

# Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares

*Marília Ferreira Dela Coleta\**

## Resumo

Este trabalho analisa as crenças sobre treze comportamentos de saúde cardiovascular, levantadas em três estudos que utilizaram o mesmo método em grupos de indivíduos adultos sem e com diagnóstico de doença cardiovascular. Os estudos se basearam no Modelo de Crenças e Saúde e tiveram vários objetivos, entre eles o de identificar (a) o conhecimento de que o comportamento deveria ser praticado, (b) os benefícios percebidos, (c) as barreiras percebidas e (d) o grau de adesão aos mesmos, a partir do relato individual. No primeiro estudo a amostra foi composta por 50 homens, no segundo participaram 100 homens com problemas cardiovasculares e no terceiro os 61 participantes eram hipertensos e a maioria do sexo feminino. Os resultados mostraram que alguns comportamentos são mais identificados com a saúde cardiovascular do que outros, que há alta concordância de que devem ser praticados, mas baixa adesão, e que os benefícios percebidos estão relacionados à saúde em geral, à saúde cardiovascular ou de outros sistemas e ao bem-estar. As barreiras percebidas variaram em função da natureza dos comportamentos, de modo que para as restrições alimentares foi a limitação do prazer de comer; a falta de tempo foi motivo para não praticar exercícios e não descansar; fazer exames e consultas somente quando necessário ou diante de algum sintoma; evitar preocupações, deixar de fumar e fazer dieta para emagrecer são tarefas difíceis ao ser humano.

**Palavras-chave:** Modelo de Crenças em Saúde, doença cardiovascular, benefícios, barreiras

## Beliefs about health behaviors and adherence to prevention and control of cardiovascular disease

### Abstract

This paper analyzes the beliefs on thirteen behaviors related to cardiovascular health, identified in three studies that used the same method using adult samples diagnosed with and without cardiovascular diseases. All the studies were based on the Health Belief Model and they had several objectives, among these objectives were to identify (a) the knowledge that the behavior should be practiced, (b) the perceived benefits, (c) the perceived barriers, and (d) the level of adherence to them, according to self report. In the first study the sample was composed by 50 men, 100 men with cardiovascular problems participated in the second study, and in the third the sample was 61 hypertensive subjects, most of them female. The results showed that some behaviors are more identified with cardiovascular health than others, that there is high accordance that the behaviors must be practiced, but low adherence to them, and that the perceived benefits are related to general health, to cardiovascular health or to others systems' health, and to well-being. The perceived barriers varied depending of the behavior nature, so that to food restrictions it was the pleasure of eating limitation; the lack of time was the cause to not exercising and not resting; to do exams and to see the doctor, just in case of need or a symptom; to avoid worries, not smoking and to follow a diet to lose weight are perceived as very difficult tasks to the human being.

**Keywords:** Health Belief Model; cardiovascular disease; benefits, barriers

## Las creencias sobre los comportamientos de salud y la adhesión a la prevención y a lo control de las enfermedades cardiovasculares

### Resumen

Este trabajo analiza las creencias sobre trece comportamientos de salud cardiovascular, identificadas en tres estudios que utilizaron el mismo método en grupos de adultos con y sin enfermedad cardiovascular diagnosticada. Los estudios se basan en el Modelo de Creencias de Salud, y tenían como objetivos identificar (a) el conocimiento de que el comportamiento debería ser practicado, (b) los beneficios percibidos, (c) las barreras percibidas y (d) el grado de adhesión a los mismos, con base en el informe individual. La muestra del primer consistió de 50 hombres; 100 hombres con problemas cardiovasculares participaron en lo según estudio y en el tercero, los 61 participantes eran hipertensos y la mayoría eran mujeres. Los resultados mostraron que algunos comportamientos son más identificados con la salud cardiovascular que otros, que hay un alto acuerdo de que se debe mantener estos comportamientos, pero existe baja adherencia a ellos, y los beneficios percibidos están relacionados con la salud general, salud cardiovascular u otros sistemas y el bienestar. Las barreras percibidas varían dependiendo de la naturaleza de los comportamientos, de modo que para las restricciones en la dieta, fue indicada el limite en el disfrute de los alimentos. La falta de tiempo era una razón para no hacer ejercicio y no reposar; hacer exámenes y consulta a lo médico sólo cuando sea necesario o contra algún síntoma; evitar problemas, dejar de fumar y hacer una dieta para bajar de peso es una tarea difícil para los seres humanos.

**Palabras-clave:** Modelo de creencias de salud; enfermedades cardiovasculares; beneficios, barreras

\* Universidade Federal de Uberlândia. Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, doutora em Psicologia Social, E-mail: mariliacoleta@netsite.com.br .

## Introdução

Desde que se reduziu a incidência de doenças infecciosas, a partir do maior conhecimento sobre as enfermidades e da descoberta e desenvolvimento de medicação eficaz, principalmente os antibióticos, houve um aumento proporcional do número de doenças crônicas, cujas causas têm sido apontadas como diversos fatores relacionados ao estilo de vida. Esta mudança no cenário das causas de doenças e mortes da população trouxe grande importância à consideração dos aspectos psicológico e social para a área da saúde.

Psicólogos que têm se dedicado à promoção da saúde têm obtido sucesso reconhecido na modificação de hábitos como fumar, fazer exercícios, seguir dieta balanceada, reduzir o consumo de álcool ou de controlar o stress (Taylor, 1986).

Outra área importante de contribuição do psicólogo é a pesquisa, para a qual possui a instrumentação metodológica e estatística que o capacita a desenvolver rigorosas investigações científicas.

Psicólogos também têm oferecido contribuições teóricas específicas ou aplicáveis à área da saúde. Em decorrência destas tendências, nos últimos anos têm surgido diversos trabalhos buscando explicar o papel de variáveis e de processos psicossociais na prevenção, tratamento e manutenção de comportamentos de saúde, bem como no ajustamento psicológico a doenças, à incapacidade física ou outras formas de vitimação (Harvey, Bratt e Lennox, 1987; Spring, Chiodo e Bowen, 1987).

Teorias e modelos psicológicos têm sido excelentes auxiliares na explicação e na modificação comportamental para a saúde. Já em 1986, o livro de Taylor com o título de *Psicologia da Saúde* cita o Modelo de Crenças em Saúde e a Teoria da Ação Racional como importantes teorias para a área. Dez anos mais tarde, outro livro de mesmo título (Ogden, 1996) dedica um de seus capítulos ao Modelo de Crenças em Saúde, Teoria da Atribuição, Locus de Controle da Saúde, Teoria da Motivação à Proteção e Teoria da Ação Planejada. Em Conner e Norman (1996) toda a obra é dedicada a modelos de cognição social: Modelo de Crenças em Saúde, Locus de Controle da Saúde, Teoria da Motivação à Proteção, Teoria da Ação Planejada e Teoria da Auto-Eficácia. No Brasil, um grupo de psicólogos sociais reuniu suas pesquisas sobre o Modelo de Crenças em Saúde, a teoria da Ação Racional, a teoria do *Self* Cognitivo Experiencial, a teoria da Auto-Eficácia, o Modelo de Promoção da Saúde e o Locus de Controle da Saúde no livro de Dela Coleta (2004).

O Modelo de Crenças em Saúde tem sido considerado “o principal modelo para explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde” (Janz e Becker, 1984, p. 1) ou o modelo “de maior influência e o mais amplamente pesquisado” (Taylor, 1986, p. 62).

O MCS foi desenvolvido por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam corretamente contra certas doenças para as quais já havia testes ou vacinas, tais como a tuberculose ou a poliomielite (Janz e Becker, 1984).

O modelo baseia-se em quatro crenças, duas delas a respeito da enfermidade e as outras duas relacionadas com os comportamentos de saúde para prevenir ou tratar a doença. Segundo Rosenstock (1974a), a Susceptibilidade Percebida refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; a Severidade Percebida diz respeito à gravidade ou seriedade da doença, que pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença e/ou pelos tipos de conseqüências causadas pela doença (dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais, etc.); os Benefícios Percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas; e as Barreiras Percebidas são os aspectos negativos da ação, avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço, aborrecimentos, entre outros.

O potencial para a ação é resultado dos níveis combinados de susceptibilidade e de severidade percebidas na doença, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos as barreiras percebidas nas alternativas comportamentais. Além destas dimensões, fazem parte do MCS alguns estímulos que provocam o processo de tomada de decisão, que podem ter origem “interna” (por exemplo, um sintoma) ou “externa” (influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, etc.). O modelo inclui, ainda, fatores biográficos, psicossociais e estruturais que podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final.

O MCS tem sido aplicado em estudos sobre prevenção e controle do câncer, comportamento sexual e AIDS, adesão ao tratamento de diversas enfermidades, tais como diabetes e hipertensão, e a comportamentos de saúde diversos relacionados a tabagismo, obesidade, sedentarismo, dieta, entre outros (Stuchi, 1999; Dela Coleta, 2004).

A adesão a comportamentos de prevenção e controle de doenças cardiovasculares tem sido uma preocupação

de pesquisadores, do pessoal de saúde e do Ministério da Saúde, dada sua alta morbidade e mortalidade. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003)

No Brasil, mais da metade dos hipertensos abandona o tratamento (Consenso Brasileiro para o tratamento da hipertensão, 1991; Peres, Magna & Viana, 2003). Atribui-se a não adesão do paciente ao tratamento a desestímulos por ocasião da consulta (tempo de espera, dificuldades para marcar), mudança de médico, relacionamento médico-paciente, ausência de sintomas e custos e efeitos colaterais da medicação (Ministério da Saúde, 1993).

Segundo o “Cecil - Tratado de Medicina Interna” (Wyngaarden e Smith, 1982) é difícil estimar a sobrecarga médica, social e econômica das doenças cardiovasculares. Cerca de 40 milhões de cidadãos norte-americanos apresentam alguma forma da doença. No Brasil, a doença cardiovascular tem sido a principal causa de internações do sistema previdenciário e a maior responsável pelo custo econômico de tratamento hospitalar (Martínez, 1990). Em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Em 2003, 27,4% dos óbitos no país foram decorrentes de doenças cardiovasculares (V Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, 2007). Atualmente as doenças cardiovasculares se destacam como principais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira (Passos, Assis & Barreto, 2006; Costa et al, 2007), sendo e a principal causa de morte o acidente vascular cerebral (Lotufo, 2005).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente para doença cardiovascular. As complicações decorrentes da hipertensão arterial envolvem: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Além da alta prevalência na população (11 a 20% dos adultos), calcula-se que a metade dos hipertensos desconhece seu problema. Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, realizados entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. De acordo com Levy (1982) é difícil atribuir as

oscilações da morbidade e mortalidade cardiovascular a eventos específicos, porém, os dois principais processos etiológicos que comprometem o coração e os vasos sanguíneos são a hipertensão e a aterosclerose.

Tanto a hipertensão quanto a aterosclerose desenvolvem-se silenciosamente por vários anos até a ocorrência súbita de um acidente cerebrovascular, ataque cardíaco, angina ou morte. Certas características pessoais são consideradas fatores de risco de cardiopatia coronária: idade, sexo masculino, hipertensão, tabagismo, LDL e HDL colesterol plasmático e diabetes (fatores maiores). Outro grupo inclui: obesidade, vida sedentária, dureza da água (conteúdo de sais minerais), história familiar de cardiopatia antes dos 65 anos, tipo A de personalidade (Friedman e Rosenman, 1976), stress e hipertrigliceridemia (Hermann, Souza e Martinez, 1991).

Cada um desses fatores isoladamente está relacionado à doença cardiovascular, mas em geral ocorre uma combinação entre eles, o que aumenta o risco em proporção muito maior do que a simples soma dos fatores (DiGirolamo e Schlant, 1977).

Entre os fatores de risco cardiovascular a hipertensão é considerada a mais importante. A prevalência da cardiopatia coronariana aterosclerótica é significativamente mais elevada nos indivíduos hipertensos que normotensos (DiGirolamo e Shlant, 1977; Carvalho, 1988; Simões & Schmidt, 1996; Hollanda et al, 2007).

Passos, Assis e Barreto (2006) explicam que nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Tendo em vista a importância do estilo de vida e a relação entre conteúdos cognitivos e a adoção de comportamentos para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares, torna-se necessário conhecer as crenças sobre saúde em geral e aquelas relativas aos comportamentos de saúde cardiovascular, o que permitirá o planejamento de ações eficazes para divulgar conhecimentos, modificar crenças errôneas, eliminar ou reduzir as dificuldades e melhorar a adesão a comportamentos de saúde nos diferentes segmentos da população.

Este trabalho descreve três estudos que tiveram o objetivo de identificar as crenças de amostras da população adulta sobre comportamentos de saúde cardiovascular; ao mesmo tempo buscou-se associar as crenças

aos níveis de adesão aos comportamentos, conforme declarados pelos sujeitos.

### **Material e métodos**

Os estudos descritos atenderam aos requisitos éticos definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo cada projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

O método utilizado nos estudos foi semelhante. A partir de uma relação de comportamentos relacionados com a saúde cardiovascular, foi elaborado um roteiro de entrevista contendo questões abertas destinadas a identificar as crenças dos entrevistados sobre cada um dos comportamentos. A relação de comportamentos foi elaborada previamente (Dela Coleta, 1995) a partir da literatura médica no que se refere a comportamentos de cuidado com a saúde cardiovascular, com objetivo de prevenção ou de tratamento. Esta relação foi submetida a 18 médicos cardiologistas para definição operacional dos níveis de adesão necessários para a saúde cardiovascular de indivíduos com e sem diagnóstico de enfermidades cardiovasculares, levando-se em consideração fatores como idade, sexo ou hereditariedade. Desta forma foram definidos a frequência por semana, o tipo e o tempo de exercícios físicos, as modalidades mais eficazes para redução do estresse, a quantidade de sal ideal na alimentação para portadores e não-portadores de diferentes enfermidades cardiovasculares, a frequência de consultas e exames médicos, etc. Uma análise das recomendações médicas para indivíduos saudáveis, hipertensos e enfartados mostrou que, de modo geral, os comportamentos de saúde cardiovascular são indicados para todos os grupos com diferentes diagnósticos, com exceção apenas de tomar medicamentos, controlar diabetes e reduzir cafeína, mais sugeridos para casos específicos. Os comportamentos indicados pela maioria dos médicos entrevistados para a saúde cardiovascular foram os cuidados com a alimentação, a atividade física regular, o controle do peso e a eliminação do tabagismo. Aproximadamente a metade deles indicou também o controle do estresse e consultas e exames periódicos. Apenas cinco dos dezoito entrevistados referiu-se à parcimônia com as bebidas alcoólicas, o que, de fato, é um campo de conhecimento para o qual ainda estão sendo desenvolvidos os estudos para definir seus aspectos positivos e negativos para a saúde cardiovascular e para a saúde em geral.

Ao abordar o participante, após dar as explicações sobre o estudo e solicitar sua concordância, através do Termo de Consentimento, o pesquisador dava início à entrevista com um script padronizado que deixava claro que “sabe-se que alguns conselhos médicos são fáceis de seguir, mas outros são difíceis ou até impossíveis”, e que a pesquisa tratava justamente de verificar o que a pessoa pensava sobre tais conselhos, mesmo que às vezes fossem ordens médicas.

A entrevista transcorreu sempre na forma de diálogo, permitindo outros comentários que o participante quisesse fazer, na tentativa de tornar o momento agradável e possibilitando a sua liberdade de resposta. As situações eram relativamente privadas, mesmo quando a entrevista se dava em salas de espera, buscando-se garantir o sigilo e anonimato dos participantes.

A análise dos dados baseou-se em análise de conteúdo das respostas dos participantes a cada pergunta, seguido de formação de categorias mais amplas de respostas e cálculo de frequências das mesmas. As crenças foram correlacionadas aos níveis de adesão aos comportamentos através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson ou do teste Qui-quadrado, ou foram comparados sub-grupos através de testes de significância da diferença entre médias (teste  $t$  ou  $F$ ).

### **Estudo 1**

Após autorização expressa dos responsáveis, neste primeiro estudo (Dela Coleta, 1995), cinquenta indivíduos do sexo masculino foram contatados em escolas, residências, consultórios médicos e empresas, quando se pedia aos mesmos que colaborassem em uma “pesquisa de opinião sobre questões de saúde”. O roteiro de entrevista incluía uma lista de 13 comportamentos de saúde cardiovascular e, para cada um deles, buscava-se basicamente saber, na opinião do sujeito: (1) se o comportamento deveria ser seguido por pessoas de sua idade e por que, e (2) se ele próprio o fazia, por que sim (benefícios percebidos no comportamento) ou por que não (barreiras percebidas ao comportamento ou suas conseqüências). Os participantes tinham entre 39 e 72 anos de idade, com média de 52 anos, com grau de escolaridade desde analfabetos até pós-graduados (23 tinham até o primeiro grau, 13 o segundo grau completo e 14 tinham nível superior). Foram incluídos neste grupo alguns sujeitos portadores de hipertensão, com taxas altas de triglicérides ou de colesterol e enfartados, para se identificar benefícios e barreiras percebidos por

quem já tinha sido aconselhado pelos médicos a respeito dos comportamentos estudados.

As respostas foram transcritas, agrupadas e analisadas quanto à frequência (tabela 1). Os resultados mostraram que o grupo de entrevistados apresentou crenças positivas a respeito de se fazer exercícios, evitar preocupações, ter horas de lazer e diversão e manter o peso. De 90 a 95% da amostra apresentou crenças positivas sobre usar menos sal, comer menos gorduras, ter tempo para descanso, medir a pressão arterial, consultar o médico anualmente, não fumar e tomar os remédios receitados pelo médico. Sete sujeitos discordaram que as pessoas de sua idade deveriam evitar bebidas alcoólicas e 15 que deveriam comer menos açúcar.

Quanto à segunda pergunta, “Se o próprio sujeito fazia ou não aquilo sobre o que estava dando sua opinião”, foi encontrada grande inconsistência entre as crenças e os comportamentos, com as respostas negativas em torno de 40%, principalmente naqueles comportamentos mais aprovados pela amostra: evitar preocupações, consultar o médico, ter horas de lazer, fazer exercícios, comer menos sal, descansar, não fumar e medir a pressão arterial, sendo mais consistentes quanto a comer menos açúcar e tomar remédios.

Tabela 1. Frequência de sujeitos que apresentaram crenças em que cada comportamento deveria ser adotado por indivíduos da mesma faixa etária e frequência dos que declararam adesão aos comportamentos de saúde cardiovascular (N=50)

Comportamentos de saúde cardiovascular	Crença nos benefícios do comportamento	Adesão ao comportamento
	%	%
Usar menos sal na comida	90	56
Comer comidas com menos gorduras	90	66
Comer menos doces	70	64
Fazer exercícios, várias vezes por semana	100	64
Evitar preocupações	100	58
Ter momentos de lazer e diversão	100	62
Ter tempo para descansar, relaxar	94	60
Medir a pressão regularmente	90	58
Consultar-se com o médico uma vez ao ano	92	52
Não fumar	94	60
Evitar bebidas alcoólicas	86	68
Controlar o peso	98	78
Tomar os remédios receitados pelos médicos	90	84

Fonte: Dela Coleta, 1995

Quanto aos motivos para praticar tais comportamentos, o número de respostas variou entre 33 e 76, observando-se que, em sua maioria, as crenças referem-se à manutenção e cuidado com a saúde e ao benefício para órgãos ou sistemas específicos do organismo (cardiovascular, respiratório, nervoso).

Além dos benefícios dos comportamentos para a saúde geral do organismo, os benefícios específicos relacionados com o baixo consumo de sal se referiram ao controle da pressão, o consumo de alimentos gordurosos foi relacionado ao colesterol, o açúcar foi relacionado à diabetes e obesidade, os exercícios trazem bem-estar e ajudam no controle do peso, as preocupações causam estresse, o lazer e o descanso têm efeito contrário, a medida da pressão é necessária para prevenção e controle, assim como as consultas médicas, o fumo é percebido como prejudicial aos sistemas respiratório e circulatório, o álcool faz mal ao fígado e coração, controlar o peso traz bem-estar, o médico tem competência para tratar das doenças e os remédios servem para isso.

Para explicar porque não praticam os comportamentos, os entrevistados forneceram entre 9 e 26 respostas. Foi possível observar que as barreiras percebidas variam com o tipo de comportamento. Por exemplo, quando se trata de restrição alimentar, percebe-se o problema do sabor, do hábito e do prazer de comer ou beber; as dificuldades em fazer exercícios e ter lazer e descanso dependem da disponibilidade de tempo; consultas médicas e controle da pressão não são percebidos como necessários até que surja algum sintoma; deixar de fumar, controlar o peso e evitar preocupações são percebidos como dificuldades pessoais que exigem alto investimento para mudança. Um pequeno grupo de sujeitos demonstrou atitude negativa em relação a tomar medicamentos.

## 2º Estudo

Após este estudo foi desenvolvido outro com o mesmo método, porém com uma amostra clínica, a maioria (79%) com diagnóstico de hipertensão, sendo 11% de enfartados, 5% que haviam passado por cirurgia de ponte de safena e 3% que haviam recebido marca-passo, um paciente com angina e um com arritmia cardíaca (Dela Coleta & Claudino, 1996). Participaram 100 sujeitos do sexo masculino, com idade entre 35 e 75 anos, sendo a maioria de idosos, pacientes de hospitais da rede pública (71%) e de consultórios e clínicas particulares de cardiologia (29%) de duas cidades do interior de Minas Gerais. As entrevistas ocorreram nas dependências dos hospitais, consultórios e clínicas, como também nas residências de pacientes, conforme preferência declarada pelos mesmos. O nível de escolaridade dos entrevistados variou de analfabetismo ao 3º grau, sendo que 61% tinham estudado até a 4ª série do ensino fundamental.

A primeira parte do questionário buscava identificar as crenças positivas e negativas sobre a importância dos comportamentos para a saúde cardiovascular de indivíduos de sua faixa etária. Em seguida se buscava identificar os benefícios e as barreiras percebidas na prática destes comportamentos e, finalmente, se perguntava qual o grau de adesão dos entrevistados aos mesmos comportamentos.

Uma análise das crenças positivas e negativas sobre os comportamentos, bem como da frequência de indivíduos que não souberam se posicionar a respeito, mostrou que os entrevistados são amplamente favoráveis a alguns comportamentos e menos favoráveis a outros.

Assim, verificou-se que os comportamentos mais aceitos foram: usar menos sal na comida, consultar o médico pelo menos uma vez por ano e tomar os remédios receitados pelo médico. Houve menor aceitação dos seguintes comportamentos: comer menos doce, menos açúcar; fazer exercícios, várias vezes por semana; e ter um tempo para relaxar, descansar.

Também neste estudo observou-se grande diferença entre o que as pessoas pensam e fazem, como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Frequência de sujeitos que apresentaram crenças em que cada comportamento deveria ser adotado por indivíduos da mesma faixa etária e frequência dos que declararam adesão e não adesão aos comportamentos de saúde cardiovascular (N=100)

COMPORTAMENTOS	Crença nos benefícios	Adesão total*	Não-adesão
	%	%	%
Usar menos sal na comida	80	70	30
Comer comida com pouca ou nenhuma gordura	77	37	18
Comer pouco ou nenhum doce, ou alimentos com açúcar	53	23	51
Fazer exercícios, várias vezes por semana	55	34	59
Fazer exames regularmente	61	49	23
Evitar a pressa e as preocupações	72	44	32
Ter suas horas de lazer e diversão todos os dias	71	23	33
Ter um tempo para descansar, relaxar	75	23	21
Procurar medir a pressão arterial	68	43	27
Consultar o médico uma vez por ano	84	47	53
Não fumar	72	74	24
Evitar bebidas alcoólicas	88	74	2
Controlar o peso	73	19	27
Tomar os remédios receitados pelo médico	92	88	3

Nota: Adesão total é a prática nos níveis recomendados pelos médicos para cada indivíduo

Uma análise complementar das respostas obtidas sugere algumas preocupações com relação à saúde destes pacientes: 18% deles ingerem alimentos com gorduras uma a duas vezes por dia; 51% ingerem alimentos com açúcar até 3 vezes ao dia; 59% não fazem qualquer tipo de exercício físico; 51% nunca ou raramente fazem exames para controle de colesterol, diabetes ou triglicérides; 56% não conseguem ou conseguem só raramente controlar o nervosismo e ansiedade a fim de evitar o estresse; 45% afirmam nunca ou raramente ter momentos de lazer; 27% nunca ou raramente descansam; 28% não procuram fazer ou raramente fazem a medida da pressão arterial; 5% nunca vão ao médico, 11% vão raramente e 37% só vão quando doentes; 6% fumam entre 10 e 20 cigarros por dia; 17% não conseguem controlar o peso; 3% não tomam os remédios receitados pelos médicos pois acreditam que eles é que sabem cuidar da própria saúde, enquanto 9% tomam às vezes, pois se esquecem ou não compram mais quando a medicação acaba.

Ao perguntar-se por que o sujeito era ou não favorável a que as pessoas de sua idade aderissem aos comportamentos, as respostas foram transcritas, constituindo-se nos “benefícios percebidos” e nas “barreiras percebidas” aos comportamentos. A análise das respostas a estas questões mostrou que houve predomínio de crenças referentes ao efeito benéfico dos comportamentos para a saúde e a confiança no médico como especialista. Com menor frequência foram mencionados os benefícios para sistemas específicos do organismo, como por exemplo, o efeito da diminuição da ingestão de sal no controle da pressão arterial, o consumo de alimentos com baixo teor de gordura para manter as taxas sanguíneas de colesterol nos limites aceitáveis, a relação do consumo de doces e o diabetes, evitar preocupações para preservar o sistema nervoso e prevenir o estresse, medir a pressão regularmente como forma de controlá-la em níveis mais adequados, não fumar para não prejudicar mais o sistema cardiovascular nem respiratório.

As respostas mais frequentes desta amostra de pacientes cardiovasculares, a maioria do sistema público de saúde, para não aderir aos comportamentos estavam relacionadas, de modo geral e consistente, à crença em que o comportamento não é necessário, incluindo-se aqui as consultas médicas e medidas da pressão arterial, ou que não faz mal para a saúde, caso da ingestão de sal, alimentos gordurosos, doces e bebidas alcoólicas, com algumas respostas mais específicas ao variar o comportamento: para a dieta controlada a barreira é principalmente porque a pessoa gosta daqueles alimentos, para o controle do

estresse e eliminação ou redução do tabagismo destaca-se a dificuldade para mudar. Neste estudo uma minoria (3%) também apresentou atitudes negativas quanto a tomar remédios indicados pelos médicos.

As conclusões deste estudo indicaram que, quanto à prática dos comportamentos, a maioria dos pacientes toma os remédios receitados pelo médico, não bebe, não fuma e consome pouco sal, porém não faz exercícios. Comparando-se o grupo de hipertensos com o grupo de cardíacos (casos de enfarte, ponte de safena, marca passo e arritmia cardíaca), encontrou-se que 47% do primeiro grupo e 86% do segundo acreditam que as pessoas de sua idade deveriam fazer mais exercícios, várias vezes por semana ( $X^2 = 8,6$  ;  $p = 0,003$ ), sem diferença com relação aos demais comportamentos preventivos do enfarte.

Uma correlação entre a idade e a adesão aos comportamentos recomendados indicou que maior idade estava significativamente relacionada a menor consumo de sal às refeições ( $r = -0,17$ ;  $p < 0,05$ ), a maior frequência de exames para medida do colesterol, triglicérides ou glicose ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ) e da pressão arterial ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ), mais períodos de descanso ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,05$ ).

Ao se confrontar o grupo de pacientes do sistema público de saúde com o grupo entrevistado em consultórios particulares foram encontradas diferenças apenas para o controle alimentar, de modo que os pacientes particulares mostraram maior consumo semanal de sal ( $F = 6,21$ ;  $p < 0,05$ ) e de alimentos gordurosos ( $F = 11,22$ ;  $p < 0,01$ ).

### Estudo 3

Neste estudo (Carrijo & Dela Coleta, 2007) participaram 61 pacientes hipertensos em tratamento nos Ambulatórios de Cardiologia e de Endocrinologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com idades entre 39 e 78 anos ( $M = 59$ ), a maioria (70,5%) com nível de escolaridade entre o analfabetismo e o ensino fundamental incompleto e, diferentemente dos dois estudos anteriores, a maioria da amostra (77%) era de sexo feminino. Quanto à comorbidade, 72,1% apresentavam outras enfermidades além da hipertensão, sendo que 40% deles tinha sido diagnosticada como obesos e 47,5% como diabéticos.

O instrumento foi semelhante aos estudos citados anteriormente (Dela Coleta, 1995, 1996, 2004), buscando-se identificar as crenças positivas ou negativas sobre cada comportamento, a adesão aos mesmos, os benefícios percebidos através dos motivos para praticar os comportamentos e a barreiras percebidas por meio das respostas a respeito de por que não praticá-los.

Na tabela 3 é possível verificar que a amostra maciçamente apresentou crenças positivas a respeito de todos os comportamentos, porém o grau de adesão foi diferente para cada comportamento. Mais de 80% dos pacientes declarou a adesão à dieta com restrição de sal, gordura e açúcares, à regularidade na medida da pressão e nas consultas médicas, não fumar, evitar bebida alcoólica e tomar medicação corretamente. O controle do peso e os comportamentos relacionados com o controle do estresse tiveram uma adesão mais baixa (entre 62 e 77%) e houve uma frequência muito baixa (37,7%) de adesão à prática de exercícios.

Tabela 3. Frequência de sujeitos que apresentaram crenças em que cada comportamento deveria ser adotado por indivíduos da mesma faixa etária e frequência dos que declararam adesão aos comportamentos de saúde cardiovascular (N=61)

Comportamentos	Crença nos benefícios do comportamento %	Adesão ao comportamento %
Usar menos sal na comida	100,0	85,2
Comer comida com menos gorduras	95,1	93,4
Comer menos doces, açúcares	82,0	88,5
Fazer exercícios, várias vezes na semana	95,1	37,7
Evitar preocupações	95,1	62,3
Ter suas horas de lazer e diversão	98,4	49,2
Ter um tempo para descansar, relaxar	93,4	73,8
Procurar medir a pressão arterial	100,0	80,3
Consultar o médico uma vez por ano	98,4	85,2
Não fumar	98,4	82,0
Evitar bebidas alcoólicas	100,0	96,7
Controlar o peso	96,7	77,0
Tomar os remédios de acordo com a receita médica	100,0	93,4

Neste estudo os benefícios e as barreiras percebidos nos comportamentos de saúde foram, ainda, classificados em categorias mais amplas, construídas a partir do conteúdo das respostas oferecidas nas entrevistas. Após a categorização das respostas, verificou-se que para a maioria dos comportamentos, os benefícios percebidos estavam associados ao controle da pressão para todos os comportamentos, à saúde em 12 comportamentos, ao controle da pressão arterial em 12 comportamentos e ao bem-estar em 7 deles. Com menor frequência, outros benefícios foram categorizados como preventivos de conseqüências específicas para a saúde (enfarte, derrame, colesterol alto, diabetes, depressão) ou relacionados a outros efeitos, como por exemplo, os

exercícios, a restrição de açúcar e o controle do peso como benéficos para a manutenção de um corpo mais ágil, leve e bonito.

Com relação às barreiras percebidas, as respostas foram bastante específicas e relacionadas ao tipo de custo associado a cada comportamento. Assim, verificou-se que para a alimentação com restrição de sal, comidas gordurosas e doces, a principal barreira encontrada esteve associada ao sabor dos alimentos, por serem considerados desagradáveis ao paladar ou por afetar o prazer de comer. Para a prática de exercícios físicos, lazer e diversão, períodos de descanso, os pacientes relataram, em comum, a falta de tempo e preguiça, além de não gostar ou não ter costume.

Foram ainda citadas, para a falta de adesão aos exercícios, certas restrições de locomoção causadas por outras enfermidades ou acidentes. Os fumantes referem-se a grandes dificuldades em deixar o hábito, assim como os pacientes em geral declaram sua incapacidade para evitar preocupações. Medir a pressão arterial e tomar remédios de acordo com a receita médica tiveram em comum, como barreira, o esquecimento. Entretanto, apesar da maioria dos comportamentos estar sob o controle dos indivíduos, algumas respostas refletem barreiras externas. Tal é o caso principalmente das dificuldades dos pacientes em marcar consultas médicas e fazer exames, devido a problemas do sistema de saúde.

Diferentemente dos estudos citados anteriormente e como forma de explorar melhor a adesão de pacientes hipertensos aos comportamentos de saúde cardiovascular, neste estudo foi utilizada uma medida de depressão, sendo comparados os grupos de aderentes com não aderentes. Os resultados dos testes de diferença entre médias mostraram diferenças significativas entre os grupos na prática de exercícios físicos regulares ( $t = -2,20$ ;  $p < 0,05$ ) e no hábito de ter lazer ou diversão ( $t = -2,49$ ;  $p < 0,05$ ), com os não aderentes apresentando médias mais altas no Inventário de Depressão de Beck, correspondendo ao nível de depressão leve ( $M=16,3$  para exercícios e  $M=17,2$  para lazer), do que os aderentes, com médias indicando ausência de depressão ou depressão mínima ( $M=11,5$  e  $M=11,8$ , respectivamente).

## Conclusões e discussão

Os estudos relatados mostram mais semelhanças do que diferenças. As semelhanças são mais evidentes entre os estudos, quando se examina o conteúdo das respostas sobre os benefícios e barreiras percebidos, e as diferenças aparecem mais quando são comparados os diferentes

comportamentos de saúde cardiovascular estudados, principalmente no que se refere às barreiras.

Assim, de modo geral, a maioria dos participantes dos três estudos apresentou crenças positivas sobre os benefícios para indivíduos da mesma faixa etária em usar menos sal, comer menos gorduras, controlar o estresse, medir a pressão arterial, não fumar, beber moderadamente, controlar o peso e tomar os remédios receitados pelo médico.

Foi obtida uma proporção de 3 a 4 vezes mais benefícios do que barreiras percebidas nos comportamentos estudados e os benefícios mais frequentemente citados foram os relativos à saúde em geral, saúde dos órgãos e sistemas, prevenção e controle de doenças e, em alguns casos, o sentimento de bem-estar.

As barreiras foram mais específicas e relacionadas ao tipo de comportamento. Restrições aos hábitos alimentares levaram a explicações sobre prejuízo para o sabor dos alimentos e o prazer de comer, a falta de tempo ou de hábito foi relacionada com a não adesão a exercícios e comportamentos de controle do estresse, consultas e exames não são percebidos como sempre necessários, e controlar o peso, o estresse ou o tabagismo são tarefas extremamente difíceis.

Apesar de ter sido observada alta concordância de respostas entre estudos, algumas diferenças apareceram devido principalmente ao diagnóstico, sistema de saúde utilizado, sexo e idade dos participantes, de modo consistente com os estudos na área (Sarquis et al, 1998; Oliveira, 2007; Mousinho & Moura, 2008; Lima, Meiners & Soler, 2010), sugerindo que deve ser dada atenção às características sócio-demográficas do paciente, além de identificar suas crenças sobre saúde.

O estudo de Pires e Mussi (2008), com método semelhante, utilizou uma amostra de 106 adultos hipertensos, que se declararam de cor preta ou parda, a maioria de mulheres, com predomínio de baixa escolaridade e baixa renda familiar. As autoras encontraram que os indivíduos de escolaridade, renda e faixa etária mais baixas, sem companheiro, perceberam menos benefícios em alguns comportamentos. Também foi verificado o predomínio da percepção de benefícios para todos os comportamentos com exceção de evitar preocupações, para o qual a maioria mostrou-se indecisa sobre seus benefícios para o controle da pressão arterial. As autoras destacam que 1/3 dos participantes apresentaram barreiras para a diminuição no consumo de sal, por representar esforço, diminuição do prazer ou não estar envolvido no preparo dos alimentos e concluem que o tratamento da hiperten-



são arterial exige mudanças no estilo de vida e que, para isso, deve ser dada atenção às barreiras de origem social e econômica que possam prejudicar o tratamento.

Alguns resultados dos estudos relatados são preocupantes quanto à saúde cardiovascular dos participantes. Referem-se a não adesão por falta de conhecimento sobre os benefícios dos comportamentos, por manter hábitos nocivos e perceber dificuldades em promover mudanças no estilo de vida, pelas atitudes negativas em relação a médicos e remédios, entre outros.

A literatura mostra que as crenças comportamentais (benefícios e barreiras percebidos) têm um papel mais importante na predição de comportamentos de saúde do que a percepção de severidade e de susceptibilidade às doenças. A revisão de Janz e Becker (1984), cobrindo 29 estudos conduzidos entre 1974 e 1984, revela que os melhores resultados foram obtidos para a variável barreiras, seguindo-se benefícios, susceptibilidade e severidade, nesta ordem. Dela Coleta (1995) revisou 27 estudos, desenvolvidos entre 1984 e 1994, em que foram utilizadas as quatro dimensões como preditoras de comportamentos de saúde, confirmando as barreiras em 63% dos estudos, os benefícios em 56%, a susceptibilidade em 41% e a severidade em apenas 37% deles.

O estudo da relação entre as atitudes e de seu componente cognitivo, as crenças, e os comportamentos tem acompanhado o desenvolvimento da psicologia social cognitiva desde o seu início, constituindo-se em desafio para a explicação e predição da complexidade do comportamento humano. O Modelo de Crenças em Saúde tem mostrado sua relevância para tais objetivos ao se tratar de cuidados com a saúde e merece maior investimento em pesquisas que visem a intervenção nas crenças com finalidade de modificação do comportamento. As estratégias, se aplicadas adequadamente por ocasião das consultas (Giannotti, 2002; Coelho & Nobre, 2006) ou através da mídia, poderiam melhorar os índices de saúde cardiovascular da população.

## Referências

- Carrizo, R. & Dela Coleta, M.F. (2007). *Influência de variáveis psicossociais e de crenças em saúde na adesão ao tratamento de pacientes hipertensos*. Relatório de pesquisa. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Carvalho, J. J. M. (1988). Aspectos preventivos em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 50(1), 59-67.
- Coelho, E.B. & Nobre, F. (2006). Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 51-54.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). *Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham, PA: Open University Press.
- Costa, J. S. D., Barcellos, F. C., Sclovitz, M. L., Sclovitz, I. K. T., Castanheira, M., Olinto, M. T., Menezes, A. M., Gigante, D. P., Macedo, S., & Fuchs, S. C. (2007). Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(1), 59-65.
- Dela Coleta, M. F., & Claudino, V. M. (1996). *Barreiras e benefícios percebidos em comportamentos preventivos da doença isquêmica do coração*. Relatório de pesquisa. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Dela Coleta, M. F. (1995) *O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. 334 f. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Dela Coleta, M. F. (2004). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde*. Taubaté: Cabral Editora.
- DiGirolamo, M., & Schlant, R. C. (1977). Etiologia da Aterosclerose Coronariana. In J. W. Hurst (Ed.) *O Coração: artérias e veias*. Tomo II. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan S.A.
- Formiga, A. S. C., Dias, M. R., & Saldanha, A. A. W. (2005). Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. *Psico-USP*, 10 (1), 31-40.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1976). *O Tipo A: seu comportamento e seu coração*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195.
- Harvey, J. H., Bratt, A., & Lennox, R. D. (1987). The maturing interface of social-clinical -counseling psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 8-20.
- Hermann, J. L. V., Souza, J. A. M., & Martinez Filho, E. E. (1991). Insuficiência coronariana. *Revista Brasileira de Medicina*, 48, edição especial, 33-40.
- Hollanda, L., Paladino A.T., Froes A., Feitosa R., Gazal J., Zaidan E., Jibrán N., Oblitas X., Gonzaga C.C., Passarelli Jr, O., Borelli F.A.O., & Amodeo C. (2007). Hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica: vilões que andam juntos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(4), 280-285.
- I Consenso Brasileiro para o tratamento da hipertensão arterial (1991). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 56, suplemento A, A1 - A16.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Levy, R. J. (1982). Prevalência e epidemiologia das doenças cardiovasculares. In: J. B. Wyngaarden, & L. H. Smith (Eds) *CECIL - Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Lima, T. M., Meiners, M.M.M., & Soler, O. (2010). Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 1 (2), 113-120.
- Lotufo, P. A. (2005). Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Medical Journal*, 123 (1), 3-4.
- Martinez, T. R. L. (1990). Hipercolesterolemia: tomada de consciência nacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 54(4), 285.
- Ministério da Saúde (1993). *Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: CDC/NUTES.
- Mousinho, P.L.M. & Moura, M.E.S. (2008). Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva*, 5 (25), 212-216.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. Bristol, PA: Open University Press.
- Oliveira, T.C.E. (2007). *Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Passos, V. M. A., Assis, T. D., & Barreto, S. M. (2006). Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, 15 (1), 35-45.
- Péres, D. S., Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de Hipertensão Arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5), 635 – 642.
- Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (supl. 2), 2257-2267.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-387.

- Sarquis, L.M.M., Dell'acqua, M.C.Q., Gallani, M.C.B.J., Moreira, R.M., Bocchi, S.C.M., Tase, T.H., & Pierin, A.M.G. (1998). A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (4), 335-353.
- Simões M.V. & Schmidt, A. (1996). Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Medicina*, 29, 214-219.
- Spring, B., Chiodo, J., & Bowen, D. J. (1987). The social-clinical-psychobiology interface: Implications for health psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 1-7.
- Stuchi, R. A. G. (1999). *Crenças dos portadores de doença coronária sobre os comportamentos de risco*. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP.
- Taylor, S. E. (1986) *Health Psychology*. New York: Handom House.
- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003). The JNC 7 Report. *JAMA*, 289(19), 2560-72.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89, (3), e24-e79.
- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). *Revista Brasileira de Hipertensão*, 17 (1), 1-69.
- Wyngaarden, J. B., & Smith, L. H. (1982). *CECIL - Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.