); consequentemente, as mulheres perceberam mais benefícios, em relação aos homens, quanto a essas medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial.

Tabela 5 – Benefícios da dieta quanto ao consumo de sal, gordura e doce por variáveis sociodemográficas – Salvador, BA – 2006

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

RP (razão de prevalência); IC95%(intervalo de confiança *p< 0,05
Nota: (n=106)

Pessoas na faixa etária <45 anos, em relação àqueles com idade ≥ 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). Pessoas com até o 1º grau, em relação àqueles com 3º grau, perceberam 3% menos benefícios quanto ao uso de sal (RP=0,97) e 9% menos benefícios quanto ao consumo de gordura (RP=0,91). Os participantes com escolaridade até o 1º grau, em relação àqueles com 3º grau, perceberam igualmente benefícios para comer menos doce (RP=1,0). Aqueles sem companheiros, em relação aos com companheiros, demonstraram maior crença em saúde sobre benefícios para evitar gorduras (RP=1,09). Assim, perceberam 3% menos benefícios quanto ao uso de sal (RP=0,97) e 5% menos benefícios quanto ao consumo de doces (RP=0,95). Pessoas com menor renda (menor que 1 salário mínimo), em relação às pessoas com renda mensal superior a 3 salários mínimos, 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). 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). Notou-se também uma tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios quando a renda é menor.

DISCUSSÃO

O grupo estudado autodeclarou-se da raça/cor negra e, desta forma, demonstrou um sentimento de identificação associado a uma parcela cultural da população afrobrasileira que tem em comum uma herança histórica, social e cultural. Caracterizou-se predominantemente por mulheres, adultos, com baixa escolaridade e renda mensal, não contar com companheiro(a) e exercer atividade laboral. Esse grupo social está desproporcionalmente representado em posições de poder e, do ponto de vista econômico e social, é mais pobre e menos instruído, em termos educacionais, que o restante da população brasileira⁽⁴⁾ expressando desigualdades sociais e econômicas que podem afetar a saúde. Nesse sentido, para se pensar em práticas de cuidado resolutivas é essencial considerar que aqueles que precisam do cuidado buscam um atendimento que considere suas necessidades em saúde, seja coerente com o seu perfil socioeconômico e considere a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar⁽⁵⁾.

Nesse estudo predominou a percepção de crenças sobre benefícios para a dieta recomendada pelo conhecimento biomédico. Embora se acredite que a percepção de benefícios quanto à adoção dessas medidas não implique necessariamente na coerência e efetividade da ação, a crença é, por si só, um forte preditor do comportamento de saúde⁽¹²⁾. Assim, a superação de crenças sobre benefícios em relação

às barreiras identificadas neste estudo constitui-se em preditor favorável à adesão a alimentação saudável.

Embora os participantes pouco discordassem dos maléficis do sal, perceberam mais crenças sobre barreiras para a comida pouco palatável quando preparada com pouco sal, confirmando a sensação de prazer ao ingerir comidas com sal. Assim, optar pela comida com pouco sal implica em fazer esforço, ter menos prazer e estar envolvido no preparo do alimento. Essas barreiras refletem o quanto o sal é importante para os participantes e a razão da resistência para alterar seus hábitos. Uma seqüela da cultura colonial escravocrata, que se tornou um fator de risco nefasto para os negros no tocante à hipertensão arterial, foi a instituição do sal como um hábito alimentar⁽⁵⁾. Ressalta-se que a culinária nordestina, mais especificamente a baiana, pela forte influência afrodescendente, é rica em pratos tradicionais preparados com muito sal, gordura e condimentos. Assim, as pessoas que têm hipertensão arterial, como as negras que participaram deste estudo, precisam ser ajudadas a utilizar outros elementos culinários no preparo dos alimentos, a exemplo do limão ao invés do sal, vinagre, azeite doce, entre outros, a fim de melhorar o sabor da comida. Necessitam também da ajuda de amigos e familiares para a prática saudável de redução do sal na comida⁽¹⁶⁾.

Se, por um lado, a maioria dos participantes viu mais benefícios e menos barreiras para comer com menos gordura devido aos danos que acarreta, a maioria concordou em parte e totalmente nas sentenças sobre barreiras, que é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo; que, muitas vezes, por não dispor de escolhas, tem que comer o há disponível e que é difícil mudar. Vale considerar que a baixa renda pode influenciar na crença e pode constituir barreira para evitar comida com menos gorduras. O predomínio da percepção de crenças de menor benefício ou maior barreira para comer com menos gordura foi predominantemente atrelado à diminuição do paladar, à restrição na escolha do que comer e à dificuldade de mudança desse hábito de vida. Esses dados estimulam a reflexão de que não apenas as condições desfavoráveis de vida, mas também as construções culturais ou o próprio ativismo dos negros no que concerne à dieta contribuem para a manutenção de uma alimentação que não atende em qualidade às suas necessidades, como ocorria na época da colonização e escravidão. Nessa perspectiva, há que se oferecer opções de alimentos com menor teor de sódio, baixos níveis de gordura saturada, restrição do açúcar refinado⁽¹⁷⁾, menor custo e melhor paladar atrelados ao poder aquisitivo e preferências pessoais.

Constatou-se o predomínio da percepção de benefícios referentes a comer comida com menos doce, considerando seus prejuízos à saúde, como obesidade, diabetes etc. Todavia, transpor essas crenças para a prática de uma alimentação com menos doce foi considerada difícil para a maioria dos participantes, principalmente quando a pessoa gosta, está acostumada e tem vontade

de comer doces. Como visto, a crença predominante dos participantes de que o doce alimenta remonta à época da escravidão, quando a dieta hipercalórica era obviamente necessária para sustentar uma pessoa como mão de obra produtiva durante uma extensa jornada de trabalho⁽⁵⁾.

Embora os participantes do estudo tenham percebido mais crenças em saúde referentes aos benefícios quanto à dieta e que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres para pessoas que lutam para sobreviver em condições de vida de pobreza, é necessário que a educação em saúde faça-se de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa.

O estudo também revelou, entre os participantes, grupos de maior risco para não adesão à dieta como mais jovens, sem companheiro(a), com baixa escolaridade e homens.

No que se refere aos mais jovens, outros estudos constataram maiores percentuais de não adesão ao tratamento^(11,17-18). As justificativas relacionaram-se à ausência de sintomas, retardando a procura por serviços de saúde, e à não percepção de vulnerabilidade à doença, bem como ao fato de que os mais jovens resistem a perceber as consequências da hipertensão arterial descontrolada. Enquanto isso, os idosos, mais preocupados com a saúde, apegam-se ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida⁽¹⁹⁾. Uma vez que os mais jovens configuram-se com menor chance de mudar o estilo de vida, as estratégias voltadas para minimizar ou evitar esta problemática tão frequente torna-se uma necessidade premente.

Em relação ao gênero, as mulheres negras manifestaram mais crenças sobre benefícios para o controle da dieta. Estudos comprovaram que 83% das mulheres versus 17% dos homens seguiram a dieta com pouco sal e que maior número de mulheres comparadas aos homens apresentou alto nível de adesão ao tratamento⁽²⁰⁾. Possivelmente, elas estão mais preocupadas com a saúde pessoal e familiar, recorrem mais frequentemente aos serviços de atenção primária e participam de atividades de educação em saúde. Enquanto isso, eles recorrem mais aos serviços de farmácia e emergência face sintomas ou problema de saúde⁽²⁰⁾.

Quanto à situação conjugal, verificou-se menor percepção de benefícios sobre as crenças associadas à dieta e maiores níveis tensionais foram associados a indivíduos não casados, acima de 60 anos e de baixa renda. Estudos^(17,19-20) apontam que o recebimento de apoio dos cônjuges pode promover melhor participação no seguimento do tratamento. O estado civil não casado pode correlacionar-se diretamente à falta de suporte familiar. Aqueles que não têm companheiro(a) para compartilhar a dieta podem não valorizar o tipo e preparo mais saudável dos alimentos.

No tocante à escolaridade, prevaleceu também menor crença sobre os benefícios da dieta. Deste modo, quanto

mais baixa a escolaridade, piores são as condições de saúde e mais difícil o processo da adesão ao padrão alimentar saudável⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ principalmente em idosos que apresentam maior dificuldade para adaptação a novos hábitos de vida.

Não há dúvida de que o controle da hipertensão arterial implica em mudanças comportamentais importantes, o que requer que a equipe de saúde empreenda esforços na abordagem psicossocial. Portanto, a superação do modelo de atenção à saúde vigente demanda diferentes investimentos na formação e intervenção profissional, visando a atenção à pessoa ao invés do corpo doente. Pressupõe compreender diferentes modos de ser e de viver, bem como experiências e expectativas diante do convívio com a doença crônica, optando por tratar-se ou não⁽²¹⁾. Como a pessoa pensa, sente, o que conhece, suas crenças, valores e atitudes e o contexto social em que o comportamento se processa são fatores essenciais a serem considerados no processo terapêutico e para propor-se uma estratégia pedagógica efetiva⁽²¹⁾.

A modificação do hábito alimentar pode constituir-se, para alguns indivíduos, em um desafio quase insuperável. Neste sentido, acredita-se que a(o) enfermeira(o) pode ser identificada(o) como elemento de confiança no compartilhamento, na escuta sensível e na intervenção sobre os problemas de saúde do hipertenso. Este, na maioria das vezes, deseja não só esclarecimentos para dúvidas, mas também alguém que se solidarize com seu sofrimento psicossocial e considere, no cuidado à saúde, a relação entre sua história de vida, seus comportamentos e o

processo de adoecer, suas crenças e seu contexto social. Além disso, uma ação voltada à mudança de atitude de uma pessoa só terá efeito se ela estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social⁽²¹⁾. Enfim, é preciso exigir uma política de saúde que contemple as especificidades étnicas na promoção da saúde, prevenção e controle da hipertensão arterial.

CONCLUSÃO

A análise global sobre as crenças em saúde de pessoas negras com hipertensão arterial quanto às barreiras e benefícios relacionados à dieta para controle da doença mostrou predomínio da categoria crenças sobre benefícios. Quanto aos fatores sociodemográficos associados às crenças em saúde sobre os benefícios para o controle da dieta, o estudo mostrou uma tendência à percepção de menor crença sobre benefícios da dieta em estrato socioeconômico menos favorecido, para adultos jovens, homens e pessoas sem companheiro(a), contribuindo para a identificação de grupos de risco e de indicadores de adesão ao tratamento. O estudo apontou para a necessidade de reflexão sobre um cuidar em saúde que reconheça a subjetividade e a condição socioeconômica como fatores que podem influenciar fortemente na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Deste modo, a promoção da saúde e do bem-estar da população negra exige abordagem interdisciplinar e uma política de saúde que contemple as suas especificidades e necessidades e seja dirigida a aspectos preventivos e curativos.

REFERÊNCIAS

1. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. p. 1-9.
2. Pierin AMG. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: São Paulo; 2004. p. 275-89.
3. Gusmão JL, Mion Junior D. Adesão ao tratamento: conceito. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):23-5.
4. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(31):383-94.
5. Cruz ICF. Escravidão, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? Bol Inst Saúde. 2003;(31):23-6.
6. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipert. 2001;8(4):383-92.
7. Pierin AMG, Mion Junior D, Fukushima J, Pinto A, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e a gravidade da doença. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(1):11-8.
8. Lólio CA. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. Arq Bras Cardiol. 1990;55(1):167-73.
9. Freitas OD, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalência de hipertensão na população urbana de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2001;77(1):16-21.
10. Monteiro S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p. 45-56.
11. Lotemberg AMP, Guimarães AC, Negrão CE, Forjaz CLM, Lopes H, Santos JE, et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. In: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1):16-20.

12. Dela Coleta MF. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença [tese doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1995.
13. Stuchi RAG, Carvalho EC. Persuasão como estratégia para modificar: as crenças nos comportamentos de risco para a doença arterial coronária. REME Rev Min Enferm. 2008;12(3):295-302.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000: características gerais da população: resultados da amostra [Internet]. Rio de Janeiro; 2002 [citado 2006 nov. 1º]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf
15. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. Boston: Duxbury Press; 1995.
16. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13 Supl 2:2257-67.
17. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. Texto Contexto Enferm. 2004;13(1):92-9.
18. Moreira TMM, Araújo TL. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. Rev RENE. 2001;2(2):39-46.
19. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev Esc Enferm USP. 1991;25(3):255-69.
20. Medel ES. Adherence al control de los pacientes hipertensos y factores que la influencian. Cienc Enferm. 1997;3(1):49-58.
21. Mussi FC. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. Acta Paul Enferm. 2003;16(3):77-97.