CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS HIPERTENSAS SOBRE O ESTRESSE

Cláudia Geovana da Silva Pires*
Fernanda Carneiro Mussi**

RESUMO

Este é um estudo descritivo e exploratório que objetivou descrever as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre o controle do estresse e levantar os fatores sociodemográficos envolvidos. Um instrumento específico foi utilizado para entrevistar os 106 participantes, todos adultos, negros e hipertensos. Os dados foram analisados em percentuais, frequência de casos, escores e razão de prevalência. A análise global possibilitou evidenciar que os participantes mostraram-se indecisos quanto a evitar preocupação e perceberam mais benefícios quanto a ter horas de lazer e diversão e ter um tempo para o descanso, sossego, relaxamento e meditação. Mulheres e pessoas mais jovens, sem companheiro e com baixa renda e escolaridade perceberam menos crenças sobre os benefícios do controle do estresse. O estudo identificou indicadores que interferem no controle do estresse e aponta a necessidade de reflexão e implementação de novas formas de atenção a pessoas negras hipertensas.

Palavra-chaves: Enfermagem. Hipertensão. Prevenção. Controle.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível considerada um problema de saúde pública no mundo⁽¹⁾. Sua etiologia é em 90% dos casos desconhecida, mas no início são considerados dois grupos de fatores de risco, os não controláveis, que incluem hereditariedade, idade, raça/cor e sexo, e os controláveis, englobando sobrepeso/obesidade, ingestão excessiva de sódio, gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, sedentarismo, tabagismo e estresse psicossocial⁽²⁾. Desse modo, o grande desafio consiste em ações de prevenção e controle dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento⁽¹⁾.

O estresse é um elemento natural e necessário da vida, envolve a capacidade motora e fisiológica dos indivíduos de reagir. Todavia, a sobrecarga de situações provocadoras de estresse ou a manutenção de certas condições estressoras podem determinar o aparecimento ou agravamento de doenças⁽³⁾. A hipótese da reatividade cardiovascular considera que indivíduos com respostas pressóricas mais elevadas diante de estímulos estressantes da vida diária tem maior risco para doenças cardiovasculares, particularmente a hipertensiva

e a coronária em razão da maior variabilidade e níveis mais elevados da pressão arterial nas situações de estresse. Portanto, possuem maior tendência a desencadear as alterações estruturais e funcionais no coração e nos órgãos-alvo, características da HAS⁽⁴⁾.

Apesar de o estresse psicossocial ser considerado um fator de risco para HAS, a análise da literatura mostra que pouco tem sido explorado sobre as crenças de pessoas negras hipertensas relacionadas à prevenção e ao controle do estresse. Cabe ressaltar que a relação entre raça negra e HAS está associada tanto a fatores biológicos como sociais⁽⁵⁾, especialmente devido às privações econômicas e à resistência à opressão racial, levando à adoção de dietas inadequadas, elevado índice de estresse e maiores taxas de consumo de álcool e tabaco⁽⁶⁾.

Conhecer as crenças em saúde sobre o controle do estresse é fundamental para que o enfermeiro possa ajudar os indivíduos a enfrentar esse fator de risco, já que elas são preditoras de comportamento. Crenças são informações fornecidas pela família e pela sociedade desde a infância, reforçadas pela cultura⁽⁷⁾. Podem ser definidas como resultado do domínio da experiência, constituindo convicções não fundadas racionalmente que

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Adjunta I da Escola de Enfermagem da UFBA. cgspires@uol.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada II da Escola de Enfermagem da UFBA. femussi@uol.com.br

modelam a conduta cotidiana. Estão ligadas aos conhecimentos, às percepções, às atitudes e às práticas dos indivíduos em um contexto familiar e comunitário⁽⁸⁾.

Considerando a escassa literatura sobre crenças em saúde relacionadas ao estresse na perspectiva de pessoas negras hipertensas, os objetivos do estudo são: 1) descrever as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre o controle do estresse; 2) conhecer os fatores sociodemográficos associados às crenças em saúde sobre o controle do estresse. Espera-se promover junto à comunidade acadêmica e à sociedade uma reflexão sobre o HAS, o estresse e as práticas em saúde, com vistas à prevenção e ao controle.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata de pesquisa quantitativa e exploratória. Optamos pelo Modelo de Crenças em Saúde como base teórica. A premissa básica desse modelo é que o mundo daquele que percebe e sua motivação determinam o seu comportamento, e não o ambiente físico⁽⁹⁾. Esse modelo envolve quatro variáveis: suscetibilidade percebida (percepção subjetiva do risco de a pessoa contrair determinada doença); gravidade percebida (grau de estimulação emocional criado em torno da doença); benefícios percebidos (crença na efetividade da ação); e barreiras percebidas (aspectos negativos da ação)⁽⁹⁾. Neste estudo, foram investigadas as crenças em saúde sobre benefícios e barreiras percebidos para o controle do estresse em pessoas negras hipertensas. A pesquisa foi realizada em um centro de saúde referência para atendimento de pessoas com HAS, situado no bairro da Liberdade, em Salvador. Esse bairro abriga, predominantemente, pessoas da raça negra. Para o cálculo do tamanho da amostra foi assumida a frequência esperada de benefícios de 50%, com um erro aceitável de 40%, nível de significância de 5% e poder da amostra em torno de 60%⁽¹⁰⁾. Com base no cálculo, a amostra foi constituída por 106 pessoas adultas, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de HAS há, no mínimo, 6 meses, autodeclaradas negras e que estavam cadastradas no programa de HAS da

instituição em estudo. A escolha de pessoas da raça negra justificou-se pela maior prevalência da HAS nesse grupo, uma vez que os indivíduos apresentaram a doença mais cedo e tiveram níveis tensionais mais elevados quando comparadas aos brancos, e por se acreditar na especificidade das crenças relacionadas a esse grupo, tendo em vista as condições históricas do sistema colonial escravagista⁽¹¹⁾.

A Parte I do instrumento de coleta de dados foi formada por questões fechadas sobre dados de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e atividade laboral) e a Parte II foi composta pela “Escala de Crenças” sobre barreiras e benefícios relacionados ao estresse. Essa escala foi validada em tese de doutorado e apresentou propriedades psicométricas válidas e confiáveis. Obteve-se autorização para utilizá-la nesta pesquisa⁽⁹⁾. O levantamento das crenças em saúde sobre o estresse era precedido pelas seguintes perguntas: “Qual é a sua opinião sobre evitar preocupações?”; “Qual é a sua opinião sobre ter suas horas de lazer e diversão?”; “Qual é a sua opinião sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação?”. Em cada um desses três comportamentos de saúde relacionados ao estresse, os itens (frases) sobre benefícios percebidos foram intercalados aos itens sobre barreiras percebidas. A escala é apresentada no formato *Likert*, com 5 níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente = 1), D (discordo = 2), I (indeciso = 3), C (concordo = 4) até CT (concordo totalmente = 5).

Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, enquanto aguardavam a verificação da pressão arterial ou a consulta pela equipe multidisciplinar. Aqueles que chegavam primeiro eram abordados e, caso se identificassem como negros e tivessem diagnóstico de HAS há pelo menos seis meses, confirmado pelo cartão de registro no centro de saúde, fazia-se o convite para participar da pesquisa, com explicação dos objetivos do estudo. Em caso de aquiescência, a pessoa era encaminhada para uma sala privativa e, após leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista

era realizada e gravada. Ao término, agradecia-se ao entrevistado pela contribuição. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, sob o Parecer n. 19/2006.

Os dados obtidos mediante entrevista foram posteriormente digitados no instrumento de coleta de dados, visando a uma melhor interação entre pesquisadora e participantes, bem como assegurar a confiabilidade das respostas. A digitação dos dados no instrumento foi feita por duas pesquisadoras e os registros foram confrontados, não sendo identificado divergências. Posteriormente, os dados foram codificados, digitados e processados no programa *SPSS for Windows*, versão 12.0.

Dados de caracterização da amostra foram analisados em percentuais. Para análise do percentual de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados ao estresse para controle da HAS, procedeu-se à construção do indicador sobre crenças, da seguinte maneira: a) para cada participante do estudo, criou-se uma média aritmética para barreiras, utilizando-se os itens (sentenças) correspondentes às barreiras e uma média aritmética para benefícios, utilizando-se os itens (sentenças) correspondentes a benefícios; b) estabeleceu-se a diferença entre a média aritmética da barreira e a média aritmética de benefício para cada participante da pesquisa, construídas como descrito em “a”; c) os resultados da diferença entre as médias aritméticas de cada participante, construídas como descrito em “b”, foram classificados em três categorias: crenças sobre benefícios = valores da diferença das médias aritméticas abaixo de zero; crenças sobre barreiras = valores da diferença das médias aritméticas acima de zero; indecisos na percepção de crenças sobre barreiras; e crenças sobre benefícios = valores da diferença das médias aritméticas igual a zero. Posteriormente, para as análises bivariadas, verificou-se a associação dos fatores sociodemográficos ao indicador crença, utilizando-se a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95%. Valores de RP acima de 1 representaram maior percepção de benefícios e os menores que 1 representaram menor percepção de

benefícios. Todos os testes estatísticos foram verificados em nível de 5% de significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 106 participantes do estudo, 73,6% eram mulheres; a idade média foi de 54 anos; 49% dos participantes mais jovens se encontravam nas faixas etárias < 45 anos (24,5%) e 45-54 anos (24,5%), e, entre os mais velhos, isto é, $\geq$ 54 anos, 51,0% se encontravam nas faixas etárias 54-63 anos (26,5%), 16% tinham 63-69 anos e 8,5% tinham $\geq$ 70 anos. Constatou-se predomínio da baixa escolaridade, tendo 63,2% até o Ensino Fundamental, bem como da baixa renda familiar mensal, pois 52,8% recebiam menos que 1 salário-mínimo; a maioria (67,0%) exercia atividade profissional, incluindo o trabalho doméstico, vivia sem companheiro (61,3%), era da religião católica (69,8%).

Crenças em saúde sobre barreiras e benefícios para o controle do estresse

A Tabela 1 apresenta 6 frases referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 5 a barreiras associadas a evitar preocupações. Os participantes concordaram em parte e totalmente quanto aos danos provocados pelas preocupações (BENSTRESS 1 e 2 – 100% cada); (BENSTRESS 3 – 89,6%); (BENSTRESS 4 – 99%); (BENSTRESS 5 – 99,1%) e (BENSTRESS 6 – 95,3%) – o que denotou maior percepção de benefícios ao evitá-las.

Os participantes também concordaram em parte e totalmente que “é difícil viver sem preocupações” (BARSTRESS 1 – 100%) e que “os problemas financeiros não deixam que as pessoas se despreocupem” (BARSTRESS 2 – 100%). Nas demais frases, o predomínio da percepção de barreiras foi de 94,4% de “o trabalho não permite viver sem preocupações” (BARSTRESS 3), de 96,2% para “quem tem família não consegue se despreocupar” (BARSTRESS 4) e de 99% para “é difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade” (Tabela 1). Esses resultados mostraram que, a despeito dos benefícios desfrutados por um indivíduo capaz de evitar preocupações, as barreiras estão estreitamente ligadas à crença de que a preocupação é fator

inerente à própria condição da vida do ser humano, ou seja, enquanto ser humano ativo, que trabalha e se relaciona com outras pessoas, inserido em um contexto social muitas vezes adverso a uma vida digna. Nesse sentido, evitar preocupações é um desafio para o

controle da saúde e prevenção de doenças, pois sofre influência do meio ambiente, dos comportamentos das pessoas e das condições de vida. O estresse foi apontado como um dos fatores mais nocivos à vida dos participantes, além de seu controle se mostrar difícil.

Tabela 1 – Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a evitar preocupações. Salvador, 2006.

Benefícios e barreiras associados a evitar preocupações	DT = 1		D = 2		I = 3		C = 4		CT = 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BENSTRESS 1 – As preocupações prejudicam a saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100
BENSTRESS 2 – As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse	-	-	-	-	-	-	1	0,9	105	99,1
BENSTRESS 3 – Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada	4	3,8	5	4,7	2	1,9	9	8,5	86	81,1
BENSTRESS 4 – As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto	-	-	-	-	1	0,9	3	2,8	102	96,2
BENSTRESS 5 – As preocupações causam desgaste físico e mental	-	-	-	-	1	0,9	4	3,8	101	95,3
BENSTRESS 6 – As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa	-	-	-	-	5	4,7	4	3,8	97	91,5
BARSTRESS 1 – É difícil viver sem preocupações	-	-	-	-	-	-	3	2,8	103	97,2
BARSTRESS 2 – Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem	-	-	-	-	-	-	5	4,7	101	95,3
BARSTRESS 3 – O trabalho não permite viver sem preocupações	4	3,8	1	0,9	1	0,9	4	3,8	96	90,6
BARSTRESS 4 – Quem tem família não consegue se despreocupar	2	1,9	-	-	2	1,9	7	6,6	95	89,6
BARSTRESS 5 – É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade	1	0,9	-	-	-	-	5	4,7	100	94,3

DT= discordo totalmente; D = discordo; I= indeciso; C= concordo; CT= concordo totalmente.

A Tabela 2 mostra que os participantes perceberam crenças em saúde sobre benefícios em relação a ter horas de lazer e diversão, considerando que essa prática serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça (BENLAZER 1 – 99,2%); entendendo que o lazer faz bem para a saúde física e mental (BENLAZER 3 – 100%); que o homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida (BENLAZER 4 – 100%); que lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo (BENLAZER 5 – 99,1%); que a diversão dá alegria para viver (BENLAZER 6 – 98,1%); e que o lazer deve ser equilibrado com trabalho (BENLAZER 7 – 100%). Apenas para a frase “só quem tem tempo

pode ter lazer” (BENLAZER 2), discordo em parte e totalmente totalizou 38,7%, e esses participantes apresentam menor percepção de benefício. Quase 2/3 dos participantes concordaram em parte e totalmente que “não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras” (BARLAZER 1 – 65,1%), mostrando maior percepção de barreira para ter horas de lazer e diversão. Metade dos participantes concordou em parte e totalmente e metade discordou em parte e totalmente que “só quem tem saúde pode se divertir ou passear” (BARLAZER 2). Esses dados mostraram que os participantes valorizaram a importância dessa prática para esquecer os problemas e melhorar a qualidade de vida, salvo que a baixa condição

socioeconômica constitui uma barreira para a ação.

Tabela 2 – Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a ter horas de lazer e diversão. Salvador, 2006.

Benefícios e barreiras associados a ter horas de lazer e diversão	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
BENLAZER 1 – O lazer serve para descontraír, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça	-	-	-	-	10,9	2	1,9	103	97,3		
BENLAZER 2 – Só quem tem tempo pode ter lazer	3230	2,9	8,5	-	-	-	18	17	47	44,3	
BENLAZER 3 – O lazer faz bem para a saúde física e mental	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100	
BENLAZER 4 – O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida	-	-	-	-	-	-	3	2,8	103	97,2	
BENLAZER 5 – O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo	1	0,9	-	-	-	-	2	1,9	103	97,2	
BENLAZER 6 – A diversão dá energia para viver	-	-	-	-	21,9	2	1,9	102	96,2		
BENLAZER 7 – O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo	-	-	-	-	-	-	2	1,9	104	98,1	
BARLAZER 1 – Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras	2624	51	110	4	-	-	1917	9	50	47,2	
BARLAZER 2 – Só quem tem saúde pode se divertir ou passear	4138	71	211	3	-	-	1211	3	41	38,7	

DT = discordo totalmente; D = discordo; I = indeciso; C = concordo; CT = concordo totalmente.

A Tabela 3 apresenta 6 frases referentes a crenças em saúde sobre benefícios e 3 a barreiras associadas a ter um tempo para o descanso, sossego, relaxamento e meditação. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos benefícios do descanso para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo (BENRELAX 1 – 98,1%); para oferecer tranquilidade, ânimo e bem-estar (BENRELAX 2 – 100%); para aliviar as tensões e evitar o estresse (BENRELAX 3 – 99,1%); porque descansar ou relaxar faz bem para a saúde (BENRELAX 4 – 99,1%); porque quem trabalha deve descansar (BENRELAX 5 – 100%); e porque vive mais quem tem tempo para o descanso (BENRELAX 6 – 72,6%). A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que só descansa quem tem tempo (BARRELAX 1 – 53,8%); que quem não está acostumado não consegue descansar (BARRELAX 2 – 83%); e que quem trabalha muito não consegue relaxar (BARRELAX 3 – 68%), indicando maior percepção de barreiras para esse comportamento.

A análise global das crenças em saúde quanto às medidas de prevenção e controle do estresse mostrou predomínio da categoria “crenças em saúde sobre benefícios” (Tabela 4). Todavia, 63,2% dos participantes ficaram indecisos

quanto à importância de evitar preocupação e 19,8% perceberam crenças em saúde sobre barreiras para esse comportamento.

A análise dos fatores sociodemográficos associados às percepções de crenças em saúde sobre benefícios (categoria benefícios), segundo as medidas de prevenção e controle do estresse (Tabela 5) mostrou que os homens, em comparação às mulheres, perceberam 39% mais crenças em saúde sobre benefícios para evitar preocupação (IC 95% – 0,58-3,36); 25% para ter horas de lazer e diversão (IC 95% 0,97-1,62); e 14% para relaxamento (IC 95% – 0,85-1,52).

Em relação à idade, observou-se que as pessoas na faixa etária < 45 anos, em comparação àquelas com idade ≥ 54 anos, perceberam 39% menos benefícios quanto a evitar preocupação (IC 95% – 0,19-1,96). No entanto, observou-se que o grupo com idade < 45 anos, em comparação ao grupo na faixa etária ≥ 54 anos, percebeu mais benefícios em relação aos comportamentos ter horas de diversão e lazer (IC 95% – 1,00-1,66) e relaxamento (IC 95% – 0,96-1,65). Quanto à escolaridade, as pessoas que possuem o Ensino Fundamental, em comparação àquelas com Ensino Superior, perceberam 42% menos benefícios quanto a evitar preocupação (IC 95% – 0,25-1,34); 16%

menos benefícios quanto a ter horas de diversão e lazer (IC 95% – 0,65-1,09); e 29% menos benefícios quanto ao relaxamento (IC 95% – 0,55-0,93).

Tabela 3 – Discordância, indecisão e concordância dos participantes segundo crenças em saúde sobre benefícios e barreiras associados a ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação. Salvador, 2006.

Benefícios e barreiras associados a ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação	DT=1		D=2		I=3		C=4		CT=5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BENRELAX 1 – O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo	1	0,9	-	-	1	0,9	2	1,9	102	96,2
BENRELAX 2 – O descanso dá tranquilidade, ânimo e bem-estar	-	-	-	-	-	-	5	4,7	101	95,3
BENRELAX 3 – O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse	-	-	-	-	1	0,9	2	1,9	103	97,2
BENRELAX 4 – Descansar ou relaxar faz bem para a saúde	1	0,9	-	-	-	-	-	-	105	99,1
BENRELAX 5 – Quem trabalha deve descansar	-	-	-	-	-	-	-	-	106	100
BENRELAX 6 – Vive mais quem tem tempo para descanso	2	1,9	1	0,9	26	24,5	12	11,3	65	61,3
BARRELAX 1 – Só descansa quem tem tempo	43	40,6	6	5,7	-	-	12	11,3	45	42,5
BARRELAX 2 – Quem não está acostumado não consegue descansar ou relaxar	13	12,3	4	3,8	1	0,9	16	15,1	72	67,9
BARRELAX 3 – Quem trabalha muito não consegue relaxar	22	20,8	11	10,4	1	0,9	13	12,3	59	55,7

DT = discordo totalmente; D = discordo; I = indeciso; C = concordo; CT = concordo totalmente.

Tabela 4 – Medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial por categorias de crenças sobre benefícios e barreiras em relação ao estresse. Salvador, 2006.

Três medidas de prevenção e controle do estresse	Categoria: crenças sobre benefícios		Categoria: indecisos na percepção de crenças sobre benefícios e barreiras		Categoria: Crenças sobre barreiras	
	N	%	N	%	N	%
Ter horas de lazer e diversão	71	67,0	21	19,8	14	13,2
Ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação	69	65,1	25	23,6	12	11,3
Evitar preocupação	18	17,0	67	63,2	21	19,8

Quanto ao estado civil, pessoas sem companheiro, em comparação às com companheiro, perceberam 1% menos benefícios para evitar preocupação (IC 95% – 0,42-2,35); 3% menos benefícios para ter horas de lazer e diversão (IC 95% – 0,74-1,27); e 2% menos benefícios para relaxamento (IC 95% – 0,74- 1,30).

As pessoas com renda familiar mensal inferior a 1 salário-mínimo, em comparação àquelas com renda mensal superior a 3 salários-mínimos, perceberam 29% menos benefícios para evitar preocupação (IC 95% 0,31-1,67); 13% menos benefício para ter horas de lazer e diversão (IC 95% 0,66-1,13);

e 13% menos benefício para relaxamento (IC 95% – 0,66-1,14).

Há uma tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios para o combate ao estresse no grupo de mulheres, de menor escolaridade e renda e sem companheiro. Todavia, houve relação estatisticamente significativa apenas para as variáveis baixa escolaridade e relaxamento.

A análise global das 3 medidas de prevenção e controle do estresse mostrou o predomínio da categoria crenças em saúde sobre benefícios para ter horas de lazer/diversão e relaxamento. Para a medida evitar preocupação predominou a categoria indecisos.

Tabela 5 – Fatores sociodemográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao controle do estresse. Salvador, 2006.

Medidas de prevenção e controle do estresse												
Variáveis	Evitar preocupação				Ter horas de lazer e diversão				Relaxamento			
	N	%	RP	IC 95%	N	%	RP	IC 95%	N	%	RP	IC 95%
Sexo												
Homens	28	21,4	1,39	(0,58, 3,36)	28	78,6	1,25	(0,97, 1,62)	28	71,4	1,14	(0,85, 1,52)
Mulheres	78	15,4			78	62,8			78	62,8		
Idade (anos)												
< 45	26	11,5	0,61	(0,19, 1,96)	26	80,8	1,29	(1,00, 1,66)	26	76,9	1,26	(0,96, 1,65)
45 -54	26	23,1	1,54	(0,64, 3,69)	26	80,8	1,29	(1,00, 1,66)	26	61,5	0,92	(0,66, 1,30)
≥ 54	54	16,7			54	53,7			54	61,1		
Estado civil												
Sem companheiro	65	16,9	0,99	(0,42, 2,35)	65	66,2	0,97	(0,74, 1,27)	65	64,6	0,98	(0,74, 1,30)
Com companheiro	41	17,1			41	68,3			41	65,9		
Escolaridade												
Ensino Fundamental	67	13,4	0,58	(0,25, 1,34)	67	62,7	0,84	(0,65, 1,09)	67	56,7	0,71	(0,55, 0,93)*
Ensino Médio	32	25	1,85	(0,80, 4,25)	32	71,9	1,1	(0,84, 1,46)	32	78,1	1,31	(1,01, 1,71)
Ensino Superior	7	14,3			7	85,7			7	85,7		
Renda												
< 1 s.m.	56	14,3	0,71	(0,31, 1,67)	56	62,5	0,87	(0,66, 1,13)	56	60,7	0,87	(0,66, 1,14)
1-3 s.m.	33	12,1	0,63	(0,22, 1,77)	33	69,7	1,06	(0,80, 1,40)	33	60,6	0,90	(0,66, 1,24)
> 3 s.m.	17	35,3			17	76,5			17	88,2		

RP = razão de prevalência. IC = intervalo de confiança

* p < 0,05.

Os participantes concordaram quanto aos danos pessoais provocados pelas preocupações, o que denotou maior percepção de benefícios para evitá-las. Todavia, acreditavam que era difícil afastá-las da vida cotidiana, uma vez que são inerentes aos problemas financeiros, ao trabalho, a família e as responsabilidades assumidas, mostrando maior percepção de barreiras para combatê-las. Parece difícil a pessoa querer se afastar, evitar ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à própria vida⁽¹²⁾, especialmente quando se luta para sobreviver em condições de vida de pobreza, o que foi característico para a amostra. Na sociedade contemporânea, existem objetivos a atingir e obrigações a cumprir, sendo inúmeras as demandas relacionadas a carreira, trabalho, família e saúde, não faltando motivos para a existência de preocupações. Convive-se com aborrecimentos, discussões familiares, compromissos profissionais, restrições financeiras, prazos exíguos para a realização de tarefas, além das atividades que não se consegue realizar. Como nem sempre é possível se livrar dos eventos estressantes, é preciso aprender a lidar com as demandas internas e/ou externas

que pressionam, sobrecarregam ou excedem os recursos do indivíduo, e que são percebidas como ameaçadoras ou opressivas⁽¹³⁾.

Nesse sentido, uma questão que precisa ser colocada em debate diz respeito às maneiras de lidar com situações ameaçadoras, evitando que o estresse se torne excessivo e prejudique a saúde. Elas podem ser identificadas e trabalhadas pela equipe de saúde junto à clientela, o que implica uma relação dialógica entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, ou seja, um interesse autêntico em ouvir e ser ouvido⁽¹⁴⁾. Por isso, é preciso que as pessoas encontrem uma maneira diferente de pensar sobre uma determinada situação estressante, avaliem o papel desempenhado diante dela e identifiquem as causas atribuídas para explicar o resultado indesejável⁽¹³⁾.

A maioria dos participantes acreditava nos benefícios do lazer e que era preciso ter tempo para poder desfrutá-lo. Ter lazer é um dos sonhos acalentados pelos seres humanos, livre do interminável mundo das obrigações, para buscar aquilo que se quer e investir o tempo de maneira voluntária e prazerosa. Nas práticas em saúde, é preciso resgatar junto aos sujeitos as

atividades às quais podem se entregar de livre vontade, seja para repousar, divertir-se, entreter-se ou, ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se das obrigações profissionais, familiares ou sociais. Algumas barreiras foram percebidas para ter horas de lazer e diversão, a exemplo do custo inerente a essas atividades, identificado para 65,1% dos participantes, e as más condições de saúde, identificadas para 51,8%. As limitações econômicas acabam permitindo que somente pessoas em melhores condições financeiras tenham acesso a certas opções de lazer, como cinemas, teatros, shows etc.

Nesse sentido, faz-se necessária a implementação de políticas públicas que incentivem a busca pela democratização cultural, visando a um melhor bem-estar social. Além disso, pode-se identificar e sugerir junto à clientela meios de diversão e socialização, como jogos, atividades ao ar livre, em praças, clubes, ciclovias e outros ambientes, no tempo livre disponível. É importante, também, refletir junto à clientela sobre a importância de fazer escolhas de práticas de lazer menos sedentárias, visto que a atividade física combinada ao lazer pode contribuir para o controle da HAS⁽¹⁵⁾.

A maioria dos participantes também acreditava nos benefícios do tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação para evitar o estresse. É importante refletir junto à clientela sobre o que pode fazer para melhorar a qualidade de vida, seja desfrutando de um tempo livre para descansar e/ou realizando atividades de relaxamento e meditação. Sabe-se que o relaxamento pode auxiliar nos estados de estresse e tensão muscular, constituindo uma prática revigorante, capaz de proporcionar tranquilidade e bem-estar. O relaxamento pode ser obtido por técnicas de baixo custo, como a de respiração profunda, relaxamento muscular progressivo, atividade física, e pode ser vivenciado pela música, meditação etc. A prática diária da meditação melhora a capacidade mental e o vigor, e, principalmente, pode tornar a pessoa mais consciente da própria vida. Cada um possui sua forma particular de praticar a meditação; algumas pessoas estão inclinadas ao universo espiritual, outras a saúde ou ao bem-estar.

Torna-se necessário refletir junto aos usuários dos serviços de saúde sobre o que constitui em

barreira para descanso e relaxamento. Neste estudo, a maioria dos participantes concordou que só consegue descansar quem tem tempo, está acostumado e não trabalha muito. Todavia, também é verdade que cada pessoa é o conjunto de opções que faz durante a vida, e, portanto, mesmo em condições mais adversas é preciso focar sobre algo que ajude no enfrentamento de situações estressantes.

A análise das associações entre fatores sociodemográficos e indicadores de crenças em saúde sobre o estresse mostrou uma tendência à menor percepção de crenças em saúde sobre benefícios para o combate ao estresse no grupo de mulheres, de pessoas com menor escolaridade e renda e sem companheiro. Todavia, houve relação estatisticamente significativa apenas na associação entre baixa escolaridade e relaxamento. Outro estudo apontou que as diferenças socioeconômicas contribuem para o surgimento de diversos fatores de estresse⁽¹⁶⁾.

Um aspecto que pode inibir a prática do lazer é o sexo. O homem atualmente tem mais opções de lazer, em comparação à mulher. Desde uma simples partida de futebol a uma mesa de bar com os amigos. Já a mulher permanece desfavorecida devido à sua dupla jornada de trabalho e as obrigações matrimoniais⁽¹⁷⁾. A faixa etária pode também ser um aspecto que compromete o lazer, visto que os idosos são esquecidos do ponto de vista social⁽¹⁷⁾. No que se refere a baixa escolaridade, em Salvador, constatou-se o maior percentual de sedentarismo no lazer entre os analfabetos, tanto para homens quanto para mulheres. Para sexo e escolaridade, o maior percentual de sedentarismo no lazer foi observado entre as mulheres e entre o grupo dos analfabetos até a 4ª série do Ensino Fundamental⁽¹⁸⁾.

Não é possível negar que a baixa escolaridade e renda podem estar associadas a crenças de menor benefício para o controle do estresse, considerando que se atribui às pessoas desse grupo social a realização das próprias tarefas domésticas (segunda jornada de trabalho); as horas dispendidas para chegar ao trabalho e retornar à residência são consideráveis, muitas pessoas saem de casa de madrugada e chegam entre 9 e 10 da noite, além de trabalhar 6 dias por semana. No discurso sobre o que fazem no lazer ou tempo livre, temos: “o cansaço não

deixa fazer outra coisa” além de dormir ou assistir TV⁽¹⁸⁾. Esse panorama revela a enorme dificuldade desse grupo ter acesso ao lazer, ao relaxamento e evitar preocupação quando a luta do dia a dia os permite apenas sobreviver. Portanto, as medidas de prevenção e controle do estresse passam por melhores condições de vida na sociedade.

O controle da HAS e de seus agravos implica mudanças comportamentais, o que requer esforços da equipe de saúde na abordagem psicossocial às pessoas hipertensas. É necessário considerar que essas pessoas têm expectativas, conhecimentos, crenças e experiências que devem ser valorizadas pelos educadores em saúde⁽¹⁹⁾, a fim de que exerçam a função de encorajá-las a assumir a responsabilidade de proteger a própria saúde, de ajudá-las a encontrar, de acordo com suas possibilidades, hábitos e estilos de vida saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise global das crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre as barreiras e benefícios para o controle do estresse evidenciou

que os participantes mostraram-se indecisos quanto a evitar preocupação e perceberam mais benefícios para ter horas de lazer e diversão e um tempo para o descanso, sossego, relaxamento e meditação. Quanto aos fatores sociodemográficos associados às três categorias de crenças sobre benefícios, houve menos percepção de benefícios entre mulheres, pessoas sem companheiro, com nível de escolaridade até o Ensino Fundamental e renda menor que 1 salário-mínimo. Pessoas mais jovens perceberam mais benefícios para as categorias ter horas de lazer e diversão e relaxamento. Houve relação estatisticamente significativa apenas na associação entre baixa escolaridade e relaxamento. O estudo contribuiu para a identificação de indicadores que interferem na adesão ao tratamento da HAS e para a reflexão e implementação de novas formas de atenção a pessoas negras hipertensas, visando a evitar as complicações provocadas pela doença. Vale destacar a importância de novos estudos com outros grupos raciais, para comparar os resultados obtidos nesta pesquisa em relação às crenças em saúde sobre o estresse. Além disso, cabe ressaltar que o tamanho da amostra pode ter interferido no poder do estudo.

HEALTH BELIEFS OF HYPERTENSIVE BLACK PEOPLE ABOUT STRESS

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study which aimed to describe the health beliefs of hypertensive black people about stress control and survey the sociodemographic factors involved. A specific instrument was used to interview the 106 participants, all of them adult, black, and hypertensive. Data was analyzed in percentages, frequency of cases, scores, and prevalence ratio. The global analysis allowed evidencing that participants showed to be uncertain about avoiding concern and they perceived more benefits with regard to having leisure and fun hours and having some time for rest, tranquility, relaxation, and meditation. Women, younger people, and people with no partner, low income, and low education level perceived fewer beliefs on stress control. The study identified indicators which interfere with stress control and it points out the need for thinking through and implementing new ways of caring for hypertensive black people.

Keywords: Nursing. Hypertension. Prevention. Control.

CREENCIAS EN SALUD DE PERSONAS NEGRAS HIPERTENSAS ACERCA DEL ESTRÉS

RESUMEN

Este es un estudio descriptivo y exploratorio que tuvo el objetivo de describir las creencias en salud de personas negras hipertensas sobre el control del estrés y obtener los factores socio-demográficos involucrados. Un instrumento específico fue utilizado para entrevistar a los 106 participantes, todos adultos, negros e hipertensos. Los datos fueron analizados en porcentajes, frecuencia de casos, puntuaciones y razón de prevalencia. El análisis global posibilitó evidenciar que los participantes se mostraron indecisos con relación a evitar preocupación y percibieron más beneficios con relación a tener horas de ocio y diversión y tener un tiempo para el descanso, el sosiego, el relajamiento y la meditación. Mujeres y personas más jóvenes, sin compañero y con baja renta y escolaridad percibieron menos creencias sobre los beneficios del control del estrés. El estudio identificó indicadores que interfieren en el control del estrés y señala la necesidad de reflexión e implementación de nuevas formas de atención a personas negras hipertensas.

Palabras clave: Enfermería. Hipertensión. Prevención. Control.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Innovative care for chronic conditions: organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas. Washington(DC): PAHO, 2013. [citado em: 2013 set 4]. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8500&Itemid=39960>.
2. Lotemberg AMP, Guimarães AC, Negrão CE, Forjaz CLM, Lopes H, Santos JE, et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. J Bras Nefrol. 2010; 95(1):16-20. [citado 2013 set 4]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a07.pdf>>.
3. Lima E, Neto EL. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – estresse e migração. Rev Bras Hipertens. 2010; 32(supl 1):22-8.
4. Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HC. A Influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 58(2):128-34.
5. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. Rev esc enferm USP. 2012; 46(3):580-9.
6. Brondolo E, Love EE, Pencille M, Schoenthaler A, Ogedegbe G. Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. Am J Hypertens. 2010; 24(5):518-29.
7. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(supl 2):2257-67.
8. Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2012; 25(esp 2):151-6.
9. Dela Coleta MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. Mudanças. 2010; 18(1-2):69-78.
10. Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia e saúde. Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
11. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. Interface Comun Saúde Educ. 2009; 13(31):383-94.
12. Silva AMB, Keller B, Coelho RW. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. J Health Sci Inst. 2013; 31(1):75-8.
13. Busnello FB, Schaefer LS, Kristensen CH. Eventos estressores e estratégias de *coping* em adolescentes: implicações na aprendizagem. Psicol Esc Educ. 2009; 13(2):315-23.
14. Anéas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2011; 15(38):651-62.
15. Pitanga FJG, Almeida LA, Freitas MM, Pitanga CP, Beck CC. Padrões de atividade física em diferentes domínios e ausência de diabetes em adultos. Motricidade. 2010; 6(1):5-17.
16. Benavente SBT, Costa ALS. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):571-6.
17. Ono M, Fujita M, Yamada S. Physiological and psychological responses to expressions of emotion and empathy in post-stress communication. J Physiol Anthropol. 2009; 28(1):29-35.
18. Nogueira IC, Santos ZMSA, Mont'Alverne DGB, Martins ABT, Magalhães CBA. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012; 15(3):587-601.
19. Reiners AAO, Oliveira DA, Seabra FMC, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. Ciênc cuid saúde. 2012; 11(3):581-7.

Endereço para correspondência: Cláudia Geovana da Silva Pires. Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana, S/N, CEP 40110-060. Canela. Salvador Bahia.

Data de recebimento: 14/05/2013

Data de aprovação: 07/08/2013