

CRENÇAS SOBRE SAÚDE: INFLUÊNCIA NAS ATITUDES DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO À SAÚDE

HEALTH BELIEFS: INFLUENCE ON ATTITUDES REGARDING CARRIERS OF CHRONIC-DEGENERATIVE DISEASES IN RELATION TO HEALTH CARE

CREENCIAS SOBRE LA SALUD: LA INFLUENCIA DE ACTITUDES DE LOS PORTADORES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS RELATIVAS AL CUIDADO CON LA DE SALUD

Heloisa Beatriz Machado¹

Claudia Regina Koelln²

A urbanização acelerada e o crescente ritmo da vida moderna têm aumentado sobremaneira as doenças relacionadas ao estilo de vida, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM). Por sua longa duração, são consideradas condições crônicas de saúde e requerem mudanças que são influenciadas pela cultura e pelas crenças sobre saúde e doença. O estudo foi desenvolvido no grupo de pesquisa em saúde, linha saúde no ciclo vital, com objetivo de conhecer as crenças de portadores de doenças crônico-degenerativas sobre saúde e sua influência no cuidado com a saúde. O estudo qualitativo foi desenvolvido com 20 pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Itajaí (SC), no ano de 2008. Verificou-se uma relação maior de hipertensos em relação a diabéticos e maior escolaridade entre as mulheres. As categorias identificadas mostraram como valores: saúde, família e fé; como crenças: saúde é tudo, doença é algo ruim e conviver com a doença pelo resto da vida. As crenças sobre cuidados com a saúde abarcaram cuidado com o medicamento e com a alimentação. Os cuidados com a saúde envolveram seguir a dieta, realizar reeducação alimentar, realizar atividade física e seguir o regime terapêutico. Os dados permitiram concluir que as atitudes influenciadas pelas crenças abrangeram conviver com a doença e se cuidar para viver mais e melhor.

PALAVRAS-CHAVE: Doença crônica. Cuidado de saúde. Enfermagem.

Accelerated urbanization and the increasing rhythm of modern life, has multiplied diseases related to lifestyle, particularly systemic arterial hyperpressure (HAS) and diabetes mellitus (DM). These health conditions are considered chronic, due to their long duration, and require changes that are influenced by culture, and by disease and health beliefs. The study was developed by the health research group with emphasis on health in the life cycle. The objective of the study was to understand the beliefs of carriers of chronic-degenerative diseases, and their influence on caring for their health. This qualitative study was realized with 20 patients registered in the Family Health Strategy (ESF), in the municipality of Itajaí, S.C., in 2008. The study illustrated a greater number of high blood pressure victims in relation to diabetics, as well as a higher level of education among women. The values illustrated by the categories identified

¹ Profa. MSc. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). heloisa@univali.br

² Acadêmica do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). claudiakoelln@hotmail.com

were: health, family, and faith. Beliefs included: health is everything, disease is something bad, and living with the disease. Beliefs on health care included attention to medication and caution with nutrition. Caring for their health involved following a diet, nutritional reeducation, exercise, and following a therapeutic routine. The data illustrated that attitudes influenced by health beliefs include living with the disease and taking care of oneself in order to live more and better.

KEY WORDS: Chronic disease. Health care. Nursing.

La acelerada urbanización y el creciente ritmo de la vida moderna han aumentado significativamente las enfermedades relacionadas con el estilo de vida, como la hipertensión arterial (HAS) y la diabetes mellitu (DM). Por la larga duración son consideradas condiciones crónicas de salud y requieren de cambios que son influenciadas por la cultura y las creencias sobre la salud y la enfermedad. El estudio fue desarrollado en el grupo de investigación sobre la salud, línea salud en el ciclo de vida, con el fin de conocer las creencias de las personas con enfermedades crónicas degenerativas sobre la salud y su influencia en el cuidado con la salud. El estudio cualitativo fue desarrollado con 20 pacientes registrados en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en la ciudad de Itajaí (SC), en el año 2008. Se verificó una mayor relación de pacientes hipertensos con relación a pacientes diabéticos e mayor escolaridad entre las mujeres. Las categorías identificadas mostraron como valores: la salud, la familia y la fe; como creencias: la salud es todo, la enfermedad es algo negativo, así como vivir con la enfermedad para el resto de la vida. Las creencias sobre cuidados la salud contemplaron cuidado con la medicina y con la alimentación. Los cuidados con la salud involucraron a seguir la dieta, realizar reeducación alimentaria, practicar actividad física y seguir el régimen de tratamiento. Los datos permitieron concluir que las actitudes influenciadas por las creencias abarcaron la convivencia con la enfermedad y la necesidad de cuidarse para vivir más y mejor.

PALABRAS-CLAVE: Enfermedad crónica de salud. Cuidado con la salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças crônico-degenerativas, objeto do presente estudo, constituem importante problema de saúde pública, o que motivou esta investigação com a seguinte questão norteadora: Quais as crenças sobre saúde de portadores de doenças crônico-degenerativas e sua influência nas atitudes em relação à saúde? Para elucidar a problemática, buscamos identificar os valores e as crenças em relação a saúde, doença e cuidado com a saúde, pesquisar as crenças em relação a condição crônica de saúde e identificar de que forma essas crenças influenciam as atitudes tomadas em relação a saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), as doenças crônico-degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM), têm alta incidência e prevalência em todas as regiões do país, representando importantes causas de mortalidade em idades cada vez mais precoces. O indivíduo com hipertensão arterial ou diabetes depara-se com algumas tarefas novas na sua vida diária, cujas dimensões incluem fazer o regime de tratamento, conhecer a doença e o regime e lidar

com incômodos físicos. Seguir um regime de tratamento como, por exemplo, eliminar ou diminuir o sal, o açúcar e a gordura parece fácil, mas pode ser uma tarefa bastante difícil e condicionada culturalmente. Segundo Trentini e Silva (1992), qualquer doença requer da pessoa alguma mudança no seu estilo de vida. A diferença entre uma doença qualquer e uma crônica, é que esta última requer mudanças permanentes. As medidas adotadas para proceder com esses estressores devem ser estimuladas para que o indivíduo possa sentir-se saudável, a despeito da doença. A adoção dessas medidas é influenciada pelas crenças e valores individuais e intrafamiliares (MACHADO, 1995; TRENTINI; SILVA, 1992).

A abordagem das doenças crônicas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), consiste em promover a saúde e prevenir as complicações decorrentes, a fim de manter a saúde e a qualidade de vida do portador. Essa abordagem caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, e hoje tem sido garantida na rede pública de saúde pela atenção básica, pela Estratégia Saúde da Família (PSF-ESF).

De acordo com Trentini e Silva (1992), ao enfrentar uma condição crônica de saúde, o indivíduo pode experimentar uma sensação de que algo está errado em sua vida física, emocional e social. Esses sentimentos e sensações físicas desagradáveis excedem ou sobrecarregam a capacidade para enfrentá-los. Como são estressores decorrentes de uma situação crônica de saúde, irão acompanhar esses indivíduos, ora com maior, ora com menor intensidade, mas por toda a vida. Dessa forma, exigem um novo rumo ao processo de viver e ser saudável, e a adoção de atitudes efetivas para manejar com tais estressores, o que depende das necessidades percebidas, do suporte ou rede de apoio e do significado que atribuem a doença. A opção por determinado tipo de atitude depende da autoavaliação que o indivíduo faz, levando em conta o impacto do problema, suas crenças e valores, as forças e necessidades disponíveis. “Valores são definidos como posições assumidas ou declarações que as pessoas fazem através de palavras ou ações e que traduzem aquilo que pensam ser importante e para os quais está disposto a sofrer, morrer ou continuar a viver” (TRENTINI; SILVA, 1992, p. 81).

Segundo as autoras, existem dois tipos de valores: os chamados terminais e os instrumentais. Os terminais incluem valores intrapessoais, como salvação e paz de espírito, e interpessoais, como paz no mundo e afeição pelo outro. Já os instrumentais estão relacionados ao modo de conduta ou comportamento, portanto, de interesse para o estudo. Podem ser citados os valores morais associados ao modo correto de conduta e responsabilidade com os outros que, ao serem violados, levam a sentimentos de culpa. Fazem parte também os valores referentes à competência, como comportar-se inteligentemente ou logicamente; sua violação leva a sentimento de vergonha.

As autoras definem crenças como noções e significados que o indivíduo tem a respeito do mundo; portanto é um conceito associado ao que a pessoa pensa ser a verdade, enquanto valores refletem o que a pessoa considera ser de apreço.

Acrescentam que crenças são filtros por meio dos quais a pessoa interpreta um estímulo e, com base nessa interpretação, direciona ou prioriza suas ações. Atitudes representam a maneira de pensar e sentir do indivíduo que, em combinação com o contexto real, predis põem a certa maneira de agir ou de se comportar diante dos fenômenos. O conceito de atitudes incorpora três componentes: um elemento cognitivo ou avaliativo, um afetivo ou emocional e outro comportamental. A avaliação leva a decidir por caminhos a serem percorridos para solucionar uma situação incômoda, e as atitudes tomadas representam maneiras cognitivas, afetivas ou comportamentais de minimizar ou resolver a situação. Essa decisão ocorre sob a influência da visão de mundo herdada na experiência de vida dos envolvidos. Cada indivíduo tem uma história única e carrega consigo um conjunto de valores, crenças e predisposições, por meio das quais avaliará a situação de maneira própria, atribuindo-lhe significados que direcionam suas ações.

Na década de 1950, um grupo de psicólogos desenvolveu um Modelo de Crenças em Saúde, para explicar o motivo pelo qual as pessoas não se preveniam em relação a algumas doenças. De acordo com Pires e Mussi (2008), o comportamento é influenciado por quatro variáveis: susceptibilidade percebida, refere-se à percepção subjetiva do risco de a pessoa contrair determinada condição ou doença; severidade percebida, é avaliada tanto pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela como pelas consequências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que poderá acarretar; benefícios percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e na percepção dos resultados positivos e das barreiras percebidas. Os aspectos negativos da ação são avaliados pelo custo-benefício, considerando os esforços empreendidos, a caracterização invasiva dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as vivências e a dor, que servem como barreiras para a ação e estratégias conflitantes de enfrentamento. O potencial para ação (prevenção) resulta da combinação das variáveis

susceptibilidade e severidade percebidas na doença, enquanto a ação efetiva é escolhida em função da percepção dos benefícios, excluindo-se as barreiras percebidas nos comportamentos em saúde. As mudanças no estilo de vida estão relacionadas às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados na convivência social, o que inclui considerar a subjetividade e as experiências de vida que o indivíduo e a família vão adquirindo no processo de adoecer e cuidar de si (PIRES; MUSSI, 2008).

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo e utilizou técnicas qualitativas para a coleta e análise dos dados. A entrada no campo foi pela ESF, equipes 10 e 18, do município de Itajaí (SC). Os informantes foram divididos em dois grupos, segundo o tipo da doença e o sexo. Em cada grupo de 10 informantes, foram selecionados 5 homens e 5 mulheres, totalizando 20 participantes.

Os dados coletados foram gravados em fita cassete e a entrevista foi realizada individualmente e com a permissão escrita dos participantes. O número de entrevistas foi determinado pela exaustão dos dados, ou seja, o encerramento se deu pela observação de repetição nos dados das entrevistas.

Como instrumentos para a coleta de dados, utilizou-se o diário de campo e um roteiro para entrevista semiestruturada que abordou tópicos relativos às crenças e atitudes em relação a saúde, e utilizou-se perguntas pelo menos nos níveis exploratório, descritivo e explicativo.

A análise dos dados iniciou-se com a organização do material obtido, dividindo-o em partes, procurando-se identificar as tendências e os padrões relevantes em unidades de significado iniciais relatadas pelo informante (subcategorias). Num segundo momento, essas subcategorias foram reavaliadas, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado, que culminou com a

determinação das categorias de significado para o estudo (LUDKE; ANDRÉ, 2005).

Conforme recomendado pela Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, assegurou-se o anonimato e o sigilo das informações obtidas (OLIVEIRA, 2002). A inclusão dos participantes na pesquisa se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univali, sob o Parecer N^o 214/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a faixa etária predominante entre os homens estava entre 65 e 75 anos. Já entre as mulheres a idade predominante foi de 69 a 86 anos. Entre os homens, a doença mais frequente foi a HAS, e a relação HAS X DM mostrou um resultado de oito para dois. O mesmo ocorre entre as mulheres, porém a diferença foi menor e a relação entre HAS e DM foi de seis para quatro.

O tempo da doença foi maior entre as mulheres; a maioria delas já têm a doença há aproximadamente 20 anos. Os homens possuem a doença há menos tempo, sendo em média oito anos. Pôde-se perceber que a HAS manifesta-se mais cedo, visto que alguns dos entrevistados relataram início da doença perto dos 30, 40 e 50 anos de idade e que a DM manifestou-se, para a maioria deles, perto dos 70 anos de idade. Quanto à presença associada de co-morbidades, verificou-se que dos 20 participantes, 3 mulheres e 2 homens tinham HAS e a DM associadas. A diabetes *mellitus* foi mais frequente entre as mulheres.

Inicia-se a apresentação dos dados específicos fazendo algumas considerações sobre valores referidos pelos participantes. Ostrowski e Olbrzymek (2002) destacam que os valores humanos estão presentes em todas as religiões e filosofias, independente de raça, sexo ou cultura e são próprios da condição humana. Entre os valores mais referenciados pela humanidade, destacam-se a saúde e a educação. Neste estudo a saúde como valor foi descrita

pelos sujeitos como um bem importante a ser preservado e envolve ter, manter e valorizar a saúde e viver com saúde para desfrutar a vida. Mais que ter bens materiais ou dinheiro, a saúde é citada como um bem maior, sem o qual não é possível aproveitar a vida. A família, outro valor destacado, representa o primeiro grupo social no qual o homem está inserido. Outro valor relatado foi a fé. Ela ajuda o indivíduo a manter a esperança e a confiar que alguma coisa pode ser feita para ajudá-lo.

Segundo Trentini e Silva (1992), para uma atitude cidadã em relação à saúde, são elementos fundamentais: o sistema de valores, crenças e atitudes que orientam o comportamento do ser

humano. Emanuely (2009) corrobora a ideia de que o ser humano faz avaliações, conferindo-lhes valores que determinam atração ou repulsa em relação ao que foi avaliado. Para a autora, o sistema de valores lida com as noções do que um indivíduo ou sociedade considera como bom ou desejável para a sua vida e a de sua família. Neste estudo, verificou-se como valores manifestados a saúde, a família e a espiritualidade ou fé, conforme exemplificado a seguir:

“Em primeiro lugar a saúde, porque tendo saúde você tem condições de ser útil [...] ajudar o próximo.” (E - 15); “A família é o que há de mais importante.” (E - 17); “A força de Deus é muito importante também.” (E - 17).

Subcategorias	Categorias
Saúde é o principal Saúde é estar bem Saúde é ter independência Saúde é cuidado Saúde é ser saudável	SAÚDE É TUDO

QUADRO 1 - Categorização representativa das crenças e concepções sobre saúde relatadas pelos entrevistados dos PSF 10 e 18 – Itajaí (SC) – 2008

A saúde foi considerada um valor e relatada como importante para a vida por muitos entrevistados. Esse entendimento de saúde como um valor reaparece muito forte nas falas, que mostram a concepção de saúde dos hipertensos e diabéticos que participaram da pesquisa.

“Saúde é a única fortuna, o único bem que temos.” (E - 11); “[...] é que ela é o bem mais importante que toda pessoa tem.” (E - 9).

A crença que saúde é essencial ou um bem maior é verificada em vários momentos do estudo e também relacionada a outros autores como um valor relativo na vida do ser humano e que o impulsiona para atitudes corretas em busca de um viver saudável e ético (OSTROWSKI; OLBRZYMEK, 2002). Entendendo a saúde como um bem de muito valor, é esperado que o ser humano comprometa-se em preservá-la.

Entender a saúde como um processo dinâmico de relação entre o ser humano e seu contexto, oportunizando-lhe condições dignas de vida, como acesso à educação, informação, serviços de saúde, moradia, lazer, liberdade de expressão, sentir-se realizado, saudável, e aceito sem discriminação pela sociedade, mostra uma postura contrária aos conceitos tradicionais de que doença é o oposto de saúde ou de não ter saúde (MACHADO, 1995). Nesse sentido é possível entender que, mesmo frente a uma doença crônica, o indivíduo pode manter uma relação harmoniosa com seu ambiente, sentir-se saudável e manter a qualidade de vida. Com base nessa concepção, as autoras passam a designar a doença crônica como uma situação crônica no processo de viver e ser saudável. Essa concepção também foi verificada na pesquisa realizada:

“Mesmo tendo uma doença, a pessoa poder ser saudável.” (E - 13).

Outros participantes entendem que ter saúde é ser independente, viver a vida em sua plenitude e assim expressaram essa concepção:

“Saúde é poder fazer as coisas; poder viver.” (E - 15); “Saúde é a gente poder levantar, fazer o seu alimento, andar, fazer os trabalhos [...] viver sem limitações.” (E - 20).

Martinelli (2007) ressalta que autonomia e independência são fundamentais para que a pessoa possa sentir-se bem e com saúde. Entende autonomia como a capacidade que o indivíduo tem de decisão e comando. Já independência é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, situações essas relacionadas nos depoimentos citados.

Outro grupo concebeu saúde como cuidado:

“Saúde é você se cuidar.” (E - 16); “Deixar de fazer o que mais gosta em prol da saúde.” (E - 11).

De acordo com Sales (2008), o cuidado é o que torna significativa a vida e a existência humana, pois representa o estado primordial do ser; ou seja, a maneira autêntica de o homem viver é sempre cheia de cuidados, zelos, ansiedades dirigidos pela dedicação e devoção a alguma coisa.

Os relatos dos entrevistados denotam que o cuidado é amplo, geral, indo além do cuidado adotado com a doença, mas voltado a um cuidado para preveni-la ou evitá-la. No estudo conduzido por Wendhausen e Rebello (2004), os participantes referiram que, para manter a saúde, é necessário cuidar-se, mesmo que seja um cuidado pontual.

Subcategorias	Categorias
Doença é sofrimento Doença é desânimo Doença é incômodo Doença é dependência Doença é algo negativo A doença é algo esperado com o passar dos anos Doença como castigo	A DOENÇA É ALGO RUIM

QUADRO 2 - Categorização representativa das concepções sobre doença relatadas pelos entrevistados dos PSF 10 e 18 – Itajaí (SC) – 2008

Laplatine (1991) alerta que a doença pode ter vários significados na vida de um indivíduo, que vão desde a entendê-la como algo maléfico ou ruim, como castigo ou punição, que afeta não só o biológico, mas também o corpo social, ou ainda como algo benéfico, entendendo-a como benefício, gratificação e oportunidade para o conhecimento de si mesmo, o que é mais incomum.

Messa (2009) afirma que o significado do adoecimento é formado com base em vivências individuais e do convívio com a doença. Esse

significado é único e sofre influências internas, baseadas no histórico do indivíduo, e externas, baseadas na representação social que a doença tem no contexto familiar. Entende-se, então, que a doença é vivida de maneira coletiva pelo grupo familiar, o qual é também um ponto de apoio para sua superação. Essa concepção é influenciada por crenças, vivência anterior, representação cultural da doença ou mesmo pelo discurso médico. Neste estudo, a doença foi entendida como sofrimento, desânimo, incômodo, dependência e castigo.

“Uma pessoa doente tá só sofrendo.” (E - 16); “Doença é uma coisa ruim demais.” (E - 19); “A doença é pior, a gente desanima, tudo fica triste.” (E - 12).

Para Trentini e Silva (1992), a preocupação e o incômodo tem relação com as mudanças no estilo de vida enfrentadas pelos pacientes e com a existência dos estressores não só de ordem física, que podem exceder a capacidade de enfrentamento desses indivíduos e provocar verdadeiras crises marcadas pelo desespero, sentimento de inutilidade e desejo de morrer. Os significados atribuídos, sejam eles bons ou não, têm origem no sistema de crenças e valores do indivíduo e de sua família. Vários estudos na literatura mostram que é comum a doença ser entendida também como um castigo divino (HELMAN, 1994; MACHADO, 1995), pela falta de cuidados com a saúde ou por ter levado uma vida desregrada. Particularmente com relação às doenças associadas ao estilo de vida, como hipertensão e diabetes, que podem ser controladas adotando-se hábitos de vida saudáveis, verifica-se sentimentos de culpa, autopunição e enfrentamento que inicia pela

negação e segue com atitudes de culpabilização focalizada no distresse que acompanha todo o período da doença.

“A doença é sentida pelo corpo e é ele quem paga.” (E - 05).

Outro grupo de participantes entendeu a doença como algo natural e que precisa ser aceito, pois, independente de classe social, é esperada com o passar dos anos:

“Doenças vem através do tempo.” (E - 15); “A gente aceita ela conforme ela chega.” (E - 13).

Segundo Machado (1995), perceber a doença como um valor facilita o enfrentamento de estressores como as alterações na aparência física, o desconforto e a dependência. Implica em superar as dificuldades que a acompanham e adotar atitudes focalizadas na resolução do problema, como seguir o tratamento recomendado e mudar hábitos de vida. Ter uma visão positiva da doença, encarando-a como um acontecimento natural da vida, é resultante de experiências anteriores bem sucedidas e traz benefícios ao paciente e à família, reduzindo o estresse emocional que a acompanha.

Subcategorias	Categorias
Doença crônica é para sempre Doença crônica é incurável Doença crônica precisa de aceitação	CONVIVER COM A DOENÇA PELO RESTO DA VIDA

QUADRO 3 - Categorização das concepções a respeito de doença crônica entre os participantes dos PSF 10 e 18 – Itajaí (SC) – 2008

A categoria “Conviver com a Doença pelo Resto da Vida”, que inclui três subcategorias – doença crônica é para sempre, doença crônica é incurável e doença crônica precisa de aceitação –, mostra o impacto emocional de conviver com uma doença crônica, tanto da perspectiva dos problemas físicos decorrentes como dos psico-emocionais (medo da morte e da invalidez). De acordo com Machado (1995), uma doença incurável abala o anseio maior do ser humano, que é prolongar a vida e manter a saúde por muitos anos.

“Doença crônica é pra sempre.” (E - 18; E - 4); “É ter pra eternidade.” (E - 7); “É uma doença que não há remédio que cure.” (E - 13).

A eternização da doença e a noção de que ela veio para ficar colocam a vida do doente crônico em permanente risco, o que às vezes torna difícil aceitar e aprender a conviver com as limitações delas decorrentes. O fato de conviver com uma doença incurável faz o indivíduo confrontar a inevitabilidade da própria morte ou manter a

esperança, não obstante a incerteza quanto ao rumo da doença. Outra situação vivida pelos doentes e suas famílias é definir o que fazer diante da constatação de que a doença é para sempre. Diante desse dilema, muitos conseguem manter a calma, a esperança e buscam aceitar a doença, manifestando atitudes positivas relacionadas à adesão ao tratamento (MACHADO, 1995). Neste estudo, um pequeno grupo de participantes mostrou aceitação da doença crônica, como:

“É fazer o tratamento e aceitar conviver bem com a doença.” (E - 15); “É alguém que convive e tem que aceitar a doença.” (E - 11).

O primeiro passo para a aceitação inicia com a conscientização de que conviver com a doença é inevitável. Dessa forma, o indivíduo revê a situação, procede a uma reorientação de suas crenças e valores e aceita algum grau de limitação, tentando minimizar o impacto sobre sua vida.

O Quadro 4 apresenta as crenças e os valores relacionados aos cuidados que o indivíduo tem com a sua saúde, mostrando uma polarização das respostas a respeito do cuidado considerado mais importante.

Subcategorias	Categorias
O medicamento é o cuidado mais importante A alimentação é o cuidado mais importante Ambos são cuidados importantes	VALORES RELACIONADOS AOS CUIDADOS COM A SAÚDE

QUADRO 4 - Categorização das crenças relacionadas ao cuidado com a saúde entre os participantes dos PSF 10 e 18 – Itajaí (SC) – 2008

Verifica-se, então, um grupo relatando como cuidado mais importante a medicação e outro a alimentação. Muitos participantes relataram que “ambos são importantes”, conforme demonstrado nas falas a seguir:

“O medicamento é o mais importante.” (E - 12);
“O alimento acho que é o mais importante.” (E - 20); “Cuido dos medicamentos e da comida, os dois são importantes.” (E - 2).

As respostas refletem a intensa medicalização a que os indivíduos são submetidos. As campanhas pesadas de *marketing* das indústrias de medicamentos, a sedução e a influência sobre os profissionais para receitar o medicamento, bem como o discurso médico acerca do que é importante para o controle da doença são poderosos argumentos para a internalização e alteração de crenças e valores acerca da doença e do tratamento.

A evolução da espécie humana e a modificação dos hábitos alimentares tiveram um papel importante no aparecimento da hipertensão e da diabetes ao longo dos anos. Cerca de 50% da mortalidade por doenças crônicas pode ser atribuída a fatores ligados ao estilo de vida das pessoas. A alimentação está entre esses fatores, em conjunto com o hábito de fumar e o de beber (MARCONDELLI, 2009).

Na idade adulta, é importante ter uma alimentação adequada, para repor as energias e preparar o organismo para as modificações que surgem com o passar dos anos. Incorporar essas recomendações é difícil, pois depende dos hábitos alimentares adquiridos, fatores culturais, financeiros, entre outros. Embora difícil, é inegável a importância de uma alimentação saudável para o bom funcionamento orgânico e para a prevenção de doenças (LIMA, 2009). No entanto, como simbolicamente a alimentação

está relacionada a um ato prazeroso e ao conceito de bem viver, pode ser muito difícil ter que parar de comer o que gosta e, desta forma, os pacientes crônicos necessitam de um tempo maior para que,

embora com restrição alimentar, consigam manter o conceito da dieta como uma situação que mantém, em parte, o prazer relacionado a alimentação.

Subcategorias	Categorias
Seguir a dieta Realizar reeducação alimentar Realizar atividade física	CUIDADOS COM A SAÚDE

QUADRO 5 - Categorização dos principais cuidados com a saúde relatados pelos participantes dos PSF 10 e 18 – Itajaí (SC) – 2008

Documento publicado pelo Conselho da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alimentação, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas afirma que alimentação correta e atividade física são necessárias para uma vida longa e saudável (TIUSSI et al., 2009). Dada a relevância dessas condições para o controle das doenças, os próprios pacientes os referem como cuidados importantes com a saúde. Com relação à alimentação, a opinião se dividiu em dois grupos: um destaca a importância de seguir a dieta; e o outro reconhece a necessidade de uma reeducação alimentar:

“Mas cuido mais com a comida.” (E - 10); “Na alimentação, cuido com a doçura.” (E - 4).

É inegável a contribuição da restrição ou dieta alimentar para a saúde, no entanto, como a alimentação está associada à sensação de prazer e bem-estar, perdê-la provoca rejeição e sofrimento emocional nos pacientes. Os alimentos têm ainda um significado afetivo e social na vida do indivíduo e da família, fatores que fazem com que seja difícil modificar a dieta. Esta, para muitos que não conseguem superar esses sentimentos, significa uma perda, uma punição, um castigo (MACHADO, 1995).

Os cuidados relacionados à alimentação foram adotados por alguns participantes de forma consciente, implicando em mudança de hábitos. Segundo Sartorelli e Franco (2003), negociar

prazeres relacionados a alimentação, associando-os a uma alimentação saudável, faz parte de um processo de transformação chamado reeducação alimentar.

“A alimentação também foi uma coisa que mudei muito.” (E - 14); “Tirei o sal e o açúcar da minha vida [...] hoje vivo melhor.” (E - 14).

Verificou-se ainda que outro cuidado com a saúde diz respeito a realizar algum tipo de atividade física:

“Comecei a fazer exercícios” (E - 16); “Caminho quase todo dia, um dia sim outro não.” (E - 17)

Tendo em vista que tratar e prevenir doenças por meio da alimentação e exercícios já provou ser eficiente e econômico, essas medidas são recomendadas e estão sendo adotadas em todos os países (MARCONDELLI, 2009). Outro cuidado relatado foi seguir o tratamento:

“Ah, cuido com os remédios, tomo certinho, não deixo faltar.” (E - 19).

A aderência ao regime de tratamento é considerada um cuidado fundamental para aqueles que experienciam uma situação crônica de saúde. Segundo Machado (1995), seguir regimes pode representar um acréscimo nas tarefas do dia a dia denominadas como novos encargos. Cumprir um regime prescrito pode

representar uma maneira de fazer ajustes temporários nos hábitos de vida ou ainda representar mudanças que devem ser incorporadas permanentemente ao estido de vida, como, por exemplo, tomar a medicação pelo resto da vida. Para alguns pacientes, tomar a medicação constitui um alívio, pois representa uma maneira de controlar os incômodos e manter sua qualidade de vida; para outros é um comportamento desejável apenas no início da

doença até a eliminação dos sintomas. De modo geral, os indivíduos em situação crônica de saúde tendem a aderir ao regime terapêutico prescrito, pelo fato de não exigir mudanças drásticas nos hábitos de vida, como acontece com a alimentação e a atividade física.

O Quadro 6 apresenta a categorização das atitudes influenciadas pelas crenças e valores, resultando em duas categorias: “Conviver com a doença” e “Se cuidar para viver mais e melhor”.

Subcategorias	Categorias
Tendo que aceitar a doença Aceitando a doença Mudando hábitos	CONVIVER COM A DOENÇA
Se cuidar para viver mais Cuidar mais da saúde para melhorar o dia a dia	SE CUIDAR PARA VIVER

QUADRO 6 - Categorização das atitudes influenciadas pelas crenças e valores entre os participantes dos PSF 10 e 18 em relação a saúde – Itajaí (SC) – 2008

Para Machado (1995), conviver com a doença deve constituir não uma obrigação, mas uma estratégia adotada pelo indivíduo que o leve a aceitar a doença como parte da sua vida, ao invés de negá-la e evitá-la. Mais uma vez, identificou-se uma polaridade nas falas referentes à aceitação da doença; ou seja, um grupo considera a aceitação da doença como uma imposição e não lhe sobra outra escolha; enquanto o outro aceita essa condição mais positivamente.

Para Trentini e Silva (1992), as atitudes são influenciadas por elementos cognitivos ou avaliativos, afetivos ou emocionais e ainda comportamentais. A avaliação que faz da situação crônica é o que leva o indivíduo a decidir os caminhos que deseja percorrer para solucionar uma situação incômoda; as atitudes a serem tomadas representam maneiras cognitivas, afetivas ou comportamentais de minimizar ou resolver essa situação. Essa decisão ocorre sob a influência da visão de mundo herdada, o que explica diferenças

de comportamentos num grupo. Dessa forma, avaliar a doença como algo ruim, envolvendo sofrimento, desânimo, incômodo e dependência (avaliação cognitiva), determina o comportamento de não querer, mas ter que aceitar a doença.

“Só tive que aceitar.” (E - 4); “Aceitei bem, tinha que, né?” (E - 3).

Ao contrário, um outro grupo aceitou sua condição crônica de saúde mais rápido e, ao que parece, sem tanto sofrimento. Esse grupo, certamente, tem crenças diferenciadas dos demais, como, por exemplo, acreditar que a saúde é o bem mais importante e que ter saúde é estar bem, não apenas no sentido físico, mas também emocional. A atitude diante dessa concepção foi a de aceitar a doença o mais rápido possível, para voltar à normalidade.

“Eu aceitei a doença desde o início.” (E - 13); “Acho que esse é o primeiro passo [...]” (E - 18); “Aceitei tudo, nada me incomoda.” (E - 7).

Relevantes trabalhos publicados na literatura são unânimes ao reconhecer a importância de adotar hábitos mais saudáveis de vida para o controle da situação crônica de saúde (BERTATO et al., 2006; MACHADO, 1995; MARCONDELI, 2009; SARTORELLI; FRANCO, 2003).

“Eu comecei a cuidar o que eu comia, mudar alguns hábitos.” (E - 17); “Eu mudei tudo o que me fazia mal, né meu amor.” (E - 18).

Embora alterar hábitos provoque mudanças na vida diária e represente ter algo a mais para fazer em função da doença, essa tarefa fica mais fácil quando é compartilhada e planejada em conjunto com a família, que foi outro valor relatado por grande parte dos participantes.

Segundo Machado (1995), estratégias de controle, como mudar hábitos, representam atitudes destinadas a preservar ou recuperar a saúde e só acontecem quando o indivíduo compreende o significado da doença em sua vida e então responde com ações coerentes a esse significado, sejam elas positivas (assumir novos encargos) ou negativas (abandonando os encargos).

A categoria “se cuidar para viver mais e melhor” incluiu as subcategorias “se cuidar para viver mais” e “cuidar mais da saúde para melhorar o dia a dia”, como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

“Tudo é feito em função da saúde, de viver mais e melhor.” (E - 9); “Faço tudo pra minha saúde.” (E - 1).

Para Veiga (2009), a saúde é uma conquista construída ao longo da vida, facilitada pelo acesso a informação que permite fazer as melhores escolhas e viver com saúde por muitos anos. Assim, a saúde e a longevidade são metas a serem alcançadas pelo ser humano. Dessa forma, viver com saúde é uma escolha e um compromisso pessoal que exige contínua prevenção das doenças evitáveis ou das complicações das doenças inevitáveis. Representa, portanto, um processo ativo de busca de um bem viver.

Embora desejável, cuidar da saúde é muito difícil. O desejo de entender melhor essa situação tem levado pesquisadores de diversas áreas a estudar o assunto. Com relação ao estudo da relação entre crenças e comportamento, Coleta (2003) testou escalas para medida de crenças em saúde e verificou que o percentual de crenças comportamentais positivas foi alto, ficando entre 90% e 100%, no entanto a adesão ao comportamento foi sempre menor, variando entre 50% a 84%, portanto mais baixo do que o esperado com base nas crenças. É difícil compreender o que muda entre a intenção de mudar comportamento e a efetiva ação para a mudança. Essa descoberta poderá ajudar profissionais e pacientes a cuidar da saúde e melhorar sua qualidade de vida (dia a dia), incorporando o conceito de sentir-se saudável a despeito da condição crônica de saúde.

CONCLUSÃO

Quanto aos valores, chegou-se às seguintes categorias: saúde como valor, a família como valor e a fé como valor. Valores morais associados ao modo correto de conduta e responsabilidade com os outros, quando violados, levam a sentimentos de culpa, o que verificamos no grupo de participantes que entendeu a doença como castigo. Essa atitude incorpora um elemento emocional relacionado à raiva, vergonha ou frustração e outro relacionado à falta de habilidade para alterar o estilo de vida, por isso, negando ou afastando de si o sofrimento provocado pela doença.

Entre as crenças pesquisadas, a saúde foi bastante citada e mereceu uma categorização específica como: saúde é tudo, a doença é algo ruim e doença crônica significa conviver com a doença pelo resto da vida. A crença de que “saúde é tudo”, entendida pelos diabéticos e hipertensos como um bem maior, mostra a importância prática desse valor na vida dos entrevistados, e pode amenizar o impacto provocado pela doença e a adoção de atitudes práticas e de controle da situação, o que se

observou acontecer para a maioria dos participantes, que aceitaram a doença (7), mudaram hábitos (9), passaram a se cuidar mais (6) e ou cuidaram mais da saúde (13).

A visão positiva de saúde pode ter influenciado as crenças negativas relatadas em relação a doença, corroborando entre os participantes da pesquisa a visão que saúde é o contrário de doença. Esta visão mostrou a doença como algo ruim, incluindo definí-la como: sofrimento (5), desânimo (4), incômodo (4), dependência (3), algo negativo (9) e como castigo (2). Apenas 5 participantes tiveram uma percepção positiva da doença, entendendo-a como esperada com o passar dos anos.

As crenças a respeito de doença crônica mostraram uma tendência a sentimentos realísticos, mas ainda negativos em sua maioria. Apenas um grupo de quatro participantes conseguiu conceber que a doença necessita de aceitação. As concepções de doença crônica mostraram-se coerentes com a concepção de doença e, embora negativas, geraram atitudes e cuidados com a saúde (mudando hábitos, cuidando mais da saúde) capazes de melhorar o controle e o impacto da doença sobre a qualidade de vida.

Verificou-se ainda que as crenças em relação ao cuidado com a saúde estavam polarizadas entre dar importância maior ao uso correto de medicamentos (3) ou a mudar hábitos de alimentação (5). Incluir, na vida diária, ambos os cuidados foi relatado como importante por seis participantes da pesquisa.

No campo das atitudes, identificaram-se os principais cuidados adotados com a saúde, relatados como: seguir a dieta (3), realizar reeducação alimentar (6), realizar atividade física (5) e seguir o regime terapêutico (8). As atitudes mostraram-se coerentes com as crenças polarizadas em relação ao cuidado com a saúde e denotam que existe informação disponível acerca dos benefícios da dieta e do uso contínuo de medicamentos para manter o controle pressórico e glicêmico. Acredita-se também na influência das atividades educativas voltadas a

esse grupo e realizadas periodicamente pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

As atitudes influenciadas pelas crenças foram apresentadas em duas categorias: conviver com a doença e se cuidar para viver mais e melhor. Esses processos implicam em ter que aceitar (5) e aceitar a doença (7), mudar hábitos (9), cuidar-se para viver mais (6), cuidar mais da saúde para melhorar o dia a dia (13).

Verificou-se uma coerência entre valores, crenças e atitudes por elas influenciadas na maioria dos participantes, o que denota a importância de conhecê-los para planejar um cuidado que tenha significado para um viver saudável do paciente que experiencia uma condição crônica de saúde. A busca de informações, o apoio da família e o compartilhamento de saberes entre profissionais e pacientes auxilia na acomodação das crenças e dos valores para um enfrentamento mais efetivo da situação crônica de saúde.

Os dados apresentados poderão contribuir para o conhecimento do processo de viver e ser saudável, incluindo-se aí subsídios para uma melhor abordagem de indivíduos em situação crônica de saúde, considerando-os autônomos e responsáveis por manejar o processo saúde-doença e suas oscilações, compartilhando a concepção de que é possível sentir-se saudável, mesmo vivendo com uma doença considerada crônica.

REFERÊNCIAS

BERTATO, M.P. et al. Atendimento interdisciplinar a pessoas com doenças crônicas: uma experiência de extensão integrada à pesquisa. Trabalho apresentado à Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) – Brasil, Piracicaba, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília, 2004.

COLETA, M.F.D. Escalas para medidas das crenças em saúde: construção e validação.

- Revista Ciência & Saúde Coletiva, Uberlândia, v. 2, p. 111-122, 2003.
- EMANUELLY, C. Ética, estética e emancipação do ser humano. Palmeira dos Índios: UNEAL, 2007. Disponível em: <www.cosmerogerio.blogspot.com> . Acesso em: 17 mar. 2009.
- HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- LAPLATINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LIMA, M. A importância da nutrição para saúde. Santos, SP, 2009. Disponível em: <www.cyberdiet.terra.com.br>. Acesso em: 8 mar. 2009.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2005.
- MACHADO, H.B. Enfrentando a condição crônica de saúde após um acidente vascular cerebral: um estudo de caso. 1995. 220 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- MARCONDELLI, P. Saúde em movimento: história da nutrição. 2001. Disponível em: <www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em: 16 mar. 2009.
- MARTINELLI, J.E. Idosos. Jornal de Jundiaí, Jundiaí, 2007. Disponível em: <www.idosos.com.br>. Acesso em: 27 mar. 2007.
- MESSA, A.A. O impacto da doença crônica na família. 2003. Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar) – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/psc149.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2009.
- OLIVEIRA, F. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 2002.
- OSTROWSKI, L.; OLBRZYMEK, M.R. Educação em valores humanos: educar com o coração. Revista Leonardo Pós, Blumenau, v. 1, n. 1, p. 25-31, jan./jun. 2002.
- PIRES, C.G.S; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2257-2267, 2008.
- SALES, C.A. O ser no mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 563-568, out./dez. 2008.
- SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 29-36, 2003.
- TIUSSI, A.C.R. et al. Estratégia para promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde do Distrito Federal. Brasília: 2004. Disponível em: <www.multirio.rj.gov.br/portal/popup/040827>. Acesso em: 16 mar. 2009.
- TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez. 1992.
- VEIGA, A. Viver mais e melhor. Época, São Paulo, n. 143, 2003. Disponível em: <www.revistaepoca.globo.com>. Acesso em: 12 mar. 2009.
- WENDHAUSEN, A.L.P.; REBELLO, B.C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. Rev. Eletrônica de Enferm., Maringá, v. 3, n. 3, p. 243-251, 2004.

