

**PERCEPÇÃO EM HIPERTENSOS DE CRENÇAS EM SAÚDE  
EM UMA CIDADE DO SUDOESTE BAIANO**Samara Chaves Coelho<sup>1</sup>**RESUMO**

Hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública. A percepção do paciente sobre a doença é observada por meio de um processo sensorial e cognitivo, pois eles possuem crenças em saúde que assumem comportamentos que é guiado pelas consequências na adoção de novos comportamentos. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção que os hipertensos têm de crenças em saúde em uma cidade do sudoeste baiano. Realizado em Unidade Básica de Saúde no município de Poções-Ba, investigou 260 indivíduos adultos e idosos. Para entrevista utilizou-se questionário sociodemográfico e o Modelo de Crenças em Saúde. A análise estatística dos dados foi utilizada o programa estatístico IBM® SPSS for Windows versão 20.0. Ao avaliar as características sociodemográficas foi observado que prevaleceu o gênero feminino, cor da pele parda, zona urbana, alfabetizado, casado, renda familiar de um a dois salários mínimos. Tendo em vista as crenças em saúde, observou-se que há concordância e entendimento por parte dos investigados sobre os benefícios da dieta, porém a baixa adesão ao tratamento foi notável. O presente estudo aponta para a necessidade de implementação de políticas públicas, que visem na inserção da equipe multiprofissional com estratégias de educação em saúde permanente, voltadas para a resolução do problema em questão para auxiliar na adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Crenças em Saúde. Fatores Sociodemográficos.

1-Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Vitória da Conquista-BA, Brasil.

**ABSTRACT**

Perception in beliefs of hypertensive health in a city of southwest baiano

Hypertension is a serious public health problem. The patient's perception of the disease is observed through a sensory and cognitive process because they have health beliefs that assume behaviors that are guided by the consequences of adopting new behaviors. Therefore, this study aimed to identify the perception that hypertensive patients have health beliefs in a town southwest of Bahia. Held in the Basic Health Unit in Potions-Ba district, investigated 260 adults and elderly. To interview was used questionnaire sociodemographic and the Health Belief Model. Statistical analysis of the data was used the IBM SPSS for Windows version 20.0. In assessing the sociodemographic characteristics, it was observed that prevailed female, with brown skin color, urban, literate, married, family income from one to two minimum wages. In view of the health belief, it was observed that there is agreement and understanding by the investigation about the benefits of the diet, but the low adherence to treatment was remarkable. This study points to the need to implement public policies aimed at integration of the multidisciplinary team with education strategies in permanent health, aimed at solving the problem in question to assist in compliance.

**Key words:** Hypertension. Beliefs Health. Socio-demographic factors.

E-mail do autor:  
samaranutri01@hotmail.com

Endereço para correspondência:  
Av. Luís Eduardo Magalhães, 1035.  
Candeias, Vitória da Conquista-BA.  
CEP: 45055-420.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Sabemos que a adoção de uma dieta saudável é de extrema importância, porém o patamar de adesão ao tratamento é frequentemente insatisfatório, sendo esta uma das causas do insucesso.

A análise da literatura mostra que existem fatores que interferem neste processo, sendo que esta doença é perpassada por dimensões biológicas, socioeconômicas, culturais e ambientais, assim como as percepções e experiências individuais (Silva, Lima e Evangelista, 2009).

A percepção sobre a doença é a interpretação que o paciente tem do que é observado, por meio de um processo sensorial e cognitivo (Pires e Mussi, 2012).

Diante dos fatos, os hipertensos possuem crenças em saúde que assumem comportamentos que é guiado pelas consequências na adoção de novos comportamentos através da convivência diária com a patologia mesmo recebendo orientações que irão auxiliar no controle dos níveis pressóricos (Feio e Oliveira, 2010).

O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença constituem importantes significados na adesão ao tratamento, sendo fundamental nesse processo o que eles pensam para que possam se beneficiar no controle desta.

Atitudes desenvolvidas por esse grupo podem constituir fatores facilitadores, pois resultam em maior possibilidade de controle da doença. Já as restrições alimentares interferem de forma negativa no tratamento, ainda que adotadas de forma confrontante em decorrência da dificuldade que os mesmos possuem para modificar hábitos que antes para eles geravam prazer, como comer alimentos gordurosos e bem temperados (Moreira, Santos e Caetano, 2009).

Tendo por base que o principal motivo do controle inadequado da doença parece estar relacionado ao não cumprimento do tratamento medicamentoso e dietético, em

estudos científicos (Pierin, 2004) variáveis biossociais como: idade, sexo, raça, escolaridade, renda, ocupação, situação conjugal, aspectos culturais e crenças em saúde, devem ser considerados para que seja avaliada a adesão do paciente hipertenso ao tratamento.

Corroborando com Rabelo e colaboradores (2010) o conhecimento do perfil sociodemográfico é importante para direcionar intervenção mais eficaz de controle da doença.

O aumento de casos envolvendo portadores de hipertensão, associado à demanda no cuidado, que envolvem crenças diante da percepção que eles têm da patologia irá afetar no tratamento de forma benéfica ou não.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção que os hipertensos têm de crenças em saúde em uma cidade do sudoeste baiano.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e de campo, constituído por hipertensos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Poções-BA no período de março a maio de 2014.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Instituto Mantenedor de Ensino Superior, mediante parecer nº 551.503, aprovado em 10 de março de 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde do município concedeu prévia aprovação para a realização da pesquisa no campo, e foram obedecidos todos os preceitos éticos, conforme resolução 466/2012 (Ministério da saúde, 2012).

A pesquisa foi realizada com 260 hipertensos, tendo como critérios de inclusão: adultos e idosos, de ambos os gêneros e aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aos participantes foram assegurados o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade. Após o participante aceitar, feita a leitura do TCLE, era iniciada a coleta em uma sala do local estudado.

O questionário semiestruturado para coleta de dados foi constituído em duas partes: parte I foi formada por questões

fechadas sobre dados de caracterização sociodemográfica, a parte II foi composta por escalas que envolvem crenças em saúde relacionadas às barreiras e os benefícios da dieta: sal, gordura e açúcar para o controle da doença.

No que se refere às crenças sobre a dieta (Dela Coleta, 1995), a escala apresenta sentenças em relação às barreiras e os benefícios em três categorias: usar pouco sal na comer menos sal, comer menos gordura e comer menos doce e açúcar.

A cada categoria foi precedida de perguntas: Qual a sua opinião sobre usar

pouco sal na comida, comer menos gordura e menos doce, menos açúcar? As escalas eram expostas aos participantes sem indicar quais se classificavam como crenças em relação às barreiras e os benefícios da dieta diante da sua percepção.

Ao tabular os dados foram desagregadas as escalas que se qualificavam como barreiras e as escalas que classificavam como benefícios diante de cada categoria para que assim fosse realizar a análise.

Como exemplo, temos o quadro 1:

**Quadro 1 - Exemplo das sentenças de crença sobre a dieta na categoria do sal.**

1. Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?	DT=1	DP=2	I=3	CP=4	CT=5
<b>Sentenças:</b>					
<b>BENSAL</b> - Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial					
<b>BARSAL</b> - A comida com pouco sal não tem gosto					

**Legenda:** BENSAL – benefícios para o consumo do sal; BARSAL – barreiras para o consumo do sal.

A escala foi apresentada no formato Likert, com cinco níveis de resposta, variando de Discordo Totalmente (DT=1), Discordo Parcialmente (DP=2), Indeciso (I=3), Concordo Parcialmente (CP=4) até Concordo Totalmente (CT=5).

A princípio todas as informações obtidas foram armazenadas em planilhas eletrônicas do Google Drive. A análise estatística dos dados foi utilizada o programa estatístico IBM® SPSS for Windows versão 20.0.

A análise descritiva dos resultados foi na forma de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão), serviram para caracterizar a amostra.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Dos 260 participantes, 62,7 % eram mulheres, predominou a cor da pele parda (91,2%), idade média 58,63 ± 11,48 anos (idade mínima 28 e máxima 84 anos), zona urbana (85%), escolaridade (alfabetizado – 48,5%), situação conjugal (casado – 80,8%), renda familiar (725 a 1448,00 reais – 67,7%),

religião (católica – 87,7%), ocupação (aposentado – 50,8%) (Tabela 1).

Foram observados no presente estudo que as mulheres (62,7%) procuram atendimento.

Semelhante a esses resultados, dados do Ministério da saúde (2014) o diagnóstico dessa patologia nas mulheres em comparação com os homens é maior, pois estas procuram atendimento em serviços de saúde e o diagnóstico na atenção básica.

Similar ao presente estudo realizado com hipertensos em unidades de saúde foi identificada nos participantes: idade adulta, prevalência do gênero feminino e com baixa escolaridade. Além deste, outros estudos apontam dados semelhantes (Faria, Lautner e Lautner, 2012; Giroto, Andrade e Cabrera, 2013)

Em estudo com hipertensos Nolêto, Silva e Barbosa (2011) verificaram que pessoas com menos de 60 anos, que moram em zona urbana aderem melhor ao tratamento. Além disso, prevaleceram hipertensos que moram em zona urbana e idade adulta que mostraram baixa adesão à dieta, mesmo concordando que a prática de aderência deve ser adotada.

Para Machado Pires e Lobão (2012), o nível de escolaridade é inversamente proporcional à Hipertensão, ou seja, quanto

maior o grau de instrução, melhor a adesão do indivíduo ao tratamento.

A baixa renda pode ser um fator determinante para a não adesão ao tratamento, uma vez que dificulta o acesso a medicamentos e alimentos saudáveis.

Deve-se considerar que a baixa escolaridade e renda podem influenciar

negativamente na adesão ao tratamento e constituir barreira na dieta. No presente estudo foi notável a baixa escolaridade (74,6%) e classe social menos favorecida (67,7%) que podem ser fatores determinantes da baixa adesão.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas de hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde (n=260), Poções-BA, 2014.**

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
<b>Gênero</b>			<b>Renda familiar</b>		
Feminino	163	62,7	<724,00 reais	76	29,2
Masculino	97	37,3	725,00 a 1448,00 reais	176	67,7
<b>Cor da pele</b>			1449,00 a 2172,00 reais	6	2,3
Branca	14	5,4	>2176,00 reais	2	0,8
Negra	9	3,5	<b>Religião</b>		
Parda	237	91,2	Católica	228	87,7
<b>Zona</b>			Evangélica	31	11,9
Urbana	221	85	Sem religião	1	0,4
Rural	39	15	<b>Ocupação</b>		
<b>Escolaridade</b>			Agropecuária	21	8,1
Alfabetizado	126	48,5	Aposentado	132	50,8
Ensino fund. Completo	29	11,2	Comércio	10	3,8
Ensino fund. Incompleto	23	8,8	Do lar	48	18,5
Ensino médio completo	14	5,4	Empregada doméstica	4	1,5
Ensino médio incompleto	19	7,3	Indústria	1	0,4
Não sabe ler e escrever	45	17,3	Outros	44	16,9
Superior completo	2	0,8			
Superior incompleto	2	0,8			
<b>Situação conjugal</b>					
Casado	210	80,8			
Separado/divorciado	7	2,7			
Situação consensual	7	2,7			
Solteiro	11	4,2			
Viúvo	25	9,6			

### **Crenças em Saúde em relação às Barreiras e os 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 mais benefícios, pois os pacientes concordaram parcial (CP) ou totalmente (CT), que deve-se usar pouco sal porque aumenta a pressão arterial (88%), pouco sal evita problemas renais (91,1%), o sal não faz bem à saúde (95,4%), quem usa muito sal perde o apetite e o paladar (91,1%), que os médicos estão certos ao recomendar o uso de pouco sal (99,6%), a comida salgada não é aconselhável para ninguém (96,9%).

Entretanto, 55,7% discordaram em parte (DP) ou totalmente (DT) que a comida

com pouco sal é mais gostosa, logo, é notável nessa sentença, que apesar dos investigados apresentarem um entendimento dos benefícios do uso de pouco sal em relação à saúde, parte destes, possuem a percepção de menos benefícios no que refere ao paladar final da refeição com baixo teor de sal.

Das quatro sentenças de crenças referentes à percepção de barreiras para usar pouco sal, verificou-se percepção de barreiras em todas as sentenças, pois os participantes CP ou CT que a comida com pouco sal não tem gosto (77,7%), que quem não faz a própria comida não pode diminuir o sal (71,9%), que para comer comida com pouco sal deve-se ter força de vontade (81,5%), e que para a maioria das pessoas o sal não faz mal (72,3%).

**Tabela 2 - Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados ao uso de pouco sal na comida (n=260), Poções-BA, 2014.**

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	%
<b>BENSAL1:</b> Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial	6	2,3	23	8,8	2	0,8	76	29,2	153	58,8
<b>BENSAL2:</b> O sal não faz bem à saúde	4	1,5	8	3,1	0	0	183	70,4	65	25
<b>BENSAL3:</b> Quem usa muito sal perde o apetite ou o paladar	2	0,8	8	3,1	13	5	141	54,2	96	36,9
<b>BENSAL4:</b> Usar pouco sal evita problemas renais	1	0,4	9	3,5	13	5	108	41,5	129	49,6
<b>BENSAL5:</b> Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos	0	0	1	0,4	0	0	54	20,8	205	78,8
<b>BENSAL6:</b> A comida salgada não é aconselhável para ninguém	3	1,2	5	1,9	0	0	155	59,6	97	37,3
<b>BENSAL7:</b> A comida com pouco sal é mais gostosa	37	14,2	108	41,5	0	0	88	33,8	27	10,4
<b>BARSAL1:</b> A comida com pouco sal não tem gosto	9	3,5	35	13,5	14	5,4	145	55,8	57	21,9
<b>BARSAL2:</b> Para a maioria das pessoas o sal não faz mal	33	12,7	32	12,3	7	2,7	144	55,4	44	16,9
<b>BARSAL3:</b> Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal	14	5,4	48	18,5	11	4,2	137	52,7	50	19,2
<b>BARSAL4:</b> Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade	1	0,4	18	6,9	29	11,2	128	49,2	84	32,3

Nota-se diante dessas sentenças de crenças em relação às barreiras, que a percepção que os investigados têm da dieta com pouco sal dificulta a adesão ao tratamento (Tabela 2).

Em seis das sete sentenças sobre crenças em relação à percepção de benefícios associados a comer com pouca gordura predominou-se a percepção de mais benefícios, pois os participantes CP ou CT que a comida gordurosa aumenta o colesterol (100%), faz mal à saúde (96,2%), é pesada e de difícil digestão (95,8%), causa problemas no coração (98,1%), entope artérias e veias (100%), e causa obesidade (99,3%).

Todavia, 50,4% dos investigados DP ou DT que a comida com gordura é ruim de gosto, apontando, nessa sentença, a percepção de menos benefícios.

Logo, é notável nessa sentença, que apesar dos investigados apresentarem um entendimento dos benefícios ao comer com pouca gordura em relação à saúde, parte deles apontou a percepção de menos

benefícios no que refere à comida com gordura é ruim de gosto, o que torna uma situação desfavorável na adesão ao tratamento.

Das seis sentenças sobre crenças com relação à percepção de barreiras para comer com pouca gordura, os participantes CP ou CT em todas as sentenças que a comida sem gordura é ruim de gosto (81,5%), algumas comidas com gordura são deliciosas (93,8%), é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo (81,9%), muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem (87,3%), se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar (80,8%), e a gordura não faz mal para a maioria das pessoas (70,8%).

Nesse resultado é notável maior percepção de barreiras para comer com menos gordura, o que mostra um fator preocupante diante dos agravos provocados pelo consumo inadequado de alimentos fontes de gordura a essa patologia (Tabela 3).

**Tabela 3 - Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a comer menos gordura (n=260), Poções-BA, 2014.**

Benefícios e barreiras associados a comer menos gordura	DT=1		DP=2		I=3		CP=4		CT=5	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>BENGOR1:</b> A comida gordurosa aumenta o colesterol	0	0	0	0	0	0	107	41,2	153	58,8
<b>BENGOR2:</b> A gordura faz mal à saúde	4	1,5	6	2,3	0	0	113	43,5	137	52,7
<b>BENGOR3:</b> A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão	11	4,2	0	0	0	0	100	38,5	149	57,3
<b>BENGOR4:</b> Comer muita gordura causa problemas no coração	0	0	0	0	5	1,9	103	39,6	152	58,5
<b>BENGOR5:</b> A gordura entope artérias e veias	0	0	0	0	0	0	24	9,2	236	90,8
<b>BENGOR6:</b> A gordura causa obesidade	0	0	1	0,4	1	0,4	93	35,8	165	63,5
<b>BENGOR7:</b> A comida com gordura é ruim de gosto	27	10,4	104	40	8	3,1	98	37,7	23	8,8
<b>BARGOR1:</b> Algumas comidas com gordura são deliciosas	8	3,1	8	3,1	0	0	117	45	127	48,8
<b>BARGOR2:</b> A gordura não faz mal para a maioria das pessoas	41	15,8	34	13,1	1	0,4	158	60,8	26	10
<b>BARGOR3:</b> Comida sem gordura é ruim de gosto	18	6,9	28	10,8	2	0,8	148	56,9	64	24,6
<b>BARGOR4:</b> É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo	0	0	10	3,8	37	14,2	155	59,6	58	22,3
<b>BARGOR5:</b> Muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem	0	0	3	1,2	30	11,5	174	66,9	53	20,4
<b>BARGOR6:</b> Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar	13	5	29	11,2	8	3,1	157	60,4	53	20,4

Em cinco das seis sentenças sobre crenças em relação aos benefícios associados a comer menos doce, menos açúcar, apontou que a maioria dos participantes demonstra o domínio da percepção de benefícios, pois CP ou CT que o açúcar engorda, causa obesidade (96,2%), comer pouco açúcar evita Diabetes (98,4%), comer pouco açúcar é bom para a saúde (94,2%), doces aumentam o açúcar no sangue (92,3%), e que o açúcar engrossa o sangue (61,1%).

Entretanto, 76,9% concordaram CP ou CT que se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não os comer, apontando a menor percepção em relação aos benefícios.

Logo, é notável nessa sentença, que apesar dos investigados apresentarem uma compreensão dos benefícios para comer menos doce, menos açúcar em relação à

saúde, parte deles considerou nessa crença para a prática da alimentação um impedimento de aderência na dieta.

Em três das cinco sentenças de crenças sobre barreiras para comer menos doce, menos açúcar, as respostas dos participantes indicam maior percepção de barreiras, onde CP ou CT que a pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los (74,2%), doce alimenta (81,2%), a pessoa tem que comer doce se tiver vontade (88,5%).

Em duas sentenças de crenças sobre barreiras, as respostas dos participantes apontam para menor percepção de barreira: DP ou DT que seria horrível se eu não pudesse comer doces (79,2%), o açúcar não faz mal à saúde (55,4%) (Tabela 4).

**Tabela 4 - Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a comer com menos doce, menos açúcar (n=260), Poçoões-BA, 2014.**

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	%
<b>BENDOCE1:</b> O açúcar engorda, causa obesidade	1	0,4	0	0	9	3,5	105	40,4	145	55,8
<b>BENDOCE2:</b> Comer pouco açúcar evita diabetes	0	0	0	0	4	1,5	114	43,8	142	54,6
<b>BENDOCE3:</b> Comer pouco açúcar é bom para a saúde	1	0,4	1	0,4	13	5	137	52,7	108	41,5
<b>BENDOCE4:</b> Comer doces aumenta o açúcar no sangue	0	0	1	0,4	19	7,3	115	44,2	125	48,1
<b>BENDOCE5:</b> O açúcar engrossa o sangue	2	0,8	8	3,1	91	35	82	31,5	77	29,6
<b>BENDOCE6:</b> Se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não os comer	4	1,5	36	13,8	20	7,7	117	45	83	31,9
<b>BARDOCE1:</b> O açúcar não faz mal	70	26,9	74	28,5	2	0,8	82	31,5	32	12,3
<b>BARDOCE2:</b> A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los	27	10,4	31	11,9	9	3,5	111	42,7	82	31,5
<b>BARDOCE3:</b> Doce alimenta	14	5,4	12	4,6	23	8,8	143	55	68	26,2
<b>BARDOCE4:</b> Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade	2	0,8	11	4,2	17	6,5	157	60,4	73	28,1
<b>BARDOCE5:</b> Seria horrível se eu não pudesse comer doces	92	35,4	114	43,8	3	1,2	43	16,5	8	3,1

Semelhante ao estudo de Dela Coleta (2010) as respostas foram bastante específicas e relacionadas, 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 no prazer de comer, o que favorece a baixa adesão ao tratamento.

Para isso, reforça a importância da educação em saúde por parte dos profissionais que integram essa rede intervindo de forma contínua na atenção básica, onde irá contribuir orientando o paciente a optar por meios saudáveis,

minimizando a percepção que eles têm de refeições pouco palatáveis.

Para o paciente mudar seus comportamentos em saúde, necessita inicialmente valorizar os benefícios das mudanças de estilo de vida, ou seja, acreditar que é possível reduzir a sensibilidade ou severidade da doença através de mudanças no estilo de vida, praticando hábitos alimentares saudáveis para assim beneficiar na adesão ao tratamento (Pires e Mussi, 2012), o que não foi notável no presente estudo.

A valorização da equipe multidisciplinar, realizando um trabalho unificado de assistência ao paciente hipertenso, é o grande passo para conquistas

futuras, uma vez que a adesão é um processo comportamental complexo são importantes na evolução do tratamento.

As crenças em saúde referentes aos benefícios quanto à dieta e as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres alimentares, faz-se necessário que educação em saúde continuada seja inserida no cotidiano destes pacientes de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa (Pires e Mussi, 2012).

Com relação à adesão do paciente hipertenso à dieta, é notável que cada um possui competência exclusiva para realizar o autocuidado, sendo variável seu grau de instrução, sua percepção em aderir à dieta, suas influências externas (crenças, fatores socioeconômicos, culturais...).

Deste modo, as crenças em saúde de pessoas hipertensas no controle da doença que incluem a dieta hipossódica, com baixo teor de gordura saturada e menos açúcar, além da condição socioeconômica devem ser mais estudadas, pois pouco tem sido explorado (Cavalari, 2012).

## CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que há concordância e entendimento por parte dos investigados sobre os benefícios da dieta e que estes devem ser praticados, porém a baixa adesão ao tratamento foi notável diante das barreiras apresentadas, onde as restrições alimentares foram à limitação do prazer de comer, diante do predomínio de indivíduos adultos, com baixa renda e classe social menos favorecida neste estudo.

Deste modo, o presente estudo aponta para a necessidade de implementação de políticas públicas que visem na inserção da equipe multiprofissional preparada para intervir em situações como as observadas no estudo em questão.

A importância de estudos que possam investigar estas e outras relações pertinentes, bem como, o estudo de estratégias em educação em saúde de forma permanente, voltadas para a resolução do problema em questão e aos aspectos nutricionais, devem ser preconizados pelos órgãos governamentais competentes.

## REFERÊNCIAS

- 1-Cavalari, E.; Nogueira, M.S.; Fava, S.M.C.L.; Cesarino, C.B.; Martin, J.F.V. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem*. Vol. 20. Num. 1. 2012. p. 67-72.
- 2-Dela Coleta, M.F. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília-DF. Brasília. 1995.
- 3-Dela Coleta, M.F. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Revista Psicologia da Saúde*. Vol. 18 Num. 1-2. 2010. p. 69-78.
- 4-Faria, D.P.; Lautner, M.A.F.A.; Lautner, R.Q. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes hipertensos sobre Hipertensão Arterial: Bambuí, MG. *Revista Enfermagem*. Vol. 15. Num.2. 2012. p. 179-189.
- 5-Feio, A.G.; Oliveira, C.C. O modelo das crenças de saúde (Health belief model) e a teoria da autopoiesis. *Revista Reflexão e Ação*. Vol. 18. Num. 1. 2010. p. 215-243.
- 6-Girotto, E.; Andrade, S.M.; Cabrera, M.A.S.; Matsuo, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da Hipertensão Arterial. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 18. Num. 6. 2013. p. 1763-1772.
- 7-Machado, M.C.; Pires, C.G.S.; Lobão, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17. Num. 5. 2012. p. 1365-1374.
- 8-Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012.
- 9-Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília.

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

## ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

---

Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2014.

10-Moreira, A.K.F.; Santos, Z.M.S.A.; Caetano, J.A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Revista Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 4. 2009. p. 989-1006.

11-Nolêto, S.M.G.; Silva, S.M.R.; Barbosa, C.O. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Vol. 8. Num. 3. 2011. p. 324-332.

12-Pierin, A.M.G. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole. 2004.

13-Pires, C.G.S.; Mussi, F.C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Revista Escola Enfermagem da USP*. São Paulo. Vol. 46. Num. 3. 2012. p. 580-589.

14-Rabelo, D.F.; Lima, C.F.M.; Freitas, P.M.; Santos, J.C. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*. Vol. 13. Num. 2. 2010. p. 115-130.

15-Silva, R.C.C.; Lima, E.J.B.; Evangelista, R.A. Adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial no PSF Alvorada - Equipe 13. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM*. Vol. 6 Num. 6. 2009. p. 118-125.

16-Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 95 (supl I). 2010. p. 1-51.

Recebido para publicação em 02/12/2017  
Aceito em 24/05/2018