

COMPORTAMENTO PREVENTIVO DE SERVIDORES DA UEM HIPERTENSOS E A ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO DO AMBULATÓRIO

PREVENTIVE BEHAVIOR OF UEM'S WORKERS AND THEIR PARTICIPATION IN THE
AMBULATORY ASSISTANCE PROGRAM TO THE HYPERTENSIVE

SONIA SILVA MARCON*, **ELIZABETH A. A. VALSECHI****, **REGINA LUCIA
DALLA TORRE SILVA*****, **MARIA ANGELICA PAGLIARINI WAIDMAN******

RESUMO

Estudo descritivo exploratório cujo objetivo foi identificar nos empregados de UEM inscritos no Programa de Assistência ao Hipertenso do Ambulatório, as variáveis do modelo de crença na saúde que interferem positiva ou negativamente, na adoção de ações que caracterizam um comportamento na saúde, representado pela aderência au Programa. O estudo foi realizado em 41 indivíduos (80,4%) seleccionados pela técnica de mostras não probabilística. Os resultados demostraram que a maioria dos indivíduos adotam um comportamento preventivo, que as variáveis suscetibilidade, gravidade, benefícios percebidos e eventos motivadores, mostraram muita e média importância nesta adoção, sendo que os hábitos de vida mais alterados estão relacionados com a alimentação, tabaco e bebida alcólica.

Palavras chaves: Hipertenso. Aderência e comportamento preventivo.

ABSTRACT

The aim of this exploratory and descriptive study was identify in the UEM's workers who enroled to the Ambulatory Assistance Program to the Hypertensive, the models of beliefs in healt which interferences positively or negatively in he adoption of actions to a healthy behavior, represented by the participation to the program. The study comprised a group of 41 subjects (80,4%) selected by a nonstatistical sample test. The results revealed that the majority of subjects adopted preventive behavior and the following variables as susceptibility, gravity, benefits and motivational events showed different levels of importance, so that more disturbed habits of life are related to feeding, smoke and alcoholic drinks.

Keywords: Hypertensive. Preventive behavior. Participation.

* Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - Paraná - Brasil.

* Enfermeira. Professor Livre-Docente em Enfermagem Em Saúde Pública. Mestre em Saúde do Adulto. Doutoranda em Filosofia da Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

** Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior.

*** Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino da Pesquisa e da Assistência de Enfermagem. Mestranda em Saúde Coletiva.

**** Enfermeira.

I. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial associada a outros fatores de risco aos quais esta exposta a população adulta, esta diretamente relacionada a cerca de 2/3 dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares (LOLIO, 1990).

Os problemas cardiovasculares fatais ou não fatais, como a insuficiência cardíaca, arterioesclerose e doença coronariana, por sua vez, são, entre duas e seis vezes mais frequentes nos hipertensos que nos indivíduos normotensos (NETO, 1990).

A elevada prevalência da hipertensão arterial (HA) faz com que a mesma passe a constituir um dos principais problemas de saúde pública, já sendo inclusive, considerada como tal nos países desenvolvidos.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1988) deve existir aproximadamente 10 milhões de indivíduos portadores desta moléstia e, destes, cerca de 50 a 70% desconhecem o seu diagnóstico, o que impossibilita que medidas preventivas sejam colocadas em prática. Dos que conhecem seu diagnóstico, somente 1/3 encontra-se com sua pressão arterial controlada.

No entanto, vários países vem apresentando redução significativa de mortalidade por doenças cardiovasculares e acredita-se que o controle, embora não seja o único fator responsável, tem contribuído de forma decisiva neste decréscimo. O que significa que óbitos por doenças correlatas tenderão a uma queda quando a detecção e controle da hipertensão arterial for prática constante nos serviços de saúde.

No que diz respeito ao paciente, inúmeros aspectos já foram relacionados como influenciando a aderência do indivíduo hipertenso ao tratamento, tais como situação sócio econômica, grau de instrução, idade, atividades que executa, sentimentos e conhecimentos sobre a doença, crenças de saúde, estilo de vida, experiência anterior com a doença no meio em que vive, percepção da seriedade do

problema, complexidade do tratamento, atitudes decorrentes do sistema de saúde vigente, efeitos colaterais dos medicamentos, percepção social do problema e relacionamento inadequado com membros da equipe de Saúde. (PIERIN, 1992).

Além disso, a aderência ao tratamento constitui um tipo de comportamento preventivo em saúde - CPS - (evidenciado sempre que ações, que os indivíduos acreditam serem benéficas para se manter sadio, são adotadas).

O comportamento em saúde, segundo HOCHBAUM (1974), como todo comportamento humano, é imensamente complexo, resultante de influências passadas e presentes provenientes de várias fontes. Ele é motivado primariamente por um desejo do indivíduo em proteger-se contra as ameaças à sua saúde e segurança, pouco importando se a ameaça é real ou imaginária, uma vez que o homem age de acordo como ele percebe as coisas (HOCHBAUM-1974).

Assim, para que uma decisão particular em saúde seja tomada vai depender se a pessoa percebe ou não uma doença como ameaça.

Porém, nem sempre o fato do indivíduo identificar a presença da ameaça constitui condição "sine qua non" para que o mesmo adote um comportamento preventivo.

Neste sentido, CADEIAS e MARCONDES (1976) afirmam que é comum encontrar indivíduos que tiveram acesso a conhecimentos científicos, considerá-los relevantes para a manutenção da saúde e no entanto adotarem um comportamento inconsistente. E mais, salientam que na prática, ao se analisar o processo de tomada de decisões em saúde, freqüentemente, é constatado que existe uma inconsistência entre os conhecimentos (o que se sabe), as atitudes (o que se sente), e a prática ou comportamento preventivo (o que se faz).

Na verdade, a preocupação com a identificação das variáveis que interferem, positiva ou negativamente, na determinação do indivíduo em ingajar-se em ações que caracterizam um

comportamento preventivo em saúde, seja para prevenir determinadas doenças ou detectá-las em um estágio assintomático ou inicial, tem constituído problema de pesquisa de vários estudos, alguns inclusive no Brasil (CAR et al., 1988; FERREIRA, 1983 e MARCON et al., 1982) principalmente depois da divulgação do Modelo de Crença em Saúde (MCS) idealizado por ROSENSTOCK (1966).

Um dos principais postulados deste modelo é o de que o indivíduo engaja em sua ação recomendada de saúde visando a prevenção ou a cura de muitas doenças ou condições, dependendo, até certo ponto, de suas percepções individuais sobre: a) *susceptibilidade pessoal* - percepção subjetiva do indivíduo sobre seu risco objetivo de contrair uma determinada condição (doença); b) *gravidade percebida* - quantidade de dificuldades em um ou mais componentes de vida que a dada condição, se contraída, poderia causar; c) *os possíveis benefícios* de determinadas ações em termos de reduzir a susceptibilidade e/ou a gravidade percebida; d) *as possíveis barreiras* que poderiam inibir o início ou a continuidade de uma ação percebida como benéfica, dependendo do quanto essa ação é considerada como inconveniente, cara, desagradável, perigosa, deprimente, etc; e) *os eventos motivadores* que se encarregariam de colocar em movimento o processo de adoção da ação. Na área de saúde, tais eventos ou caminhos podem ser internos (percepção do estado corporal) e externo (impacto dos meios de comunicação, recebimento de alguma notícia de doença ou orientação de profissionais de saúde).

A intensidade requerida por estes eventos para acionar um comportamento preventivo varia de acordo com os níveis de alerta. Um estado de alerta baixo, devido à pequena aceitação da susceptibilidade e gravidade, necessita de estímulo mais intenso. Ao contrário, se existe alta prontidão ou alerta para a ação, o estímulo necessário para acionar um comportamento preventivo é pequeno.

Diante do exposto, parece-nos fundamen-

tal que estudos na área de comportamento em saúde sejam realizados para que possam surgir propostas científicas de modelos comportamentais adaptados a nossa realidade e que estes modelos quando aplicados, forneçam uma base teórica para os programas de educação em saúde. Assim sendo, identificar o que os indivíduos sabem e pensam a respeito da hipertensão e seu tratamento, e quais as crenças em relação a estas questões constitui condição importante para que se possa elaborar programas eficazes de orientação, tendo em vista a aderência de indivíduos hipertensos ao tratamento de assistência propostos. Justificando-se desta forma, a realização deste estudo junto a servidores da UEM já identificados como hipertensos.

Objetivo geral

Identificar, nos servidores da UEM hipertensos, as variáveis do modelo de crença em saúde que interferem, positiva ou negativamente, na adoção de ações que caracterizam um comportamento preventivo em saúde, representada pela aderência ao programa de Assistência ao Hipertenso do Ambulatório.

Objetivos específicos

– Classificar a importância atribuída às variáveis do Modelo de Crença em Saúde (MCS) no comportamento de servidores da UEM hipertensos.

– Caracterizar o grau de aderência de servidores da UEM hipertensos, ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório e/ou a outros tipos de programas.

II. MATERIAL E METODOS

Este é um estudo do tipo descritivo exploratório desenvolvido junto a 41 indivíduos inscritos no Programa de Assistência ao Hipertenso do Ambulatório da Uem, selecionados através da

técnica de amostragem não probabilística. Na composição da amostra adotou-se como critério o fato do indivíduo, por ocasião da coleta de dados, estar inscrito no programa há pelo menos 3 meses.

A solicitação ao cliente para participar do estudo foi feita verbalmente pelos coletadores de dados e neste momento, os servidores foram informados sobre o estudo e seus objetivos, e esclarecidos de que sua participação no mesmo, era livre, além de lhe ter sido garantido sigilo quanto às informações prestadas e o anonimato.

Os dados foram coletados pelos autores e mais dois professores do Departamento de Enfermagem e uma assistente social, todos previamente treinados para esta finalidade, no momento em que o indivíduo comparecia ao serviço para alguma atividade prevista no programa, através de um instrumento do tipo check-list, constituído de 56 questões elaborado com objetivo de levantar dados relativos às características gerais da amostra, conhecimento sobre hipertensão, grau de importância atribuída às variáveis do Modelo de Crença em Saúde e aderência ao tratamento.

O instrumento de coleta de dados, com a colaboração de um grupo de 13 peritos, foi submetido a uma validade aparente e de conteúdo e a uma confiabilidade do tipo inter-observadores.

III. RESULTADOS

3.1. Características gerais da amostra

Na presente pesquisa 41 sujeitos compuseram a amostra, dos quais, a maioria predominantemente é do sexo masculino (80,0%), casados (75,6%), católicos (73,2%) praticantes (73,2%), encontra-se na faixa etária acima dos 40 anos, com uma média de idade de 56 anos, e tem no máximo, o primário completo (60,97%).

Quanto ao grau de escolaridade, os vinte e três indivíduos (56,1%) que tinham o primário incompleto, somados aos cinco

(4,8%) que tinham o primário completo perfazem a maioria da amostra, no entanto, no outro polo encontramos oito indivíduos (19,5%) que possuem inclusive pós-graduação completa. Do total de indivíduos em estudo, sete (14,3%) são professores e destes, quatro já possuem inclusive o título de doutor.

3.2. Variáveis do modelo de crença em saúde (MCS)

a) Suscetibilidade percebida

Várias questões proporcionaram a avaliação do valor atribuível a esta variável. Com relação às afirmações os indivíduos não se preocupam com sua saúde enquanto estão bem e o que acontece com a saúde é mais um resultado do que se faz do que uma questão de sorte obteve-se os seguintes resultados: 65,85% e 70,7% dos entrevistados, respectivamente, concordaram totalmente ou bastante; 14,6% e 17,1 concordaram medianamente e 17,1% e 12,2 não concordaram. Além disso, 70,7% não concordam com a afirmação de que o indivíduo só deve procurar os serviços de saúde após terem falhado tentativas de tratamento sem indicação médica, como dietas, simpatias, indicações de conhecidos/familiares.

Com relação à susceptibilidade específica para HA identificamos que 92,7% dos sujeitos consideraram que os indivíduos idosos são os mais suscetíveis de desenvolverem a HA, seguidos de adultos, mulheres grávidas e crianças. Esta crença possivelmente justifique o fato de apenas 36,6% dos indivíduos ficarem bastante preocupados com a pressão arterial frente a outros problemas cotidianos como o dinheiro, trabalho e família. Quase a metade dos sujeitos, ou seja 48,8% ficam pouco ou mediana/e preocupados e 14,6% não ficam preocupados.

b) Gravidade percebida

Em relação à importância atribuída a esta

variável, procurou-se inicialmente investigar os motivos que levaram os indivíduos do estudo a classificarem uma doença como grave/perigosa, tendo sido identificadas, por ordem de prioridade os seguintes fatores: precisar tratar a vida toda (21,7% das respostas), causar defeito físico (21,7%), - passar doença para outros membros da família (14,6%) e necessitar de hospitalização (9,3%). Além disso, a maioria das respostas dos sujeitos à questão "A hipertensão é uma doença muito grave", foram classificadas no nível de muita importância, uma vez que 58,5% e 19,5% dos mesmos respectivamente concordam totalmente e bastante com a afirmação. Da mesma forma, 87,8% dos sujeitos acreditam que a H.A. pode causar ou ajudar a causar outros problemas de saúde e só 9,8% dos sujeitos deste estudo não acreditam nisto.

No entanto, comparado com outras 10 doenças a HA foi classificada em 5º lugar de gravidade, sendo que para estes sujeitos as doenças consideradas mais graves, por ordem de prioridade foram: câncer, AIDS, infarto do miocárdio e acidentes de trânsito.

c) Benefícios do tratamento

A avaliação desta variável demonstrou que a totalidade dos indivíduos em estudo acreditam totalmente (78,1%) ou bastante (21,9%) na eficácia do tratamento para hipertensão arterial uma vez que o tratamento é capaz de manter a pressão arterial em níveis satisfatórios, o que os leva a acreditar muito (75,6%) que o tratamento da hipertensão ajuda uma pessoa a não ter outros problemas de saúde. Além disso, apenas 2,4% dos sujeitos da amostra não concordam que a hipertensão arterial, apesar de perigosa, pode ser evitada com mudanças em seus hábitos de vida.

d) Eventos motivadores

A importância atribuída a esta variável foi investigada em termos de conhecimentos relativos à HA e motivos que levaram os indivíduos a iniciarem o tratamento. Em

relação ao conhecimento identificamos por exemplo, que 60,17% dos indivíduos da amostra classificam que a frequência com que ocorre a HA em nosso meio é grande. Isto de fato é real, estudos têm comprovado que a prevalência da HA em nosso meio encontra-se em torno de 10 a 20%, índice este considerado bastante elevado, já que não constituamos uma nação de primeiro mundo, onde é mais frequente as doenças do aparelho circulatório.

Quanto ao conhecimento dos fatores predisponentes, observou-se que os mais citados foram uso excessivo de sal (16,3%), stress/esgotamento nervoso (16,3%), uso de bebida alcoólica (15,8%), fumo (13,3%), hereditariedade (10,0%), vida sedentária (11,25%), excesso de peso (10,2%) e uso de anticoncepcional oral (6,7%).

Com relação aos sintomas da HA identificou-se que mesmos os sintomas mais comuns não são conhecidos por todos os indivíduos do estudo sendo que os sintomas conhecidos relatados com maior frequência foram: tontura (15,4% das respostas), palpitação (12,6%), dormência e formigamento nos braços e pernas (12,6%), cansaço fácil (12,1%) e vista turva ou embaralhada (12,1%). Com relação aos sintomas já sentidos, os relatados com maior frequência foram: tontura (17,4%), dor de cabeça (16,9%) e cansaço fácil (13,71%).

Com relação às possíveis complicações orgânicas que podem surgir como consequência da HA, as assinaladas com maior frequência foram: derrame cerebral (14,5% das respostas) e infarto (14,5%) assinalados por 80% dos indivíduos, seguida de morte (13,2% das respostas) assinalada por 73,2% dos indivíduos e problemas no coração (12,3%) que foi assinalado por 68,3% dos indivíduos.

Ainda com relação aos eventos motivadores, identificamos que os principais motivos que influenciaram muito os indivíduos deste estudo a iniciarem o tratamento para HA foram, por ordem de frequência preocupação com a saúde individual (41,5% das respostas);- medo de ter pressão alta (34,1%);- alguém da família/

conhecido tem ou teve complicação por HA (34,1%);- a verificação da pressão arterial nos setores de trabalho (29,5%); pessoa da família com problema de pressão alta(12,6%); panfletos ou cartazes (11,9%) e palestras sobre esta questão realizadas nos setores de trabalho (11,9%).

e) Barreiras percebidas

Para identificar o valor atribuível a esta variável procurou-se identificar por exemplo, a dificuldade real e imaginária que os indivíduos do estudo enfrentam para realizar o tratamento, tendo sido identificado que, em relação ao local de tratamento a maioria (73,2%) o faz no ambulatório da UEM, sendo que apenas 7,3% o faz com médicos particulares; além disso, a maioria (84,7%) soube referir pelo menos um local onde este tratamento pode ser feito, sendo que o mais assinalado, por ordem de frequência foi: ambulatório da UEM (27%), posto de saúde (19%), consultório particular (15,3%) e pronto socorro (15,3%),

Contudo, ao se investigar os motivos que podem dificultar a continuidade do tratamento, constatamos que 56,1% acham o tratamento para HA é caro, sendo que entre os motivos que podem levar os indivíduos deste estudo à desistirem do tratamento, os fatores assinalados com maior frequência foram: falta de dinheiro (27,7%), esquecimento (19,1%), medo de que os remédios façam mal, (12,8%) e demora para ser atendido nos serviços (12,8%).

3.3. Aderência ao Programa de Assistência

Com relação à aderência ao tratamento identificamos que dos sujeitos que compuseram a amostra, nove (21,9%) referiram que não faziam o tratamento para controle da HA, ou seja, não tomavam os remédios prescritos e quando questionados sobre o motivo pelo qual não faziam, 75% (6) referiram que por descuido. Dos indivíduos que referiram fazer

o tratamento, apenas 70,7% o fazia com a regularidade recomendada.

Na população em estudo 2,4% referiu ter verificado a PA pela última vez entre 6 meses e um ano; 29,3% entre um e 2 meses e 68,3% há menos de um mês. Portanto, a grande maioria tem demonstrado preocupação com os valores tensoriais e seguido as orientações do programa de verificar a PA com frequência.

Com relação ao período transcorrido desde a última consulta médica especialmente para tratamento da HA, 22% referiu ser inferior a 1 mês, 14,6% entre 1 e 2 meses, 12,2% entre 2 e 3 meses, 19,5% entre 3 e 6 meses, 22% entre 6 meses e 1 ano e 9,8% há mais de 1 ano. Contudo, no que se refere especificamente ao comparecimento das consultas agendadas, 75,6% dos sujeitos referiram que sempre compareciam, 19,5% quase sempre e 4,9% às vezes compareciam.

No quadro 1 encontramos um resumo dos outros aspectos analisados para a identificação da aderência ao programa.

Com relação aos dados deste quadro temos a considerar que as variáveis que mais contribuíram com a aderência ao programa, por ordem de classificação foram: mudança total (58,5%) ou parcial (22%) no tipo de alimentação, alteração total (12,2%) parcial (19,5%) e mesmo pequena (43,9%) nos hábitos de vida, o uso rigoroso (58,5%) ou quase rigoroso (7,3%) dos medicamentos prescritos, o deixar de beber (31,7%) ou redução (31,7%) da quantidade de bebida alcoólica por dia e o deixar de fumar (29,3%) ou redução do número de cigarros por dia (21,9%).

Porém, considerando o número de indivíduos que não bebiam e não fumavam e que portanto, não precisavam alterar este hábito, estas constituem as variáveis que mais indicam mudança de hábito e portanto aderência ao programa.

No que se refere às mudanças nos hábitos de vida, destacamos que quase metade da amostra (43,9%) assinalou que os mesmos foram alterados imediatamente após o diagnóstico de hipertensão e 19,5% quando teve crise hipertensora grave. Com relação a

Quadro 1. Distribuição dos Dados segundo a aderência ou não ao programa de assistência ao Hipertenso do Ambulatório.

	Segue	Não Segue	Precisava/ Não alterou	Em Branco	Total %
Orientação Alimentar	80,5	19,5%	-	-	100
Uso de Medicamento	65,9	26,8	-	7,3	100
Hábitos de Vida	75,6	22,0	-	2,4	100
Fumo	51,2	7,3	39,1	2,4	100
Bebida Alcoólica	63,4	4,9	31,7	-	100
Exercícios Físicos	26,8	39,1	26,8	7,3	100
Repouso	719,6	34,1	43,9	2,4	100
Redução de Peso	26,9	21,9	51,2	-	100
Atividades Sociais	24,4	73,2	-	2,4	100

alimentação por exemplo, identificamos que as alterações mais frequentes foram: diminuição do sal, adotado por 90,2% dos indivíduos do estudo, diminuição de gordura adotado por 68,3%, início de dieta alternativa por 36,6% da amostra, diminuição de alimentos embutidos adotado por 34,1% dos sujeitos.

Em contra partida, o fato dos indivíduos só às vezes (22%) ou quase nunca (51,2%) desenvolverem atividades sociais/recreativas foi a variável que mais fortemente indicou a não aderência ao programa, seguida da variável exercício físico, representada pelo fato dos indivíduos não terem iniciado a prática de exercícios físicos (31,7) não terem alterado sua vida em relação à prática de exercícios físicos (26,8%) ou até terem diminuído o número de vezes que realizava por semana (7,3%). Outra variável importante foi o repouso, uma vez que 31,7% continua não fazendo ou mesmo diminuiu (2,4%) a quantidade de horas diárias e 43,9% da amostra não alterou sua rotina em relação ao repouso. Este último percentual no entanto, não pode ser classificado como positivo nem negativo, uma vez que não se sabe como era o hábito anterior, o que já não acontece com a redução do peso, pois mais da metade da amostra (51,2%) não precisava reduzir, e dos que precisavam, a maioria (45%) não tem tentado reduzir, uma grande parte (35%) tem tentado reduzir, porém sem sucesso e outros (20%), têm tentado reduzir com sucesso.

IV. DISCUSSÃO E COMENTARIOS

O fato da maioria dos indivíduos inscritos no programa de assistência ao hipertenso no ambulatório da Universidade Estadual de Maringá possuir baixa escolaridade pode ser indicativo dos mesmos estarem ocupando cargos subalternos (isto, de certa forma, foi comprovado neste estudo, uma vez que, 36,7% da amostra trabalha por exemplo, na Fazenda Experimental, desenvolvendo as mais variadas atividades, desde auxiliar de laboratório até ajudante de pedreiro, responsável pelo pomar, pela horta, etc) o que, muitas vezes, indica uma baixa renda salarial e isto concorre para a prevalência da HA, pois como afirmam Barreto (1981), Carvalho (1983) e Klein et al (1985) diferenças significativas têm sido encontradas em relação à prevalência da hipertensão arterial, havendo concordância de que isto é maior nos grupos de trabalhadores de mais baixa renda e subalternos.

Ainda com relação às características gerais dos indivíduos em estudo, temos a considerar que a faixa etária encontrada é particularmente compatível com os dados sobre morbi-mortalidade das coronariopatias (Krupp, 1983; Possas, 1989; Ministério da Saúde, 1985).

Os resultados obtidos em relação à variável susceptibilidade percebida demonstra que a maioria dos entrevistados acreditam que a suscetibilidade geral de cada indivíduo é variável, e resultante de seu comportamento

preventivo ou abusivo sendo que na impressão dos sujeitos entrevistados, a maioria das pessoas de forma geral, são suscetíveis a desenvolver determinadas doenças, pelo fato de não se preocuparem com sua saúde enquanto estão bem.

O fato da maioria dos indivíduos não concordarem que só devam procurar os serviços de saúde após tentativas pessoais de tratamento terem falhado pode ser encarado como satisfatório, pois ele nos leva a acreditar que a população em estudo provavelmente tem consciência da importância de se procurar um serviço de saúde para tratamento da hipertensão. Isto foi comprovado mais tarde, uma vez que 100% dos entrevistados acreditam ser "sempre" necessário consultar um médico antes de tomar medicamentos para controle da HA, demonstrando conhecimento acerca do risco da auto-medicação.

Com relação à variável gravidade percebida, identificou-se que os sujeitos atribuíram um alto valor à mesma e as respostas obtidas falam a favor de que, na versão destes sujeitos a hipertensão arterial é uma doença perigosa pois a mesma, como já se sabe, não tem cura podendo apenas ser controlada (3) e por isto mesmo, deve ser tratada durante toda a vida. o fato dos indivíduos terem classificado outras quatro doenças como sendo mais graves do que a hipertensão arterial não diminui a gravidade percebida da mesma uma vez que as outras doenças referidas possuem tratamento que ou ainda não foi descoberto, como é o caso da Aids, ou é difícil, como no caso do câncer.

Este fato, em verdade, reforça a crença nos benefícios do tratamento da hipertensão arterial, o que foi comprovado nos resultados obtidos em relação a esta questão.

Já no que se refere às respostas obtidas em relação à variável eventos motivadores os resultados são um tanto quanto contraditórios, uma vez que são poucos os sujeitos que possuem um conhecimento "adequado" em termos qualitativos e quantitativos sobre HA, apesar de fazerem parte de um programa de assistência que prevê, em suas atividades, entre outras

coisas, repassar informações relativas à HA no que se refere aos fatores predisponentes, sintomas, complicações orgânicas, formas de controle, etc. Se considerarmos que os sintomas de HA que os indivíduos relataram conhecer são os mais comuns, concluímos que a maioria dos indivíduos não podem ser classificados como possuidores de conhecimentos sobre sintomas da HA e isto, por sua vez, é grave, pois a detecção precoce destes sintomas pode, inclusive, ajudar a prevenir uma crise hipertensora grave. Por outro lado, a maioria dos indivíduos já sentiu os sintomas assinalados, o conhecimento que possuem portanto, é fruto de sua própria experiência.

Contudo, os fatores predisponentes relacionados pelos indivíduos estavam corretos, uma vez que tanto em estudos de maior abrangência (KLEIN et alii, 1985 e SZWANCWALD, 1985) como nos mais específicos (KLEIN, 1986) os fatores que tem sido enfatizados como predisponentes e/ou de risco na manutenção da hipertensão são: a agregação familiar, os hábitos dietéticos, a ocupação, o uso do álcool, fumo e café e o uso de anovulatórios.

Quanto as barreiras para a ação, os resultados obtidos nos leva a concluir que neste estudo, o acesso ao serviço parece não se constituir em barreira para a aderência ao tratamento, já que a totalidade dos indivíduos sabem referir pelo menos um local onde o tratamento pode ser feito. O fato da maioria dos indivíduos fazer o tratamento no ambulatório da instituição certamente está relacionado com dois aspectos: ao poder sócio econômico dos indivíduos em estudo, uma vez que neste local o tratamento é gratuito (consultas médicas, exames, orientações e controle tensorial) e à facilidade de acesso ao local de tratamento. Portanto, o fato do ambulatório estar localizado dentro do próprio local de trabalho e prestar uma assistência gratuita demonstrou constituir um fator facilitador de aderência ao programa, especialmente porque a dificuldade econômica, segundo os resultados encontrados, pode vir a se constituir em uma grande barreira para o seguimen-

to do tratamento prescrito. De maneira geral, estes achados ressaltam a necessidade que existe dos programas governamentais se preocuparem em proporcionar uma distribuição gratuita dos medicamentos de uso prolongado, como forma de favorecer a aderência aos tratamentos propostos

Este aspecto se torna relevante uma vez que, no dizer de SARAGOÇA (1992), o maior obstáculo para o tratamento da H.A. reside na falta de convicção dos pacientes, e mesmo de alguns médicos acerca das vantagens e eficácia do tratamento. Segundo este autor, alguns fatores que tem contribuído para o estabelecimento deste problema são, entre outros, o custo financeiro dos medicamentos, a complexidade dos esquemas terapêuticos e, a ocorrência de efeitos colaterais e reações adversas graves. Além disso, a necessidade de se manter o tratamento por tempo indeterminado, na maioria dos casos, faz com que a aderência dos pacientes ao tratamento, se reduza com o tempo.

No que se refere à aderência ao programa, o qual prevê em condições normais, uma consulta médica a cada seis meses, podemos afirmar com segurança que pelo menos 17 sujeitos estão em atraso com as atividades do programa. Isto, sem contar que, pela análise destes dados não nos é possível identificar se existe outros indivíduos em atraso, uma vez que para isto seria necessário verificar o prontuário de cada indivíduo.

Os índices de aderência encontrados nos leva a crer que algumas barreiras têm interferido no comportamento dos indivíduos ou, ao contrario do que afirmam, estes indivíduos não consideram a hipertensão como uma doença potencialmente perigosa, já que boa parte dos entrevistados não fazem ou fazem o tratamento de forma inadequada, enfatizando uma vez mais a necessidade de conscientização sobre a doença e seus riscos.

No caso da HA, a aderência do paciente ao regime de tratamento é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença, e a mesma tem maior probabilidade de ocorrer através de um

suporte educacional eficaz. Neste sentido, os resultados encontrados poderão ser utilizados para planejar, implantar e implementar um programa educacional mais eficaz que o atual.

Além disso, a nível de contribuição, este estudo:

- permite identificar algumas variáveis que interferem no comportamento preventivo de indivíduos hipertensos em relação ao seguimento ou não do tratamento prescrito;

- permite refletir sobre o comportamento de indivíduos que não aderem aos programas de assistência;

- oferece subsídios para que sejam discutidos os conteúdos das informações prestadas pela equipe de saúde aos indivíduos hipertensos;

- demonstra a possibilidade de se utilizar um modelo comportamental para fundamentar a prática de saúde;

Assim, considerando que os resultados encontrados falam a favor de que as variáveis do MCS influenciam o Comportamento Preventivo dos servidores da Uem hipertensos e, mais, que a própria condição de se "ser hipertenso" ainda é desconhecida para a maioria dos indivíduos hipertensos em nosso meio, as **recomendações** decorrentes deste estudo são:

- que haja uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, e de forma particular dos enfermeiros, sobre as possíveis variáveis que interferem no comportamento preventivo dos indivíduos hipertensos, tanto dos que seguem como dos que não seguem as orientações de um programa de assistência;

- que sejam realizadas mais campanhas esclarecedoras sobre a importância de se conhecer a condição de ser ou não hipertenso e onde pontos relativos à gravidade da doença, sintomas mais comuns, eficácia do tratamento no controle da mesma, evitando complicações, etc, fossem ressaltados;

- que nos cursos de graduação em enfermagem e medicina haja uma reflexão e uma maior preocupação com o aprofundamento na formação destes profissionais no que se refere a uma maior compreensão das variáveis que

interferem no Comportamento Preventivo em Saúde dos indivíduos.

V. CONCLUSÕES

- 1- Os resultados encontrados neste estudo estão consistentes com o preconizado no MCS de Irvin Rosenstock, ou seja: a maioria dos indivíduos demonstraram que adotam um comportamento preventivo em relação à aderência ao programa de assistência ao hipertenso;
- 2- As variáveis suscetibilidade, gravidade, benefícios percebidos e eventos motivadores demonstraram muita e média importância no comportamento preventivo de servidores hipertensos acerca do tratamento da hipertensão;
- 3- A variável barreiras percebidas teve pouca importância;
- 4- Os indivíduos deste estudo demonstraram aderência ao programa ao verificarem sua pressão arterial com frequência, comparecerem às consultas médicas, tomarem os medicamentos prescritos e alterarem seus hábitos de vida;
- 5- As mudanças de hábitos que mais caracterizaram a aderência ao programa estão relacionadas à alimentação, fumo e bebida alcoólica.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRETO, M.B.O. et al. Hipertension and Economics Activities in São Paulo, Brazil. *HIPERTENSION JCPPL VI* 3:233. 1981.
2. CAR, M.R. et al. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Rev. Paul. Enfermagem*, São Paulo, Brasil: 8(2):4-7. 1988.
3. BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial. Plano de Trabalho Quinquenal-período de 1988 a 1993, Brasília, 1988.
4. CANDEIAS, N. M. & MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, Brasil:13(2):63-8. 1979.
5. CARVALHO, J.J.M. et al. Pressão arterial e grupos sociais estudo epidemiológico. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Rio de Janeiro, Brasil:40(2):115-20. 1983.
6. FERREIRA, S.L. *Crenças das mães em relação à vacinação*. Florianópolis, 1983, 119 p. (Dissertação de Mestrado- Ciências da Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil).
7. HOCHBAUN, G. M. Why people seek diagnostic x-rays. *Public Health Report*, Washington, Estados Unidos:71: 377-80. 1956.
8. NETO, J.E. et al. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, Brasil:24(2):332-6. 1990.
9. KLEIN, C.H. et al. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil:1(1):58-70. 1985.
10. KLEIN, C.H. et al. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil:1(2):160-76. 1985.
11. KLEIN, C.H. et al. Variação da pressão arterial em trabalhadores de uma siderúrgica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil:2(2):212-26. 1986.
12. LOLIO, C.A. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, Brasil:24(2):425-32. 1990.
13. MARCON, S.S. et al. Comportamento preventivo de acadêmicos de enfermagem da UEM acerca da vacina anti-tetânica. XL Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, Brasil. 20p. 1992. (mimeografado)
14. MATANO, S. The Worldwide problem of hypertension and Stroke. In: *Hipertension and stroke control in the community*. W.H.O. Geneva, 1976.
15. PIERIN, A.M.G. & CAR, M.R. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, Brasil:26(1): 17-32. 1992.
16. ROSENSTOCK, I.M. Why people use health services. *Milbank Memorial Fomol. Quartely*, New York: 64(3):94-127. 1966.
17. SZWARCOWALD, C.L. et alii. Anticoncepcionais orais e pressão arterial - pesquisa epidemiológica de hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, Brasil:1(2):177-91, 1985.