



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELA SOUSA OLIVEIRA

**PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS
PAIS E MÃES DE PRÉ-ESCOLARES**

SALVADOR
2013

UFBA
EE

**PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS PAIS E MÃES DE
PRÉ-ESCOLARES
DANIELA SOUSA OLIVEIRA**

2013

N

DANIELA SOUSA OLIVEIRA

**PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS
PAIS E MÃES DE PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de mestra, área de concentração (Gênero; Cuidado e Administração em Saúde), linha de pesquisa: Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Dr^a. Marinalva Duas Quirino

**SALVADOR
2013**

DANIELA SOUSA OLIVEIRA

PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS PAIS E MÃES DE PRÉ-ESCOLARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e administração em Saúde. Linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 20 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Marinalva Dias Quirino _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Conceição Vieira Silva-Ohara _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de São Paulo.

Mariza Silva Almeida _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Ridalva Dias Martins Felzemburgh _____

Doutora em Biotecnologia em Saúde e medicina investigativa. Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

À minha querida família.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família pelo amor que sempre me deram em todos os momentos difíceis e vitoriosos da minha vida;

À Prof^a Dr^a. Marinalva Dias Quirino, minha orientadora, pela dedicação, profissionalismo, atenção, paciência e os preciosos ensinamentos;

À Msc Diordene Oliveira da Silva, pela análise estatística e sugestões que muito contribuíram para minha formação e elaboração da dissertação;

Aos colegas de turma, mas de modo particular a Rosyline da Silva Bezerra e Aline Cristiane Aguiar, pela troca de experiências e cumplicidade;

À professora Dr^a. Cláudia Pires pelo apoio e contribuições;

Aos diretores e coordenadores das creches municipais de Vitória da Conquista pelo acolhimento e receptividade;

Às professoras integrantes da banca deste estudo: Dr^a. Conceição Vieira Silva-Hhara, Dr^a. Mariza Silva Almeida e Dr^a. Ridalva Dias Martins Felzemburgh pelas ricas contribuições;

Aos pais e mães que participaram e colaboraram com esta pesquisa, pela disponibilidade, confiança e questionamentos que me incentivaram a buscar respostas.

Às estudantes de graduação e futuras psicólogas Janaína Silva Oliveira e Denílde;

À coordenadora do Programa de Pós-graduação da EEUFBA Edméia Coelho, o secretário Samuel Real e Márcia Mendes pela atenção aos alunos;

À CAPES pela concessão de bolsa, que tanto contribuiu para continuidade desse trabalho.

*"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."*

Martin Luther King

RESUMO

OLIVEIRA, D.S. **Prevenção da Hipertensão Arterial: Crenças em Saúde dos pais e mães de pré-escolares.** Dissertação (mestrado em enfermagem) Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

Os hábitos de saúde do adulto são alicerçados na infância e estão diretamente atrelados à influência familiar e cultural. As crenças dos pais e das mães com relação à prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tanto podem promover a saúde dos filhos como influenciá-la negativamente. Considerando esses aspectos, o objetivo geral desse estudo foi analisar as crenças em saúde dos pais e mães de crianças pré-escolares relacionadas à prevenção da HAS; e específicos: descrever as características sociodemográficas dos pais/mães de crianças pré-escolares; descrever hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares; estimar o percentual de crenças em saúde dos pais/mães de crianças pré-escolares sobre a prevenção da HAS e verificar a associação entre as crenças dos pais/mães sobre a prevenção da HAS e os hábitos de vida relacionados à saúde dos pré-escolares. Trata-se de um estudo exploratório e transversal, com coleta de dados primários, no qual foi utilizado o “Modelo de Crenças em Saúde” como abordagem teórica. A pesquisa foi realizada nas creches municipais de Vitória da Conquista- Bahia. A amostra foi aleatória e estratificada entre as creches e constituiu-se de 255 pais e mães de crianças na faixa etária estudada. Utilizou-se para coleta de dados um instrumento contendo as características sociodemográficas e hábitos dos pais, mães e das crianças bem como a escala sobre “crenças em saúde cardiovascular” extraída da tese de Dela Coleta (1995). Para verificação das crenças foram utilizados índices de frequências e percentuais e para associação entre as variáveis, utilizaram-se os testes estatísticos χ^2 de Pearson e Exato de Fischer ao nível de 5% de significância ($\alpha \leq 0,05$). A base de dados foi elaborada a partir do Microsoft Access versão 2002 e para análise dos dados utilizou-se o Software STATA versão 8.0. Os entrevistados foram, em sua maioria mulheres, 92,6%. Os resultados mostraram que os pais e mães apresentam baixos níveis de escolaridade e renda familiar. Os hábitos alimentares das crianças mostraram elevado consumo de alimentos com alto teor de lipídios e baixo consumo daqueles ricos em vitaminas, sais minerais e fibras. Quanto a atividade física da criança, avaliada por meio da locomoção para a creche e atividades de lazer, constatou-se resultados positivos. As crenças parentais revelaram maiores percepções acerca dos benefícios para a prevenção da HAS. As associações entre as crenças dos pais e mães e hábitos de saúde das crianças, não houve diferenças proporcionais significantes. As conclusões desse estudo tornam-se relevantes no direcionamento das ações de saúde sendo necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais da área, principalmente da(o) enfermeira(o) dos aspectos culturais que envolvem o comportamento e as crenças dos pais e mães, bem como sua influência nos hábitos de vida relativos à saúde dos filhos.

Palavras-chave: Prevenção. Crenças. Hipertensão. Criança pré-escolar. Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, D.S. **Prevention of Hypertension: Health Beliefs of parents of preschoolers.** (MSc Nursing) Federal University of Bahia. School of Nursing, 2013.

Studies show that the habits of adult health are grounded in childhood, are directly tied to family influence and that parents are primarily responsible for choosing their children's behaviors. The parental beliefs regarding prevention of high blood pressure, can either promote health as influence it negatively. Considering these aspects, the general objective of this study was to analyze the health beliefs of parents of preschool children related to the prevention of hypertension, and specific objectives: To describe the sociodemographic characteristics of the fathers / mothers of preschool children; describe lifestyle risk to the health of preschool children; estimate the percentage of health beliefs of parents / mothers of preschool children about the prevention of Hypertension and the association between the beliefs of parents / mothers on prevention of hypertension Blood and lifestyle risk to the health of preschool children. This is an exploratory, cross-sectional primary data collection, in which we used the Health Belief Model as a theoretical approach. The survey was conducted in nursery schools in Vitória da Conquista where. The random sample was stratified between nurseries. Was used for data collection instrument containing data for fathers, mothers and children and the scale on cardiovascular health beliefs. The study followed the ethical guidelines of Decree 196/96 of the National Health Board to check the beliefs index was used and frequencies and percentages for associations between variables, we used statistical tests of Pearson χ^2 and Fisher exact level the 5% significance level ($\alpha \leq 0.05$). The database was made using Microsoft Access version 2002 for data analysis used the software STATA version 8.0. Participants in the study were mostly women, 92.6%. We observed low levels of education and household income of participants. Regarding the habits regarding feeding of children, met the standards set out results. As the child's physical activity, assessed by means of locomotion for kindergarten and leisure activities, it was found positive results. The parental beliefs have higher perceptions of benefits for the prevention of hypertension. Associations are no results with statistically significant differences. The findings of this study become relevant in directing health actions making it necessary recognition, on the part of health professionals and the subjectivities of cultural and symbolic aspects that involve the behavior and beliefs of parents and their influence on habits Life on the health of children.

Keywords: prevention. Beliefs. Hypertension. Preschool child. Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, D. S. **Prevención de la Hipertensión: Las creencias de salud de los padres de los niños en edad preescolar.** Tesis (Maestría de Enfermería) de la Universidad Federal de Bahía. Escuela de Enfermería, 2013.

Los estudios demuestran que los hábitos de salud de los adultos se basan en la infancia, están directamente vinculados a la influencia de la familia y que los padres son los principales responsables de la elección de los comportamientos de sus hijos. Las creencias de los padres acerca de la prevención de la presión arterial alta puede promover la salud, ya que influyen negativamente. Teniendo en cuenta estos aspectos, el objetivo general de este estudio fue analizar las creencias de salud de los padres de niños en edad preescolar relacionadas con la prevención de la hipertensión y los objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de los padres / madres de niños en edad preescolar, describir riesgo de vida para la salud de los niños en edad preescolar; estimar el porcentaje de creencias de salud de los padres / madres de niños en edad preescolar acerca de la prevención de la hipertensión y la asociación entre las creencias de los padres / madres en la prevención de la hipertensión La sangre y el riesgo de estilo de vida para la salud de los niños en edad preescolar. Se trata de un estudio exploratorio, transversal recolección de datos primarios, en los que se utilizó el Modelo de Creencias en Salud como un enfoque teórico. La encuesta se llevó a cabo en las escuelas de párvulos en Vitória da Conquista dónde. La muestra aleatoria fue estratificada entre los viveros. Se utilizaba para instrumento de recolección de datos que contiene los datos de los padres, las madres y los niños y la escala de creencias sobre la salud cardiovascular. El estudio siguió los lineamientos éticos del Decreto 196/96 del Consejo Nacional de Salud para comprobar el índice de creencias se utilizó y frecuencias y porcentajes para las asociaciones entre las variables, se utilizaron pruebas estadísticas de Pearson χ^2 y el nivel exacto de Fisher el nivel de significación del 5% ($\alpha \leq 0,05$). La base de datos se hizo utilizando la versión de Microsoft Access 2002 para el análisis de datos utilizado la versión de software STATA 8,0. Los participantes en el estudio eran en su mayoría mujeres, el 92,6%. Hemos observado bajos niveles de educación e ingresos familiares de los participantes. En cuanto a los hábitos con respecto a la alimentación de los niños, cumplieron con las normas establecidas resultados. Como la actividad física del niño, evaluada por medio de locomoción para las actividades de kindergarten y de ocio, se encontró resultados positivos. Las creencias de los padres tienen una mayor percepción de los beneficios para la prevención de la hipertensión. Asociaciones hay resultados con diferencias estadísticamente significativas. Los hallazgos de este estudio son pertinentes en la dirección de las acciones de salud por lo que es necesario el reconocimiento, por parte de los profesionales sanitarios y las subjetividades de los aspectos culturales y simbólicos que implican el comportamiento y las creencias de los padres y su influencia en los hábitos La vida en la salud de los niños.

Palabras clave: prevención. Creencias. Hipertensión. Niño preescolar. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população-alvo entre os estratos, Vitória da Conquista -Bahia, março a junho de 2012	34
Tabela 2. Distribuição da amostra entre os estratos, Vitória da Conquista - Bahia, março a junho de 2012	35
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos pais e mães dos pré-escolares matriculados nas creches municipais. Vitória da Conquista - BA, Brasil, maio a outubro de 2012	41
Tabela 4. Distribuição dos pré-escolares segundo as condições do nascimento. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	42
Tabela 5. Distribuição dos alimentos consumidos pelos pais/mães dos pré-escolares matriculados nas creches municipais. Vitória da Conquista - BA, Brasil, maio a outubro de 2012	43
Tabela 6. Distribuição das crenças relacionadas aos benefícios e barreiras segundo treze comportamentos em saúde. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	44
Tabela 7. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso do sal. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	45
Tabela 8. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso da gordura na comida. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	46
Tabela 9. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso do açúcar. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	47
Tabela 10. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre fazer exercícios. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	48
Tabela 11. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre evitar preocupações. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	49
Tabela 12. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre ter horas de lazer e diversão. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	50
Tabela 13. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012	51
Tabela 14. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre	

medir a arterial. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012a. 52
Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012

Tabela 15. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre consultar o médico pelo menos uma vez por ano. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 53

Tabela 16. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre o item não fumar ou parar de fumar. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012. 54

Tabela 17. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre evitar bebidas alcoólicas. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 55

Tabela 18. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre manter o peso ideal para idade e altura. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 56

Tabela 19. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre tomar remédios receitados pelo médico. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 57

Tabela 20. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto à prática de exercícios físicos e locomoção das crianças. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 58

Tabela 21. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto ao uso da gordura. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012 59

Tabela 22. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto procurar medir a PA e se esta já foi verificada na criança. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012. 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DIC – Doença Isquêmica do Coração

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MCS – Modelo de Crenças em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Contextualização da temática	15
1.2	Objetivos	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	19
2.1.1	Considerações sobre a HAS na Infância e a sua prevenção	21
2.2	INFLUÊNCIAS PARENTAIS NA PREVENÇÃO DA HAS A PARTIR DA INFÂNCIA	24
2.3	INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO: ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM	26
3	REFERENCIAIS: TEÓRICO E METODOLÓGICO	28
3.1	DESENHO E TIPO DO ESTUDO	28
3.2	O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO ABORDAGEM TEÓRICA	28
3.3	LOCAL DO ESTUDO	31
3.4	POPULAÇÃO ALVO	31
3.5	AMOSTRAGEM	33
3.6	COLETA DE DADOS	34
3.6.1	Instrumento de coleta	34
3.6.2	Teste piloto	36
3.6.3	Equipe de coleta de dados	36
3.6.4	Operacionalização da coleta de dados	36
3.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO	38
3.8	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	37
3.9	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	38
4	RESULTADOS	40

4.1	Caracterização sociodemográfica da amostra de estudo	40
4.2	Hábitos de saúde das crianças relacionadas à alimentação e atividade física e dos pais aqueles relacionados à alimentação	42
4.3	Crenças em saúde sobre barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção da hipertensão arterial	44
4.4	Associação entre as crenças parentais sobre a prevenção da HAS e os hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares	57
5	DISCUSSÃO	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da temática

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por altos e sustentados níveis pressóricos, está inserida no grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e é um importante indicador de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) que são a maior causa de morte no mundo.

Segundo o Atlas Global de Prevenção e Controle de DCV publicado em 2012 pela Organização Mundial de Saúde, mais de 17 milhões de pessoas morreram vítimas de doenças do coração em 2008 e mais de três milhões dessas mortes ocorreram antes dos 60 anos de idade. Embora uma grande proporção de DCV seja evitável, sua incidência continua a subir ao lado da HAS, principalmente devido a medidas preventivas inadequadas (WHO, 2011). Estudos longitudinais demonstram que o desenvolvimento da HAS é mais incidente na vida adulta, no entanto pode ter iniciado na infância ou na adolescência (CUNNINGHAM, 2005; SBC, 2006; ARAÚJO et al, 2007).

Assim, ainda que os valores da pressão arterial (PA) alterados de uma criança não definam que ela seja hipertensa, pois é necessário para a definição do diagnóstico, que a PA seja verificada várias vezes, os valores elevados nessa faixa etária podem significar uma tendência futura para o acometimento da doença (ARAÚJO et al, 2007). O padrão de morbimortalidade infantil passou por profundas mudanças nas últimas décadas que se caracterizam pela significativa redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas e infetoparasitárias, e pelo expressivo aumento da obesidade infantil que se configura em elevação das chances de a criança se tornar hipertensa e conseqüentemente do risco de DCV na vida adulta (SILVA, 2010).

Essa transição do perfil epidemiológico se deve principalmente ao desenvolvimento de vacinas eficazes na prevenção de doenças, o advento de novos antibióticos, às melhorias nas condições sanitárias e no maior conhecimento da população acerca dos meios de prevenção de doenças e dos riscos em adquiri-las. Somam-se a esses aspectos, outros que influenciam na mudança do estilo de vida das crianças, nos quais se destacam o crescimento imobiliário, que cada vez mais diminui as

áreas de lazer, e o aumento da violência que certamente contribui para que os pais proibam seus filhos de brincarem nas praças e parques. Dessa forma, as crianças substituem as horas de lazer no espaço livre, por maior tempo diante da televisão e do computador reduzindo a prática da atividade física e conseqüentemente diminuição do gasto energético (BERENSON et al, 1998).

O padrão alimentar também mudou, pois existe uma tendência maior de as crianças se alimentarem fora de casa por passarem grande parte do tempo nas creches e escolas, o aumento da disponibilização de alimentos industrializados e a oferta de alimentações rápidas e hipercalóricas (*fastfood*) (BERENSON et al, 1998). Essas mudanças no estilo de vida podem interferir com um novo perfil de adoecimento das crianças resultando em fatores de risco para a obesidade, HAS, Diabetes Mellitus, dentre outras doenças.

Além da herança genética como a história familiar de HAS contribuir para o desenvolvimento desse agravo, a criança pode adquirir hábitos inadequados, passados de pais para filhos os quais favorecem a ocorrência da doença (ILHA, 2004). Neste sentido, o risco da criança se tornar obesa, por exemplo, tem relação direta na decisão da família sobre a adoção de hábitos saudáveis desde a infância (MONDINI et al, 2007).

Os pais são os principais responsáveis pela adoção de práticas saudáveis dos seus filhos. A experiência de vida e a subjetividade das pessoas são aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e no cuidar de si mesmo e conseqüentemente dos outros. Dessa forma, quando se trata da prevenção de doenças, há o envolvimento de questões sociais, culturais, percepções, crenças e experiências individuais acerca do fenômeno.

As crenças determinam o modo de ser de cada indivíduo. Essas crenças são construídas a partir das experiências na infância e se solidificam no decorrer dos anos formando a maneira de ser e de agir do ser humano. Se ao longo da vida as crenças disfuncionais não são corrigidas ou modificadas elas chegam à vida adulta como verdades absolutas (BECK, 1997; KNAPP, 2004).

Neste sentido, os programas de promoção de saúde buscam incrementar ações incentivando um estilo de vida mais saudável, como a prática de atividade física regular e alimentação equilibrada para serem adotados na família. A proposta é que esses comportamentos influenciem positivamente na formação de hábitos de saúde da criança (MACIEL, 2010).

Aliada a essas considerações, o interesse por este estudo emergiu durante a minha vida profissional, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) quando observei o aumento significativo de pessoas, cada vez mais jovens, com níveis pressóricos elevados. Então, surgiram questionamentos com relação aos fatores que influenciam essa ocorrência e aos relacionados à sua identificação o mais precoce possível. Assim, acredito que o conhecimento das crenças dos pais, dos hábitos familiares e a verificação da PA da criança, por ocasião da consulta de puericultura, favorecem a detecção de sinais de alerta para a HAS e as medidas de prevenção poderiam ser reforçadas.

Nesse sentido, considerando as mudanças no estilo de vida da população em geral e, sobretudo, as implicações decorrentes da adoção dessa tendência, como adoecimento infantil por agravos não transmissíveis bem como consequente acometimento de HAS na idade adulta, definiu-se como OBJETO desta pesquisa as Crenças em Saúde dos pais de crianças pré-escolares sobre a prevenção da hipertensão arterial. Neste contexto, levanta-se a seguinte questão de investigação: Como são as crenças em saúde dos pais e mães de crianças pré-escolares relacionadas à prevenção da HAS?

Acredita-se que é necessário conhecer as crenças e as condutas preventivas dos pais com relação aos fatores de risco da HAS, pois parte-se do princípio de que as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente. Dessa forma, o conhecimento dessas informações possivelmente irão permitir o planejamento de ações que possibilitarão mudanças com relação a crenças equivocadas, redução ou até mesmo eliminação das dificuldades na adoção de comportamentos adequados em saúde.

Além disso, existem lacunas na literatura sobre estudos que explicitem os fatores que interferem na adesão de medidas preventivas associadas ao contexto da hipertensão e relacionadas às crenças em saúde como: dieta hipossódica, hipocalórica, abandono do tabagismo, redução no consumo do álcool, prática de atividade física, lazer, relaxamento, manutenção do peso corporal ideal, controle da PA e comparecimento periódico às consultas médicas (PIRES e MUSSI, 2008).

Considerando os aspectos mencionados foram definidos os objetivos a seguir:

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral:

Analisar as Crenças em saúde dos pais e mães de crianças pré-escolares sobre a prevenção da Hipertensão Arterial.

1.2.2 Objetivos Específicos:

Descrever as características sociodemográficas dos pais/mães de crianças pré-escolares;

Descrever hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares;

Estimar o percentual de crenças em saúde dos pais/mães de crianças pré-escolares sobre a prevenção da Hipertensão Arterial;

Verificar a associação entre crenças dos pais/mães sobre a prevenção da hipertensão arterial e hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Os processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional têm desencadeado no Brasil, nas últimas décadas, transformações no padrão de mortalidade e morbidade com o significativo aumento das DCNT, violências e acidentes. As DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo. Em 2005 ocorreram 35 milhões de mortes por doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro de mortes por doenças infecciosas. Essas doenças são caracterizadas por múltipla etiologia, origem não infecciosa, muitos fatores de risco, longo período de latência, curso prolongado e se associam a deficiências e incapacidades funcionais (OMS, 2006).

Segundo as estimativas, em 1990, os óbitos por doenças crônicas registraram 57,9% do total e 9,8% devido a causas externas. Dentre as DCNT as DCV seriam as responsáveis por 45,4% dos óbitos. Entretanto, existe pouca informação sobre o perfil epidemiológico das DCNT, os fatores de risco dessas patologias e o impacto sobre os sistemas de saúde capazes de subsidiar a adoção de políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (SILVA JUNIOR et al, 2003).

A HAS é o principal fator de risco para as DCV e se caracteriza por níveis altos da PA associada a alterações funcionais e com frequência a modificações estruturais de órgãos alvos como o coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos, alterações metabólicas aumentando conseqüentemente o risco cardiovascular. A doença se tornou um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo e no Brasil, atinge cerca de trinta milhões de brasileiros, o que resulta em grande impacto nas taxas de morbimortalidade da população de países desenvolvidos e em desenvolvimento. A hipertensão é responsável por alta frequência de internações que geram custos socioeconômicos elevados (SBC, 2010; ALVES, NAKASHIMA e KLEIN, 2010; MAGALHÃES, BRANDÃO e POZZAN, 2010).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) em 2001, 7,6% das mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, destas 54% por acidente vascular encefálico (AVE), e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). A maioria dessas mortes aconteceu em países de baixo nível socioeconômico e mais da metade em indivíduos com idades entre 45 e 69 anos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte. Em 2007 os dados apontaram 308.466 mortes por doenças do coração e 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em novembro de 2009 foram registradas 91.970 internações o que resultou num custo de R\$ 165.461.644,33. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a análise de tendência de mortalidade apresentou queda no Brasil entre 1990 e 2006 considerando faixa etária, sexo e regiões, porém na região nordeste houve aumento de 1,2% em mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos e 1,8% na faixa etária de 60 a 74 anos. Entre os homens, o risco de morte por doenças cardiovasculares também diminuiu nas outras regiões do Brasil, porém as taxas na região nordeste mantiveram-se estáveis (DATASUS, 2011).

As investigações sobre a prevalência da HAS, no Brasil, nesses últimos anos, não foram suficientes no sentido de determinar uma padronização, pois muitas informações demonstram um aspecto cíclico. No entanto, alguns estudos de base populacional realizados em cidades brasileiras nos últimos anos, revelam uma prevalência da doença de aproximadamente 30%. Com relação a gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e 30% nas mulheres (LESSA, 2001; CESÁRIO, et al, 2008; ROSÁRIO et al, 2009).

Os fatores de risco que contribuem para a HAS podem ser intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos são os não modificáveis como etnia, gênero, genética familiar, idade, e, os extrínsecos são os que favorecem o aparecimento da doença e podem ser modificados a depender do estilo de vida do indivíduo, como hábitos sociais, alimentação, aspectos físicos e psicológicos, dentre outros fatores (ALVES; NAKASHIMA e KLEIN, 2010).

Nesse contexto, tratando-se de idade a incidência é de aproximadamente 60% em pessoas acima de 65 anos. A prevalência global da HAS é semelhante entre os gêneros, ressaltando-se que nos mais jovens a prevalência é maior entre os homens e em idosos é maior nas mulheres. A esse fato, deve-se provavelmente à expectativa de vida ser maior entre as mulheres do que para os homens. A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de etnia negra (SBC, 2010).

A alimentação inadequada também se configura num fator de risco para a HAS. No que concerne ao padrão de consumo alimentar dos brasileiros é comum o elevado teor de sal, açúcares e gorduras. O consumo exagerado de sódio é altamente prejudicial à saúde estando correlacionada com a elevação da PA e a ingestão de alimentos

energéticos leva à obesidade que está associada com a prevalência de HAS desde os indivíduos com menos idade (BRANDÃO et al, 2004).

A detecção, o tratamento e o controle da doença são fundamentais para a redução dos agravos cardiovasculares. Estudos populacionais realizados no Brasil nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos com PA acima de 140 e 90 mmHG revelaram níveis baixos (19,6%) de controle da pressão. E, com relação ao conhecimento da população sobre a doença apontaram taxas parecidas no que diz respeito ao seu tratamento e controle, especialmente em cidades com ampla cobertura da ESF (SBC, 2010). Esse fato evidencia, sobretudo, o papel fundamental dos profissionais de saúde e órgãos governamentais no desenvolvimento de ações pertinentes na prevenção, tratamento e controle da HAS.

Os fatores sociodemográficos também podem contribuir na ocorrência de HAS, porém é um fator difícil de ser estabelecido. Ressalta-se que na população indígena, por exemplo, o consumo de sódio é extremamente baixo, consequentemente quase não são encontrados casos de HAS nessas pessoas. Acrescenta-se ainda como fatores de risco o tabagismo e o consumo de álcool em longo prazo. Com relação a escolaridade o risco de HAS pode aumentar elevando o índice de mortalidade por DCV (SBC, 2010).

2.1.1 Considerações sobre a HAS na Infância e a sua prevenção

O perfil de morbimortalidade infantil ao longo dos anos passou por profundas mudanças no Brasil e no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis passaram a liderar as causas de morte no país. Observa-se, nos últimos anos, uma nova epidemiologia em saúde da criança, caracterizada pela grande redução da mortalidade infantil ocasionada pelas doenças infectocontagiosas e infectoparasitárias e o aumento significativo das doenças não transmissíveis como a obesidade (GUEDES, 1999; SILVA, 2010).

A obesidade é dos fatores de risco para a HAS e se constitui, na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública, pois já existem evidências de que a criança obesa torna-se o adulto obeso. As consequências da obesidade na criança são severas como no adulto podendo gerar elevadas taxas de morbidade como o desenvolvimento do Diabetes Méllitus e da HAS (GILL, 1997; DIETZ e GORTMAKER, 2001).

A prevalência da HAS na infância pode variar de 2% a 13%, destas, 1% necessita de medicação hipotensora (KOCH et al, 2003). Considera-se este percentual

significante, pois a incidência da HAS nessa faixa etária aumentou nas últimas décadas. Assim como acontece com os adultos, a HAS na criança é um risco à integridade dos órgãos e sistemas.

Por meio da medida seriada da PA, da identificação de casos suscetíveis ou já estabelecidos da HAS, a inserção precoce de medidas preventivas e terapêuticas devem ser implementada. No entanto, apesar de as evidências comprovarem que a HAS, uma vez estabelecida na criança, podem causar os mesmos danos em órgãos-alvos como acontece nos adultos, a definição da doença na criança se baseia em dados epidemiológicos de distribuição de medidas de PA na população infantil e não a correlação com o risco potencial em órgãos-alvos (KOCH, 2004).

Em crianças a HAS é diagnosticada quando a PA alta persiste, após varias medições, permanecendo no percentil 95 ou mais (CHOBANIAN, et al, 2003). Para a verificação da PA nas crianças é necessário a seleção de um manguito adequado para a credibilidade da medida. Atualmente, o critério para o cálculo da largura do manguito é a relação de 40% entre a mesma e a medida da circunferência do braço, no ponto médio entre o cotovelo e o acrômio (KIRKEENDALL et al, 1980). O comprimento do manguito deve cobrir 80 - 100% da medida da circunferência do braço da criança (KOCH, 2004). Dessa forma, existem aparelhos que são apropriados para medir a PA das crianças.

Com relação à etiologia, a HAS essencial pode ser de origem genética, apesar de as evidências apontarem a genética como um fator determinante para o surgimento da doença, as pesquisas ainda não são suficientes para explicar os mecanismos fisiopatológicos da HAS primária que confirmem essa hipótese. No entanto, a maioria das crianças com a HAS diagnosticada, não apresenta causas que justifiquem a elevação da PA, mas praticamente 100% delas são geneticamente predispostas para seu desenvolvimento (SBC, 2011).

A predominância da HAS em pessoas de etnia negra é confirmada em estudos que comparam grupos de pessoas normotensas, filhos de pais normotensos com grupos de hipertensos, filhos de pais hipertensos (EISNNER, 1990; TREIBER et al,1989; ANDRE; DESCHAMPS e GUEGUEN, 1985).

A forma secundária da HAS é mais frequente nas crianças, na adolescência está associada à obesidade, vida sedentária, estilo de vida, história familiar de HAS e DCV (CHOBANIAN, et al, 2003).

Com relação à sintomatologia, da HAS na população infantil são semelhantes as da população adulta principalmente quanto à ausência de sinais que explicitem a presença da doença (MENDES et al, 2006). Devido a essa ausência de sintomas, nos últimos anos, as investigações de prevalência da HAS em crianças e adolescentes intensificaram-se.

As Diretrizes Nacionais de HAS estabeleceram métodos para a medida da PA nas crianças e parâmetros para serem realizados na classificação de hipertensas e não hipertensas, sendo um deles a medida da PA a partir dos três anos de idade, pelo menos uma vez a cada ano, ou até mesmo antes dos três anos quando a criança apresenta antecedentes de doenças renais ou fatores de risco familiar. As diretrizes recomendam ainda a realização da verificação rotineira da PA nas escolas. No entanto, não existem evidências de que essa prática tenha sido incorporada. Há indícios apenas de pesquisas investigativas quando identificam crianças com PA elevada nas referidas instituições.

Infere-se, diante disso, que estas condutas auxiliam na identificação precoce de crianças com tendência de se tornarem hipertensas ainda na infância, adolescência ou na idade adulta. Segundo Koch (2004), estudos epidemiológicos envolvendo a medida da PA em crianças demonstram que os valores encontrados nessa faixa etária são relevantes preditores de níveis pressóricos em adultos. Assim a identificação precoce possibilita a realização de encaminhamentos e orientações no sentido de alertar os pais com relação aos fatores de risco da doença e medidas de prevenção.

Em todo o mundo são realizadas investigações direcionadas a importância da identificação de fatores de risco para a HAS na infância, pois se acredita que nesse período o estilo de vida está em estruturação, e as crianças e os adolescentes podem desenvolver hábitos que contribuam para os riscos da doença na vida adulta. Esses hábitos podem se constituir nos fatores que indicam uma variável com probabilidade de a criança desenvolver a doença (CHAVES et al, 2009). Nesse sentido, estudos epidemiológicos com a finalidade de conhecer o comportamento da PA na infância, seus fatores determinantes e a sua relação com a futura HAS ou com a doença cardiovascular no adulto e com vistas à prevenção primária, começaram ganhar espaços (CAMPANA; BRANDÃO e MAGALHÃES, 2009).

A prevenção primária se caracteriza por ações precedentes ao surgimento da doença, impedindo-a ou retardando-a. Dessa forma, as medidas gerais de promoção da saúde como campanhas educativas, recomendações, intervenções, contribuem com o

conhecimento da população com maior risco de desenvolver a HAS (MALTA et al, 2008).

Estudos constatam que a HAS não é uma doença exclusivamente da população adulta, portanto não se pode negligenciá-la. As crianças também são vítimas em potencial da doença (BASTOS; MACEDO e RIYUZO, 1991). Torna-se necessário, diante disso, que a população seja informada principalmente quanto aos riscos para o desenvolvimento da doença a partir da infância e, assim, medidas de promoção de hábitos saudáveis na família sejam iniciadas.

As crianças são os principais grupos alvos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do sobrepeso, da obesidade e, conseqüentemente da HAS, não por serem grupos de riscos, mas pela maior possibilidade do sucesso das ações de prevenção serem incorporadas.

2.2 INFLUÊNCIAS PARENTAIS NA PREVENÇÃO DA HAS A PARTIR DA INFÂNCIA

São diversos os fatores ambientais que estão implicados na ocorrência da HAS, os quais somados ao fator de risco genético potencializam o desenvolvimento da enfermidade (MAGALHÃES; BRANDÃO e POZZAN, 2010). No meio familiar, as pessoas partilham entre si, o mesmo ambiente genético e sociocultural, hábitos e comportamentos que são passados de geração em geração e podem influenciar significativamente na formação do estilo de vida da criança.

O compartilhamento da ingestão em excesso de sal, gorduras, uso do álcool e do tabaco, falta de atividade física regular, dentre outros, podem influenciar as crianças por elas se encontrarem na fase de aprendizagem e formação de seu estilo de vida. A prática de hábitos de vida saudáveis desde a infância pode prevenir a HAS nessa faixa etária, na adolescência e na idade adulta.

Nesse sentido, os hábitos de saúde, principalmente os relacionados à alimentação e atividade física podem ser alicerçados na infância e estão diretamente atrelados à influência familiar. Os hábitos de saúde dos pais são fatores determinantes das condições de saúde na infância e na vida adulta, pois estes podem ser seguidos pelos filhos.

A alimentação adequada iniciada desde a infância favorece sua escolha por alimentos saudáveis e auxilia na prevenção das DCNT. Ressalta-se que muitas vezes

essas preferências nem sempre são compatíveis com dietas saudáveis (DIETZ, 1998; BIRCH, 1992; BIRCH, 1999; COOKE e WARDLEY, 2005).

A escolha dos alimentos pelas crianças tanto pode promover como dificultar o consumo de uma dieta adequada, pois essa opção depende do tipo de alimentação disponível e acessível a elas. Os fatores envolvidos na preferência alimentar da criança são: percepção sensorial dos alimentos, a consequência pós-ingestão e o contexto social. Nos primeiros anos de vida a criança tem preferências por alimentos doces e salgados rejeitando os sabores azedos e amargos. A sensação de saciedade após a alimentação e o espaço onde o alimento é oferecido, como ambientes alegres, também contribuem para uma melhor aceitação do alimento. Os alimentos também são oferecidos de acordo ao contexto social em que a criança vive, pois depende das suas condições socioeconômicas (BIRCH, 1999).

Um estudo que avaliou a influência dos pais sobre as preferências alimentares dos filhos de escolas de nível primário, uma pública e outra privada, mostrou que as mães influenciam em 30% na preferência dos alimentos de seus filhos principalmente nas escolas públicas. Os refrigerantes eram os preferidos nas duas escolas pelas crianças sendo mais consumidos pelos estudantes das escolas privadas. As famílias de ambos os grupos relataram evitar refrigerantes e que fornecem dietas leves as crianças (LÓPEZ-ALVARENGA, 2007).

Infere-se, portanto, que além da influência familiar, existe a contribuição negativa do meio externo, pois ainda que os pais eduquem seus filhos lhes oferecendo uma dieta equilibrada em casa, elas podem adquirir preferências por outros alimentos no convívio com os colegas que consomem alimentos inadequados como os ricos em sais e gorduras.

No que concerne à atividade física sua prática contribui no desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros anos da infância. Na sociedade contemporânea os pais e mães trabalham fora de casa, afastados de seus filhos que ficam em tempo integral nas creches e escolas e quando estão em casa, em sua maioria, passam grande parte do tempo em frente à televisão e/ou computador. Dessa forma, a falta de atividade física possibilita maiores chances dessas crianças se tornarem adultos sedentários. pais.

Nesse contexto, os pais também são influenciadores da prática de atividade física das crianças (PERRUSE e COL, 1989; TAYLOR e COL, 1994). Essa influência acontece de forma indireta por meio das condições socioeconômicas, pois aqueles com melhores condições possuem mais atitudes positivas relativas à saúde, tanto na

alimentação quanto no repouso e lazer. Assim, seus filhos podem se beneficiar, baseando-se no modelo dos pais. No entanto, aqueles com níveis socioeconômicos mais baixos estão mais expostos a não adesão dessa prática (MOTA e SILVA 1998).

Para a prevenção de doenças, a família pode incentivar as crianças limitando a ingestão de alimentos industrializados, como refrigerantes, enlatados, conservas, embutidos e defumados; reduzir a quantidade de sal na preparação dos alimentos, evitando o saleiro sobre a mesa durante as refeições, além de motivá-las com relação à prática de atividade física (a caminhada do percurso de casa para a escola ou creche pode ser um bom começo) ou o incentivo para atividade desportiva.

A prevenção se inicia na infância e, a partir daí as chances de permanecer na vida adulta se tornam maiores favorecendo a longevidade e, com isso, evitando riscos de doenças crônicas. Mesmo que a história familiar e a genética determinem que a criança venha a ser um adulto hipertenso, as medidas preventivas podem retardar o aparecimento precoce da doença e os hábitos saudáveis certamente auxiliar no seu controle para aqueles que são mais suscetíveis.

2.3 INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO: ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DA HAS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

O cuidar é uma forma de viver e de se relacionar com o outro estando sempre presente na história da humanidade. Abrange um conjunto de ações e comportamentos realizados para favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de vida ou de morte (WALDOW, 2001).

Segundo Collière (1999) o cuidado está presente desde que existe vida, pois é preciso “tomar conta” da vida para que ela permaneça. O papel da (o) enfermeira (o) está intimamente ligado à prática dos “cuidados de enfermagem” ao longo da história da evolução da profissão, assim compreendidos no início da história como a execução de um ofício ou uma profissão, porém uma atribuição inerente ao ser humano e necessário para dar continuidade à vida. O cuidado de enfermagem inclui a promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças.

Collière (1999) refere que o cuidar envolve os hábitos de vida que é um conjunto de maneiras de atuar que designa maneiras de ser, para assegurar a continuidade da vida e que as crenças surgem a partir dos hábitos de vida. A autora afirma que “[...] os hábitos de vida, à medida que se repetem e se reforçam, arrastam a adesão do grupo que

crê ser boa uma ou outra maneira de fazer, ou má e, portanto não desejável [...]” (COLLIÈRE, 1999, p. 273). Segundo a mesma autora, as práticas alimentares se inserem em todos os hábitos de vida e de todas as crenças, a proposta de modificá-los se constitui um erro, sem antes ter procurado compreender os seus significados, os seus alicerces profundos e os comportamentos daí resultantes (COLLIÈRE, 1999).

Collière (1999) faz também faz menção às crenças:

As crenças são uma forma de conhecimento (co-naissance) integrado, interiorizado a partir de *hábitos de vida*. Cada um de nós, moldado já pelo modo de vida da mãe, durante a gestação, “encontra no berço” todo um patrimônio de hábitos de vida que vão impregnar e construir o fundamento da sua personalidade, isto é, o seu modo de reagir ao mundo exterior. Os hábitos de vida representam, por sua vez, desde os primórdios da humanidade, todo um conjunto de maneiras de atuar que cria maneiras de ser, visando assegurar a continuidade da vida. Construídas, inicialmente, por tentativas e erros, elaboraram-se em relação ao que considera BOM ou se pensa que é MAU para que prossiga e continue a vida do grupo (COLLIÈRE, 1999, P. 273)

As orientações para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, o incentivo à prática de atividade física, a promoção da educação em saúde desde a infância são ações com resultados positivos na prevenção de doenças. No entanto, para o desenvolvimento dessas ações a (o) enfermeira (o) da ESF deve conhecer a realidade da população, procurar compreendê-la e se inserir nos espaços comunitários, creches e escolas com a finalidade de desenvolver práticas de saúde em conjunto com outros profissionais na comunidade e não apenas se restringir ao espaço da UBS.

Apesar da evolução para o diagnóstico, tratamento e controle das doenças devem ser as metas dos profissionais de saúde a abordagem para prevenção dos fatores de risco das doenças. Nesse sentido, a (o) enfermeira (o) é membro integrante de uma equipe e assume o foco de atuação na prevenção primária e a educação em saúde, pois essas ações são eficazes na prevenção da HAS em adultos e crianças (SOARES et al, 2011).

3 REFERENCIAL: TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo de corte transversal, exploratório, com coleta de dados primários em onze creches municipais de Vitória da Conquista – BA, durante o período de maio a outubro de 2012.

A escolha por este desenho de estudo se deve ao fato deste produzir um instantâneo da situação de saúde de um determinado grupo ou comunidade, por meio de dados que serão posteriormente quantificados, além de possibilitar a obtenção de informações para a construção de hipóteses (MEDRONHO e CARVALHO, 2006). Esse tipo de pesquisa foi a que melhor se adequou ao estudo que trata da mensuração quantitativa das crenças.

3.2 O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE - ABORDAGEM TEÓRICA

O termo crenças pode ser estudado sobre várias vertentes: filosóficas, religiosas, políticas. No aspecto filosófico, Santos (1963) a define como diversos assentimentos da mente humana a juízos ou conjunto de juízos que não são totalmente comprovados como verdadeiros e que podem ainda apresentar por outros uma posição inversa da credibilidade. Essas crenças são informadas subsidiadas pela família e sociedade transmitidas de pais para filhos e reforçadas pela cultura. Para Stuchi (2004) o indivíduo possui vários tipos de crenças e as define como inferências feitas pelas pessoas a respeito das coisas do mundo. Segundo Sailer (2004) a crença é a atitude pela qual a pessoa afirma, com certo grau de probabilidade ou de certeza, a realidade ou a verdade de uma coisa, ainda que não se não consiga prová-la racional e objetivamente.

As crenças, nas últimas décadas têm contribuído no diagnóstico em saúde na prática clínica individual e coletiva. A mensuração das crenças relacionadas à saúde também se tornou componente integrante em estudos que envolvem a avaliação da prevenção, adesão e tratamento de doenças.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) é uma modalidade de pesquisa muito utilizada para explicar o comportamento das pessoas no que diz respeito à saúde. Foi desenvolvido por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos no início dos anos 50 com a finalidade de explicar porque as pessoas não se preveniam

corretamente contra algumas doenças infecciosas já que, na época havia vacinas para preveni-las (DELA COLETA, 2004). As crenças em que o modelo se baseia estão relacionadas com a enfermidade e com o comportamento de saúde frente à prevenção e ao tratamento da doença.

O MCS fundamentou-se em algumas teorias da aprendizagem que influenciaram significativamente na sua elaboração como a Behaviorista e a Cognitiva. A primeira surgiu como uma proposta da psicologia que tomou como objeto de estudo o comportamento. A segunda refere-se ao afeto e comportamento que são determinados pelo modo como um indivíduo estrutura o mundo, suas cognições (eventos verbais ou pictóricos do sistema consciente) mediam as relações entre impulsos aferentes do mundo externo e as suas reações frente a esse sistema como sentimentos e comportamentos (RANGÉ, 2001, p. 27 e 89).

O MCS foi considerado, após exaustiva revisão como o principal modelo para explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados relacionados à saúde (DELA COLETA, 2004). Neste sentido, o mecanismo de ação do indivíduo para utilizar as medidas de prevenção para uma determinada doença é acreditar que ele é suscetível a ela, que a ocorrência dessa enfermidade seja percebida com severidade moderada em algum aspecto da vida e que a tomada de decisão lhe traga benefícios. Reduzindo assim, a suscetibilidade e a severidade não depositando barreiras para a prevenção ou tratamento de uma determinada doença.

Considerando esses aspectos, Rosenstock (1974) estruturou o comportamento em saúde em quatro dimensões:

- ***Suscetibilidade Percebida***

Relaciona-se com a subjetividade percebida em relação aos riscos diante de um determinado agravo de saúde. Existem três aspectos referentes à aceitação do indivíduo na possibilidade em adquirir a doença: os que negam essa chance, os que admitem a possibilidade, mas como uma condição improvável de acontecer com ele e aqueles que sofrem a influência de fatores sociodemográficos e a partir daí percebem o perigo real. Esta dimensão é a mais associada aos comportamentos preventivos em saúde.

- ***Severidade Percebida***

Pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação criada ao pensar na doença quanto pelas consequências geradas por ela. Essas implicações podem ser restringidas a um aspecto ou abranger vários outros considerando a extensão que apresentam. As convicções em relação à severidade da doença podem variar de pessoa para pessoa e envolve os fatores que uma doença ou uma ameaça à vida podem gerar na pessoa.

- ***Benefícios Percebidos***

Refere-se às crenças na efetividade das ações e à percepção de suas consequências positivas. Dessa forma, a finalidade é reduzir a ameaça na qual a pessoa se sente submetida. Nesse sentido, é basicamente a validade subjetiva dada a uma tomada de decisão diante dos comportamentos em saúde considerados adequados.

- ***Barreiras Percebidas***

São os aspectos negativos da ação que são avaliados custos-benefícios, dinheiro, esforço, aborrecimentos, entre outros fatores inter-relacionados. Esses aspectos podem se tornar impeditivos na tomada de decisão trazendo desconfortos, transtornos.

Nessa perspectiva, Dela Coleta (2010) afirma que:

O potencial para a ação é resultado dos níveis combinados de susceptibilidade e de severidade percebidas na doença, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos as barreiras percebidas nas alternativas comportamentais. Além destas dimensões, fazem parte do MCS alguns estímulos que provocam o processo de tomada de decisão, que podem ter origem “interna” (por exemplo, um sintoma) ou “externa” (influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, etc.). O modelo inclui, ainda, fatores biográficos, psicossociais e estruturais que podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final (DELA COLETA, 2010, p. 69).

O MCS utilizado nesta investigação possibilitou o conhecimento das crenças dos pais que influenciam no seu comportamento preventivo com relação à HAS e, que pode refletir no comportamento relacionado à saúde dos filhos.

Neste estudo, utilizou-se a escala de benefícios e barreiras percebidos extraída da tese de doutorado da autora Marília Dela Coleta, considerando os benefícios como efeitos positivos da adesão às ações de prevenção da HAS e as barreiras como efeitos negativos para a prevenção da doença.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em onze creches municipais de Vitória da Conquista – Bahia. A cidade possui uma população de 306.866 habitantes, área da unidade territorial de 3.405,580 km² e densidade demográfica de 90,11(hab/Km²) (IBGE, 2010). Possui 303 estabelecimentos de saúde, destes 201 públicos municipais, 38 equipes de Saúde da Família, sendo 15 no meio rural. A cobertura do Programa de Saúde da Família no meio urbano é de 63% e no meio rural de 100% (BRASIL, 2011).

3.4 POPULAÇÃO ALVO

Os sujeitos elegíveis para este estudo foram os pais ou mães de crianças pré-escolares, na faixa etária entre dois a cinco anos, matriculadas nas creches municipais de Vitória da Conquista. Considerou-se os pais com filhos nesta faixa etária porque a criança inicia o processo de desenvolvimento psicossocial e cognitivo que desempenham importante papel no seu futuro comportamento sobre vários aspectos incluído o de saúde (PIAGET, 197). Entende-se que as crenças dos pais podem influenciar de forma significativa quanto aos hábitos de vida saudáveis desde essa fase do ciclo vital.

Foram adotados como **critérios de inclusão** para participação nesta pesquisa: pai ou mãe biológicos de crianças pré-escolares matriculadas nas creches municipais de Vitória da Conquista e aceite voluntário na participação da entrevista. Foram excluídos do estudo os outros cuidadores.

A escolha por pais ou mães biológicos reside na maior possibilidade de responderem itens específicos do questionário relacionados ao nascimento da criança.

No decorrer da análise serão utilizados também os termos “genitores” e “parentais”, estes, significando ambos.

3.5 AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem adotada foi a estratificada por instituição. Obteve-se um total de 11 estratos, alocados proporcionalmente, deste modo, buscou-se manter a representatividade entre as instituições.

O dimensionamento da amostra foi realizado para estimar a proporção de crianças pré-escolares entre dois e cinco anos de idade, matriculadas nas onze creches municipais de Vitória da Conquista – BA e, objetivou conhecer as crenças e os padrões de condutas preventivas dos pais biológicos com relação à hipertensão arterial a partir da infância.

Para o cálculo do n em cada estrato, tomou-se a prevalência de doenças cardiovasculares na cidade de Vitória da Conquista - Bahia (7,5%) (DATASUS, 2011), diante da impossibilidade de se obter este percentual entre as crianças na faixa etária de interesse, admitiu-se um erro máximo de 3% ($d=0,03$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elegíveis da população foi obtido mediante levantamento das crianças matriculadas nas instituições selecionadas ($N=2.328$). O n encontrado ($n=263$) foi alocado proporcionalmente ao número de crianças matriculadas por instituição. Ao valor encontrado, acrescentou-se 20% para eventuais reposições ($n=53$).

Recomenda-se o uso da reposição nos casos em que o instrumento da coleta de dados não tenha sido preenchido integralmente ou corretamente, ou nas situações em que o responsável pela criança sorteada não foi localizado por ocasião da coleta dos dados. Foram consideradas recusas, os casos em que o responsável pela criança foi abordado e não concordou em responder ao instrumento, estes, foram computados como integrantes da pesquisa e não foram substituídos. Neste sentido, foram contatados 263 pais e mães. Destes, sete recusaram participar do estudo e um questionário excluído por estar incompleto. Assim, a amostra foi composta por 255 entrevistados.

A inclusão de cada criança no estudo se deu de forma aleatória mediante sorteio em sala de aula, por meio da lista de matrícula. Após a identificação da criança, foram enviados convites aos pais para que as entrevistas fossem realizadas nas escolas com dia e hora agendados.

Para o cálculo da amostra e sorteio das unidades amostrais, utilizou-se o software STATA v8.0. O tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H [N_h^2 * P_h * (1-P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_h^H N_h * P_h * (1-P_h)]$$

onde,

h	total de estratos (H=11)
N=2.328	número total de crianças entre dois e cinco anos na população-alvo
N _h	total de crianças no estrato h
w _h	N _h /N - fração de observações alocadas no estrato h
P _h	Prevalência de pessoas com doenças cardiovasculares no estrato h.
N	tamanho da amostra encontrado
n _h	tamanho da sub-mostra no estrato h
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança 1- α , para hipótese bilateral.
d	erro amostral (d=0,03)

Tabela 1. Distribuição da população-alvo entre os estratos. Vitória da Conquista-Bahia, maio a junho de 2012.

H	Instituição	N _h	w _h	P _h	N _h *P _h *(1-P _h)	N _h ² *P _h *(1-P _h)/w _h
1	Casa Coletiva Zilda Anrs	175	0,075	0,075	12,141	28263,375
2	Gelásio Alves	170	0,073	0,075	11,794	27455,850
3	Jardim Valéria	135	0,058	0,075	9,366	21803,175
4	Maria de Luordes T. Domingos	146	0,063	0,075	10,129	23579,730
5	Monteiro Lobato	400	0,172	0,075	27,750	64602,000
6	Nova cidade	150	0,064	0,075	10,406	24225,750
7	Padre Benedito Soares	130	0,056	0,075	9,019	20995,650
8	Paulo Freire	466	0,200	0,075	32,329	75261,330
9	Prascóvia Menezes Lapa	115	0,049	0,075	7,978	18573,075
10	Regina Ramos Cairo	257	0,110	0,075	17,829	41506,785
11	Tia Zaza	184	0,079	0,075	12,765	29716,920
Total		2328	1		161,505	375983,640

Tabela 2. Distribuição da amostra entre os estratos. Vitória da Conquista - Bahia, maio a junho de 2012.

H	Instituição	N_h	w_h	n_h	Perdas
1	Casa Coletiva Zilda Anrs	175	0,075	20	4
2	Gelásio Alves	170	0,073	19	4
3	Jardim Valéria	135	0,058	15	3
4	Maria de Luordes T. Domingos	146	0,063	16	3
5	Monteiro Lobato	400	0,172	45	9
6	Nova cidade	150	0,064	17	3
7	Padre Benedito Soares	130	0,056	15	3
8	Paulo Freire	466	0,200	53	11
9	Prascóvia Menezes Lapa	115	0,049	13	3
10	Regina Ramos Cairo	257	0,110	29	6
11	Tia Zaza	184	0,079	21	4
Total		2328	1	263	53

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Instrumento de coleta

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado dividido em três blocos (APÊNDICE C). O primeiro bloco foi composto por questões referentes aos aspectos sociodemográficos dos pais e filhos; o segundo continha dados sobre comportamentos relacionados à saúde das crianças pré-escolares e o terceiro a escala de benefícios e barreiras percebidos, testada e validada, extraída da tese de doutorado da autora Marília Ferreira Dela Coleta (1995) para a qual foi obtida sua autorização para uso neste estudo (ANEXO C). A escala é apresentada no formato Likert, com cinco níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente), D (discordo), I (indeciso), C (concordo) até CT (concordo totalmente).

“A escala de Likert se baseia na premissa de que a atitude geral remete às crenças sobre o objeto da atitude, à força que mantém essas crenças e aos valores ligados ao objeto” (OLIVEIRA, 2001, p. 17).

3.6.2 Teste piloto

Foi aplicado um teste piloto para o qual foram selecionados 10 sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para este fim, definiu-se uma creche municipal conveniada da cidade que não fez parte do estudo. A finalidade do piloto foi testar a clareza dos itens, tempo de entrevista e avaliação da readequação das questões que não foram compreendidas e acréscimo de outras. Os questionários aplicados no teste piloto não fizeram parte da amostragem final.

3.6.3 Equipe da coleta de dados

A equipe foi composta por uma pesquisadora (orientadora do projeto); uma estatística (técnica da Escola de Enfermagem da UFBA); uma supervisora (pesquisadora responsável); e três entrevistadores (estudantes dos cursos de graduação em psicologia e enfermagem do Instituto Multidisciplinar de Saúde da UFBA, Campus Anísio Teixeira de Vitória da Conquista). Os estudantes de graduação foram selecionados pela pesquisadora responsável e pela pesquisadora orientadora do projeto.

Foram realizados encontros para treinamento da equipe, nos quais houve apresentação do projeto, discussões acerca do questionário e capacitação do grupo com a finalidade de garantir padronização nas entrevistas.

3.6.4 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no espaço das creches municipais de Vitória da Conquista, após convites enviados diretamente aos pais ou mães das crianças selecionadas. Nos convites constaram o dia e horário para realização das entrevistas. Para aqueles pais ou mães que, por ventura, não compareceram nos locais indicados, foram enviados mais dois convites com outros dias e horários a fim de garantir as entrevistas com os selecionados inicialmente. Aqueles selecionados que não comparecem depois de três convites foram substituídos por outros.

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis selecionadas para o estudo foram:

a) **Dados sociodemográficos:** idade, autoclassificação da raça/cor, religião, renda familiar, escolaridade, condições de saúde, duração da gestação e tipo de parto e condições de nascimento;

b) **Comportamento de saúde da criança:** aspectos sobre a alimentação e atividade física;

c) **Comportamentos relativos à prevenção da hipertensão arterial dos pais:** sobre o que eles pensam ou fazem sobre usar pouco sal na comida, alimentação consumida com menos gordura, comer menos doce, menos açúcar, prática de exercícios (várias vezes na semana), evitar preocupações, ter suas horas de lazer e diversão, ter um tempo para descanso, procurar medir a pressão arterial, consultar o médico uma vez por ano, não fumar ou parar de fumar, evitar bebidas alcoólicas, manter o peso ideal para a idade e a altura, tomar os remédios receitados pelo médico (quando doente).

3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados, após conferência e validação, foram digitados em uma base de dados desenvolvida por meio do gerenciador de banco de dados Microsoft Access versão 2002. Após a digitação, os dados foram exportados, tratados e analisados no programa estatístico STATA versão 8.0.

A análise dos dados consistiu inicialmente em um estudo exploratório das variáveis de interesse do estudo, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas das variáveis qualitativas e uso de medidas descritivas das variáveis contínuas (médias, desvio padrão e medianas).

Para verificação de diferenças entre as proporções, foi utilizado o teste Chi-Quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer (nas situações em que a frequência < 5) ao nível de 5% de significância estatística.

Foi calculado o indicador de crenças desenvolvido por Pires (2007), obtido para avaliar a distribuição percentual de benefícios e barreiras das treze medidas obtidas de prevenção e controle da HAS.

Para o cálculo do indicador foi adotado o seguinte procedimento:

- a) Cálculo dos escores médios das respostas agrupadas da escala de acordo com a medida de prevenção (treze), obtidos das respostas aos itens da escala e classificados como benefícios ou barreiras;
- b) Obteve-se a diferença entre os escores médios das barreiras – benefícios;
- c) O resultado da diferença entre as escores foi classificado da seguinte forma:
 - Crenças sobre os benefícios quando o escore médio da diferença < 0 ;
 - Crenças sobre as barreiras quando o escore médio da diferença > 0 ;
 - Neutro ou indecisos quando o valor médio = 0.

No presente estudo, foram verificadas associações entre o indicador obtido e as seguintes características do estudo:

- Tipo de locomoção no percurso de casa para creche e o indicador de crenças sobre a prática de exercícios físicos;
- Consumo semanal de carnes pelas crianças pré-escolares e os indicadores crenças em saúde sobre o uso da gordura;
- Verificação da PA das crianças e as crenças em saúde dos pais e mães sobre barreiras e benefícios relacionados à investigação da mesma.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o N° de Protocolo 46/2011 (ANEXO A), após autorização da Secretaria de Educação de Vitória da Conquista e respectivas diretorias das creches municipais da cidade (ANEXO B). Em seguida, procedeu-se a coleta dos dados.

O estudo seguiu os preceitos éticos determinados pelo Decreto 196/96 que define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). Foi apresentado aos participantes da pesquisa o documento “Informações ao Colaborador”, com explicações sobre a relevância do estudo, objetivo, sua participação voluntária, sigilo e anonimato, acerca da divulgação dos resultados, os quais serão transformados em artigos científicos que, possivelmente, serão publicados

em periódicos e anais de eventos cujas temáticas sejam pertinentes à apresentação de trabalhos desta pesquisa (APÊNDICE A).

O entrevistado elegível recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando que o estudo iria proceder de modo a não oferecer riscos, garantir o anonimato e que a qualquer tempo e etapa da pesquisa, os colaboradores poderiam desistir de participar, sem prejuízo algum (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados serão apresentados em quatro partes distintas, de acordo com os objetivos propostos e o instrumento de coleta de dados: caracterização sociodemográfica da amostra de estudo; hábitos de saúde das crianças relacionadas à alimentação e atividade física e dos pais e mães (aqueles relacionados à alimentação); crenças em saúde sobre barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção da hipertensão arterial e a associação entre as crenças parentais sobre a prevenção da hipertensão arterial e os hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares.

4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo

Foram realizadas 255 entrevistas. Houve 7 recusas e 1 (uma) perda (dados incompletos), das quais totalizam 263 entrevistados referente à amostra estimada para o estudo.

A Tabela 3 apresenta os dados sociodemográficos dos sujeitos. A idade média dos participantes foi de 29 anos ($dp=6,4$ anos), o sexo feminino predominou (92,6%). Com relação a variável cor autorreferida, 53,3% declararam-se de cor parda. A religião praticada pela maioria dos entrevistados foi católica (64,7%) seguida da evangélica (22,4%).

Quanto à renda familiar, 30,6% informaram receber menos de um salário mínimo e 53,3% recebiam um salário. No que diz respeito à escolaridade, 8,6% era alfabetizado ou nunca frequentou a escola, 31,0% estudou até o quinto ano, 39,6% ensino fundamental completo e incompleto e 20,8% ensino médio completo e incompleto, nenhum dos entrevistados está fazendo ou fez o ensino superior.

Quanto à história atual de DCV, referiram HAS 32,2% dos entrevistados. Quanto ao consumo de álcool e fumo, 1,6% e 11,8% relataram consumi-los, respectivamente. Os genitores foram questionados se já haviam levado seus filhos à UBS, do total, 98,8% responderam que sim. Quanto à investigação sobre aferição da PA da criança, apenas 9,8% disseram que já haviam verificado alguma vez (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 3 Caracterização sociodemográfica dos pais e mães dos pré-escolares matriculados nas creches municipais. Vitória da Conquista - BA, Brasil, maio a outubro de 2012.

Característica	n	(%)
Sexo		
Masculino	19	7,4
Feminino	236	92,6
Grupo etário		
Até 24 anos	69	27,0
25 a 34	133	52,2
35 e mais	33	20,8
Idade média (desvio padrão)	29 anos (dp=6,4 anos)	
Cor		
Branca	58	22,8
Preta	51	20,0
Parda	136	53,2
Outras	5	2,0
Não respondeu	5	2,0
Religião		
Católica	165	64,7
Protestante	57	22,4
Sem religião	24	9,4
Outras	9	3,5
Renda Familiar (em salários mínimos^a)		
< 1 sm	78	30,6
Até 1 sm	136	53,3
1 a 3	36	14,1
Não respondeu	5	2,0
Escolaridade		
Alfabetizado e não frequentou a escola	22	8,6
Até o 5º ano	79	31,0
Ensino fundamental completo e incompleto	101	39,6
Ensino médio completo e incompleto	53	20,8

Fonte: Dados da pesquisa. Vitória da Conquista – Bahia, 2012.

Nota: ^aSalário mínimo vigente na época: R\$ 622,00 conforme decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011.

Os dados apresentados na Tabela 4 são referentes às características sociodemográficas e clínicas dos pré-escolares, segundo suas condições de nascimento referidas pelos genitores. A maioria das crianças 89% nasceu a termo, 75,7% de parto normal; quanto ao peso 85,1% nasceram com peso adequado (maior que 2.500 gramas).

Tabela 4 Distribuição dos pré-escolares segundo as condições do nascimento. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Característica	n	(%)
Sexo		
Masculino	138	54,1
Feminino	117	45,9
Gestação		
A termo	227	89,0
Pré-termo	16	6,3
Pós-termo	12	4,7
Parto		
Normal	193	75,7
Cesariana	62	24,3
Peso ao nascer		
≤ 2.500 g	27	14,9
2500 g e mais	154	85,1

4.2 Hábitos de saúde das crianças relacionadas à alimentação e atividade física e dos pais aqueles relacionados à alimentação

Aos entrevistados(as) foram apresentados dois quadros referentes ao consumo alimentar semanal de alguns alimentos, conforme mostra a Tabela 5. Com relação às hortaliças, 47,1% dos participantes e 26,7% das crianças as consomem por cinco ou mais dias semanais. Quanto aos legumes 47,5% dos pais/mães e 34,5% das crianças os consomem em cinco dias ou mais por semana.

Ao verificar o consumo semanal de carnes, constatou-se que a carne vermelha foi a mais consumida 71,0% dos pais/mães e das crianças as consomem por três dias ou mais semanais, seguida da carne de frango, 24,3% dos pais/mães, e 25,1% das crianças por cinco dias ou mais por semana.

No que diz respeito ao que a criança não costuma comer, as hortaliças e os legumes foram apontados pela maioria dos pais e mães representando para cada tipo de alimento 27,6%. Com relação às carnes 7,0% das crianças não costumam consumi-la (dados não apresentados em tabelas).

A maioria dos pais/mães 46,7% consome os derivados do leite menos de cinco dias semanas, enquanto que a maioria das crianças 72,1% os consome em mais de cinco dias por semana.

Tabela 5. Distribuição dos alimentos consumidos pelos pais/mães dos pré-escolares matriculados nas creches municipais. Vitória da Conquista - BA, Brasil, maio a outubro de 2012.

Alimentos (consumo semanal)	Padrão alimentar	
	Pais e mães n (%)	Criança n (%)
Hortaliças		
5 dias ou mais	120 (47,1)	68 (26,7)
< 5 dias	115 (45,1)	138 (54,1)
Não consome	20 (7,8)	49 (19,2)
Legumes		
5 dias ou mais	121 (47,45)	88 (34,5)
< 5 dias	118 (46,27)	140 (54,9)
Não consome	16 (6,27)	27 (10,6)
Carnes vermelha		
3 dias ou mais	181 (71,0)	181 (71,0)
< 3 dias	53 (20,8)	59 (23,1)
Não consome	21 (8,2)	15 (5,9)
Carnes de frango		
5 dias ou mais	62 (24,3)	64 (25,1)
< 5 dias	181 (71,0)	159 (62,4)
Não consome	12 (4,7)	32 (12,5)
Derivados do leite		
5 dias ou mais	83 (32,5)	184 (72,2)
< 5 dias	118 (46,3)	62 (24,3)
Não consome	54 (21,2)	9 (3,5)
Carnes de peixe		
2 dias ou mais	17 (6,7)	17 (6,7)
< 2 dias	34 (13,3)	38 (14,9)
Não consome	204 (80,0)	200 (78,4)

Quanto a prática de atividade física, averiguou-se a locomoção da criança durante o percurso para a casa-creche-casa e o que a criança gosta de fazer nas horas de lazer. Com relação à primeira, constatou-se que 76,9% vão à creche caminhando e 23,1% utiliza outros meios de transporte (bicicleta, carro, ônibus). Quanto ao lazer observou-se que 24,3% das crianças passam a maior parte do tempo assistindo televisão, jogando vídeo game ou no computador, enquanto que 75,7% correm, brincam, andam de bicicleta, jogam bola (dados não apresentados em tabelas).

4.3 Crenças em saúde sobre barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção da hipertensão arterial

Apresentam-se na Tabela 6 os resultados das crenças relativas aos benefícios e barreiras quanto aos condimentos usados na alimentação (sódio, lipídios e glicose); cuidados com o corpo (prática de exercícios, o não uso de drogas, manutenção do peso adequado) e aspectos psicológicos (evitar preocupações, reservar tempo para o lazer e o descanso); periodicamente ir ao médico, verificar a PA e usar os medicamentos prescritos.

Tabela 6. Distribuição das crenças relacionadas aos benefícios e barreiras segundo treze comportamentos em saúde. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Medidas de Prevenção da Hipertensão Arterial	Crenças em Saúde		
	Benefícios n (%)	Neutro n (%)	Barreiras n (%)
Uso do sal	175 (68,6)	26 (10,2)	54 (21,2)
Uso da gordura	189 (74,1)	16 (6,3)	50 (19,6)
Uso do açúcar	209 (80,2)	11 (4,3)	35 (13,7)
Prática de exercícios	204 (80,0)	32 (12,6)	19 (7,4)
Preocupações	58 (22,8)	149 (58,4)	48 (18,8)
Lazer e diversão	193 (75,7)	52 (20,4)	10 (3,9)
Descanso, sossego, relaxamento, meditação	179 (70,2)	63 (24,7)	13 (5,1)
Pressão arterial	245 (96,1)	1 (0,4)	9 (3,5)
Consultas médicas	244 (95,7)	9 (3,5)	2 (0,8)
Hábito de fumar	245 (96,1)	1 (0,4)	9 (3,5)
Bebidas alcoólicas	249 (97,7)	1 (0,4)	5 (1,9)
Peso ideal	32 (91,0)	19 (7,5)	4 (1,5)
Uso de remédios sob recomendação médica	151 (59,2)	71 (27,8)	33 (12,9)

A análise dos itens relativos ao comportamento em saúde mostrou predomínio dos benefícios quanto ao uso do sal 68,6%, da gordura 74,1%, do açúcar 80,2%, à prática de exercício físico 80%, a ter horas de lazer e diversão 75,7%, a ter horas para descanso, sossego, relaxamento e meditação 70,2%, a procurar medir a pressão arterial

(96,1%), a consultar o médico 95,7%, ao hábito de fumar 96,1%, a evitar bebidas alcoólicas 97,7%, a manter o peso ideal 91,0%, ao uso de remédios sob recomendação médica 59,2%. Observou-se com relação às barreiras, predomínio na prática de exercícios 76%, este resultado sugere pouca prática de exercícios nesta população e um percentual expressivo dos entrevistados 58,4% se mostrou indeciso quanto às crenças relacionadas a evitar preocupações.

Na Tabela 7, apresentam-se as crenças quanto ao uso do sal. Destaca-se que as barreiras foram atribuídas ao paladar “a comida com pouco sal não tem gosto”, apontado por 68,6%. Concordaram em parte ou totalmente 58,0% da amostra que “para a maioria das pessoas o sal não faz mal”, 76,9% concordaram que “quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal” e que “para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade”.

Tabela 7. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso do sal. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial	1 (0,4)	0	254 (99,6)
O sal não faz bem à saúde	30 (11,7)	4 (1,6)	221 (86,7)
Quem usa muito sal perde o paladar ou o apetite	33 (12,9)	27 (10,6)	195 (76,5)
Usar pouco sal evita problemas renais	19 (7,5)	42 (16,5)	194 (76,0)
Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos	3 (1,2)	3 (1,2)	249 (97,6)
A comida salgada não é aconselhável para ninguém	10 (3,9)	0	245 (96,1)
A comida com pouco sal é mais gostosa	52 (20,4)	4 (1,6)	199 (74,0)
Barreiras			
A comida com pouco sal não tem gosto	80 (31,4)	0	175 (68,6)
Para a maioria das pessoas o sal não faz mal	94 (36,9)	13 (5,1)	148 (58,0)
Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal	50 (19,6)	9 (3,5)	196 (76,9)
Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade	20 (7,8)	2 (0,8)	233 (91,4)

A maioria dos entrevistados 93% concordou em parte ou totalmente que a gordura faz mal à saúde, produz colesterol, é pesada e de difícil digestão e causa obesidade. No entanto, mais da metade discorda em parte ou totalmente que “a comida com gordura é ruim de gosto”. Esse fato confirma as percepções relativas às barreiras, pois estas se devem ao paladar, quando a maioria concorda que “algumas comidas gordurosas são deliciosas” 77,6%, e que “a comida sem gordura é ruim de gosto” (93,7%), bem como ao concordarem que “é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo” (88,6%) e que se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar 86,3%; enquanto 55,7% discordam que a gordura não faz mal para a maioria das pessoas (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso da gordura na comida. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
A comida gordurosa produz colesterol	14 (5,5)	3 (1,2)	238 (93,0)
A gordura faz mal à saúde	7 (2,7)	0	248 (97,3)
A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão	16 (6,2)	3 (1,2)	236 (93,6)
Comer muita gordura causa problemas no coração	75 (29,4)	6 (2,4)	174 (68,2)
A gordura entope as artérias e veias	6 (2,4)	10 (3,9)	239 (93,7)
A comida com gordura é ruim de gosto	127 (49,8)	3 (1,2)	125 (49,0)
A gordura causa obesidade	8 (3,1)	2 (0,8)	245 (96,1)
Barreiras			
Algumas comidas com gordura são deliciosas	53 (20,8)	4 (1,6)	198 (77,6)
A gordura não faz mal para a maioria das pessoas	142 (55,7)	22 (6,6)	91 (35,7)
Comida sem gordura é ruim de gosto	5 (2,0)	11 (4,3)	239 (93,7)
É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo	18 (7,1)	11 (4,3)	226 (88,6)
Muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem	29 (11,4)	1 (0,4)	225 (88,2)
Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar	27 (10,6)	8 (3,1)	220 (86,3)

Com relação ao uso do açúcar, grande parte dos participantes concordou que o “açúcar prejudica a saúde”. Houve predomínio de barreiras, pois 76,1% concordaram que

“a pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los” 69,4%, que “uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade” e 66,8% afirmaram que “seria horrível se não pudesse comer doces” (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras segundo o uso do açúcar. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O Açúcar engorda, causa obesidade	19 (7,5)	7 (2,7)	229 (89,8)
Comer pouco açúcar evita diabetes	19 (7,5)	6 (2,3)	230 (90,2)
Comer doces aumenta o açúcar no sangue	13 (5,1)	13 (5,1)	229 (89,8)
O açúcar engrossa o sangue	29 (11,4)	70 (27,4)	156 (61,2)
Barreiras			
O açúcar não faz mal	159 (62,3)	5 (2,0)	91 (35,7)
A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los	59 (23,1)	2 (0,8)	194 (76,1)
Doce alimenta	160 (62,7)	4 (1,6)	91 (35,7)
Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade	64 (25,1)	14 (5,5)	177 (69,4)
Seria horrível se eu não pudesse comer doces	81 (31,7)	4 (1,5)	170 (66,8)
Se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não comê-los	59 (23,1)	2 (0,8)	194 (76,1)

Na **Tabela 10**, estão os resultados das crenças sobre benefícios e barreiras da prática de exercícios físicos. A maioria 99,2% dos genitores concordou que “os exercícios mantêm a boa saúde”, que sua prática “dá disposição, ânimo, energia e bem estar”, que “fazem bem para o corpo e para mente”. No que diz respeito às barreiras, o predomínio se deu em quatro itens: “Fazer exercícios exige muito esforço” (77,2%); “Para fazer exercícios é preciso ter força de vontade” (96,1%); “Os exercícios em geral causam muito cansaço na pessoa” (60,3%) e “só pratica exercícios quem é desinibido” (96,1%).

Tabela 10. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre fazer exercícios. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
Os exercícios mantêm a boa saúde	1 (0,4)	1 (0,4)	253 (99,2)
Praticar exercícios dá disposição, ânimo, energia e bem estar	1 (0,4)	3 (1,2)	250 (98,4)
Os exercícios são bons para manter a forma e o peso	3 (1,2)	0	252 (98,8)
Quem faz exercícios evita o estresse e ajuda na saúde mental	7 (2,7)	3 (1,2)	245 (96,1)
Fazer exercícios é bom para as articulações (juntas)	13 (5,1)	13 (5,1)	229 (89,8)
Quem faz exercícios dorme melhor	9 (3,5)	14 (5,5)	232 (91,0)
Quem faz exercícios tem apetite	14 (5,5)	9 (3,5)	232 (91,0)
Barreiras			
Exercícios são só para quem tem tempo	139 (54,5)	8 (3,1)	108 (42,4)
Fazer exercícios exige muito esforço	56 (22,0)	2 (0,8)	197 (77,2)
Fazer exercícios é preciso ter força de vontade	10 (3,9)	0	245 (96,1)
Os exercícios em geral causam muito cansaço na pessoa	91 (35,8)	10 (3,9)	153 (60,3)
Só pratica exercícios quem é desinibido	9 (3,5)	14 (5,5)	232 (91,0)

Quanto ao item “Evitar preocupações”, entre as onze sentenças apresentadas foram observadas em seis, predomínio das percepções relacionadas às crenças sobre benefícios. Assim, 99,6% dos entrevistados concordaram que as preocupações são prejudiciais à saúde, que podem ocasionar uma série de doenças e 93,3% concordaram em parte ou totalmente que é “difícil viver sem preocupações” e que os problemas familiares, laborais e financeiros permitem que as pessoas estejam sempre preocupadas, correspondendo aos cinco itens sobre barreiras percebidas (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre evitar preocupações. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
As preocupações prejudicam a saúde	1 (0,4)	0	254 (99,6)
As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse	4 (1,6)	0	251 (98,4)
Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada	21 (8,2)	2 (0,8)	232 (91,0)
As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto	8 (3,1)	14 (5,5)	233 (91,4)
As preocupações causam desgaste físico e mental	9 (3,5)	1 (0,4)	245 (96,1)
As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa	5 (2,0)	0	250 (98,0)
Barreiras			
É difícil viver sem preocupações	17 (6,7)	0	238 (93,3)
Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem	26 (10,2)	0	229 (89,8)
O trabalho não permite viver sem preocupações	18 (7,1)	6 (2,3)	231 (90,6)
Quem tem família não consegue se despreocupar	10 (3,9)	1 (0,4)	244 (95,7)
É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade	3 (1,2)	0	252 (98,8)

No que diz respeito a “ter horas de lazer e diversão”, observa-se na Tabela 12 que prevaleceu os benefícios que estes trazem à saúde. No entanto, mais da metade concordou em parte ou totalmente que “Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras” (51,4%), e que “Só quem tem saúde pode se divertir ou passear” (52,4%).

Tabela 12. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre ter horas de lazer e diversão. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O lazer serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça	2 (0,8)	0	253 (99,2)
O lazer faz bem para a saúde física e mental	3 (1,2)	2 (0,8)	250 (98,0)
O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida	8 (3,1)	3 (1,2)	244 (95,7)
O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo	6 (2,3)	1 (0,4)	248 (97,3)
A diversão dá energia para Viver	2 (0,8)	2 (0,8)	251 (98,4)
O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo.	5 (2,0)	0	250 (98,0)
Barreiras			
Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras	124 (48,6)	0	131 (51,4)
Só quem tem saúde pode se divertir ou passear	124 (48,6)	0	131 (52,4)
Só quem tem tempo pode ter lazer	142 (55,7)	1 (0,4)	112 (43,9)

A Tabela 13 refere-se ao item “descanso, sossego, relaxamento e meditação”, as percepções acerca dos benefícios predominaram nas sentenças apresentadas. Para as barreiras, constataram-se maiores percentuais em dois itens: “Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar” (76,8%) e “Quem trabalha muito, não consegue relaxar” (78,4%).

Tabela 13. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo	1 (0,4)	0	254 (99,6)
O descanso dá tranquilidade, ânimo e bem-estar	7 (2,7)	0	248 (97,3)
O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse	3 (1,2)	1 (0,4)	251 (98,4)
Descansar ou relaxar faz bem para a saúde	4 (1,6)	1 (0,4)	250 (98,0)
Quem trabalha deve descansar	2 (0,8)	1 (0,4)	252 (98,8)
Vive mais quem tem tempo para descanso	29 (11,4)	7 (2,7)	219 (85,9)
Barreiras			
Só descansa quem tem tempo	114 (56,5)	0	111 (43,5)
Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar	57 (22,45)	2 (0,8)	196 (76,8)
Quem trabalha muito, não consegue relaxar	54 (21,18)	1 (0,39)	200 (78,4)

A Tabela 14 mostra os dados referentes à verificação da PA. Para todos os itens acerca de benefícios houve concordância dos entrevistados. Com relação às barreiras, somente o item “Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão” 76,7% predominou.

Tabela 14. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre medir a arterial. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
Deve-se saber o valor da pressão arterial para se prevenir de problemas	7 (2,8)	1 (0,4)	247 (96,8)
Deve-se medir a pressão para se conhecer o estado de saúde	7 (2,7)	4 (1,6)	244 (95,7)
Deve-se saber como anda a pressão para evitar infarto	4 (1,6)	6 (2,4)	245 (96,0)
Cada pessoa deve conhecer a pressão para saber se é hipertensa	11 (4,3)	0	244 (95,7)
Deve-se conhecer a pressão para se viver mais	13 (5,1)	2 (0,8)	240 (94,1)
Barreiras			
Quem se sente bem, não precisa medir a pressão	201 (78,8)	2 (0,8)	52 (20,4)
Não acho importante ou necessário conhecer o valor da pressão	228 (89,4)	0	27 (10,6)
Não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar	224 (87,8)	3 (1,2)	28 (11,0)
Para medir a pressão a pessoa tem que ter tempo	186 (72,9)	0	69 (27,1)
Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão	56 (21,6)	4 (1,7)	195 (76,7)

Quando se trata de consultar o médico, pelo menos uma vez ao ano, constatou-se que todos os entrevistados concordaram que se deve fazer a consulta sempre. Com relação às barreiras, 56% acreditam que “só vai ao médico quem é preocupado com a saúde”, e 60,8% que “se gasta muito tempo nas consultas e exames” e que estes associados ao tratamento são muito cansativos 67,8% (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre consultar o médico pelo menos uma vez por ano. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
Deve-se consultar o médico regularmente para se conhecer o estado de saúde	0	0	255 (100,0)
É bom consultar o médico para prevenir-se das doenças	4 (1,6)	2 (0,7)	249 (97,7)
Deve-se consultar o médico para tratar os problemas e evitar que piorem	5 (2,0)	1 (0,4)	249 (97,6)
Barreiras			
Quem não sente nada não precisa ir ao médico	218 (85,5)	0	37 (14,5)
Só vai ao médico quem é preocupado com a saúde	109 (42,8)	3 (1,2)	143 (56,0)
Médico só em caso de necessidade	185 (72,6)	0	70 (27,4)
Gasta-se muito tempo com consultas e exames	100 (39,2)	0	155 (60,8)
Para ir ao médico todo ano é preciso ter dinheiro	180 (70,6)	0	75 (29,4)
Não acho importante consultar o médico todo ano	199 (78,0)	0	56 (22,0)
Ir ao médico é desagradável	142 (55,7)	0	113 (44,3)
Quem vai ao médico acha um monte de doenças	132 (51,8)	4 (1,5)	119 (46,7)
Os exames e tratamentos médicos são muito cansativos	81 (31,8)	1 (0,4)	173 (67,8)

Os dados quanto aos benefícios e barreiras relacionados ao tabagismo encontram-se na Tabela 16. Nesta, chamou a atenção os itens: “É difícil acabar com o vício de fumar” (77,2%) e “Parar de fumar dá angústia” (56,5%).

Tabela 16. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre o item não fumar ou parar de fumar. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O cigarro prejudica a saúde	6 (2,3)	0	249 (97,7)
O fumo prejudica o pulmão	1 (0,4)	1 (0,4)	253 (99,2)
O fumo incomoda as outras pessoas	7 (2,7)	3 (1,2)	245 (96,1)
O fumo tira o apetite	30 (11,8)	46 (18,0)	179 (70,2)
As pessoas não foram feitas para respirar fumaça	8 (3,1)	2 (0,8)	254 (96,1)
O cigarro prejudica a respiração e o fôlego	4 (1,6)	3 (1,2)	248 (97,2)
Fumar faz mal ao coração e à circulação	6 (2,4)	9 (3,5)	240 (94,1)
Barreiras			
É difícil acabar com o vício de fumar	54 (21,2)	4 (1,6)	197 (77,2)
Fumar moderadamente não faz mal	211 (82,8)	3 (1,2)	41 (16,0)
Fumar acalma e dá prazer	139 (54,5)	42 (16,5)	74 (29,0)
Parar de fumar dá angústia	40 (15,7)	71 (27,8)	144 (56,5)

A maioria dos entrevistados concordou em parte ou totalmente com as sentenças referentes aos malefícios da bebida alcoólica, implicando na predominância de percepção quanto aos benefícios. Destaca-se nas sentenças acerca das barreiras percebidas, que metade dos sujeitos concordou em parte ou totalmente quanto ao consumo do álcool com moderação (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre evitar bebidas alcoólicas. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O álcool faz mal à saúde	6 (2,4)	0	249 (97,6)
A bebida faz mal ao fígado e ao coração	2 (0,8)	9 (3,5)	244 (95,7)
A bebida prejudica o cérebro e os nervos	36 (14,1)	0	219 (85,9)
O álcool perturba a mente e altera o comportamento	7 (2,8)	1 (0,4)	247 (96,8)
Beber é um vício, uma fraqueza	30 (11,8)	9 (3,5)	216 (84,7)
Barreiras			
Beber moderadamente não faz mal	113 (44,3)	14 (5,5)	128 (50,2)
Se eu tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica eu ia sofrer muito	174 (68,2)	14 (5,5)	67 (26,3)
Eu não conseguiria ficar sem beber	217 (85,1)	8 (3,1)	30 (11,8)
É difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho	142 (55,7)	33 (12,9)	80 (31,4)

A Tabela 18 apresenta os benefícios e barreiras sobre “manter o peso ideal para a idade e altura”. Houve predomínio da percepção quanto aos benefícios. No entanto, das cinco sentenças referentes às barreiras para prevenção do sobrepeso e obesidade, predominaram três: “Perder peso é um sacrifício” (74,9%), “Emagrecer é muito difícil” (74,9%) e “A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer” 69,4%. Destaca-se que mesmo que a maioria tenha discordado que “É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso”, (47,0%), concordaram em parte ou totalmente com esta sentença.

Tabela 18. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre manter o peso ideal para idade e altura. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
Com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar	1 (0,4)	0	254 (99,6)
O excesso de peso faz mal à saúde	2 (0,8)	0	253 (99,2)
O excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa	3 (1,2)	0	252 (98,8)
Quem está acima do peso pode ter problemas de coração	4 (1,6)	3 (1,2)	248(97,2)
Barreiras			
Perder peso é um sacrifício	60 (23,5)	4 (1,6)	191 (74,9)
Emagrecer é muito difícil	59 (23,1)	5 (2,0)	191 (74,9)
É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso	132 (51,8)	3 (1,2)	120 (47,0)
A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer	77 (30,2)	1 (0,4)	177 (69,4)
Não acho importante ou necessário manter o peso	214 (83,9)	1 (0,4)	40 (15,7)

A respeito do uso de medicações prescritas, houve predominância dos benefícios. Dos entrevistados, 58% acreditam que não se deve confiar totalmente nos médicos, que as medicações são caras 83,9% e podem prejudicar a saúde 58,8% (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição das crenças relacionadas a benefícios e barreiras sobre tomar remédios receitados pelo médico. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Benefícios	Crenças em Saúde		
	D/DT	I	C/CT
O médico sabe o que faz, ele estudou pra isso	7 (2,8)	3 (1,2)	245 (96,0)
Deve-se tomar os remédios indicados para curar o problema	9 (3,5)	2 (0,8)	244 (95,7)
Deve-se confiar no médico	29 (11,4)	2 (0,8)	224 (87,8)
Barreiras			
Não é bom confiar totalmente nos médicos	106 (41,6)	1 (0,4)	148 (58,0)
Em geral os remédios são muito caros	38 (14,9)	3 (1,2)	214 (83,9)
Remédios são sempre um veneno, não são naturais	102 (40,0)	3 (1,2)	150 (58,8)

4.4 Associação entre crenças parentais sobre a prevenção da HAS e hábitos de vida relacionados à saúde de crianças pré-escolares

Foram verificadas associações quanto ao tipo de locomoção no percurso de casa para creche e o indicador de crenças sobre a prática de exercícios físicos, os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes ($p^a=0,474$). Os valores estabelecidos quanto aos indicadores benefícios, barreiras e indecisos foram aproximados. Assemelhando-se estes, aos dados referentes às atividades da criança nas horas de lazer associados ao indicador crenças sobre a prática de exercícios físicos, na qual não houve diferenças proporcionais significantes ($p^a= 0,733$), como mostra a Tabela 20.

Tabela 20. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto à prática de exercícios físicos e locomoção das crianças. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Variáveis sobre atividades física da criança	Atividade Física		
	Benefícios 80,0% n (%)	Neutro 12,6% n (%)	Barreiras 7,4% n (%)
Tipo de locomoção no percurso de casa para creche e vice versa			
Caminhando	160 (69,4)	23 (71,9)	13 (68,4)
Transportes	44 (21,6)	9 (28,1)	6 (31,6)
valor de $p^a = 0,474$			
Atividades da criança nas horas de lazer			
Corre, anda de bicicleta, joga bola	156 (76,4)	24 (75,0)	13 (68,4)
Assiste televisão, joga vídeo game, computador	48 (23,5)	8 (25,0)	6 (31,6)
valor de $p^a = 0,733$			

Nota: ^aTeste Qui Quadrado de Pearson; ^bTeste Qui Quadrado Exato de Fischer.

A Tabela 21 apresenta a associação entre o consumo semanal de carnes pelas crianças pré-escolares e os indicadores crenças em saúde sobre o uso da gordura pelos pais e mães. Verificaram-se semelhanças proporcionais tanto para o consumo da carne vermelha e da carne de frango associados às crenças sobre o consumo da gordura as diferenças foram mínimas; não ocorrendo, portanto, associação estatisticamente significativa.

Tabela 21. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto ao uso da gordura. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Variáveis sobre o consumo de carnes das crianças	Crenças sobre o uso da gordura		
	Benefícios 74,1% n (%)	Neutro 6,3% n (%)	Barreiras 19,6% n (%)
Consumo da carne vermelha			
3 dias ou mais	126 (66,7)	13(81,4)	42 (84,0)
< 3 dias	51 (26,1)	3(18,8)	5 (10,0)
Não consome	12 (6,4)	0	3 (6,0)
valor de $p^b=0,084$			
Consumo do frango			
5 dias ou mais	52 (27,5)	3 (18,8)	9 (18,0)
< 5 dias	113 (59,8)	12(75,0)	34 (68,0)
Não consome	24 (12,7)	1 (6,3)	7 (14,0)
valor de $p^b=0,605$			

Nota: ^aTeste Qui Quadrado de Pearson;^bTeste Qui Quadrado Exato de Fischer.

Foi analisada a associação entre a verificação da PA das crianças e as crenças em saúde dos pais e mães sobre barreiras e benefícios relacionados à investigação da mesma. Não foram identificadas diferenças proporcionais significantes entre os grupos ($p^b=0,295$) (Tabela 22).

Tabela 22. Associação entre crenças parentais relacionadas aos benefícios e barreiras quanto procurar medir a PA e se esta já foi verificada na criança. Vitória da Conquista – Bahia - Brasil, maio a outubro de 2012.

Verificação da PA na criança	Crenças sobre medir a PA		
	Benefícios n (%)	Neutro n (%)	Barreiras n (%)
Sim	23 (9,4)	0	2 (22,2)
Não	222 (90,6)	1 (100,0)	7 (77,8)
valor de $p^b=0,295$			

Nota: ^aTeste Qui Quadrado de Pearson;^bTeste Qui Quadrado Exato de Fischer.

5 DISCUSSÃO

Evidencia-se que este é o primeiro estudo epidemiológico no Brasil, que se tem conhecimento, a analisar as crenças dos pais e mães de crianças pré-escolares acerca das barreiras e benefícios relacionadas à prevenção da HAS, por meio do MCS. A análise a seguir está voltada prioritariamente aos dados relacionados ao objeto e objetivos deste estudo.

Os resultados mostraram que 92,6% dos participantes foram do sexo feminino. Destaca-se que as entrevistas foram agendadas previamente, por meio de convites destinados aos pais ou mães das crianças matriculadas nas creches e foram realizadas no seu período de funcionamento. Ressalta-se neste fato, uma relação de gênero, que se configura numa construção social e cultural, representa um processo contínuo de poder entre homens e mulheres nas diferentes culturas, e repercute nas relações de trabalho. As atividades consideradas femininas estão sempre associadas à função reprodutiva e realizadas no espaço privado da família e à produção de valores de uso familiar. Enquanto as atividades destinadas à produção social, desenvolvidas no espaço público são atribuídas aos homens (FRANÇA e SCHIMANSKI, 2009).

As mulheres atualmente ocupam um alto percentual no mercado de trabalho brasileiro. Segundo o censo de 2011, elas eram 45,4% da população ocupada no Brasil (BRASIL, 2012). No entanto, as tarefas que são conhecidas historicamente como femininas, citadas anteriormente, não foram eximidas do seu dia-a-dia, o que resulta na dupla jornada de trabalho (BARROCA, BERTOLINI e BURKLE, 2009; FRANÇA e SCHIMANSKI, 2009). Assim, o cuidado com os filhos é tarefa exclusiva das mães, incluindo levá-los à creche ou escola e participar de reuniões e entrevistas.

Quanto à escolaridade, considera-se elevado o número de indivíduos com baixo nível de formação escolar 39,6%. Destes, 8,6% são alfabetizados ou nunca frequentaram a escola e 31,0% estudaram até o quinto ano. Esse perfil educacional da amostra limita o acesso a melhores condições de trabalho, a aquisição de conhecimento, incompreensão das informações sobre saúde e maior exposição aos fatores de risco para DCV, incluindo a hipertensão arterial (PESSUTO e CARVALHO, 1998; CASTRO e CAR, 2000; MANSANO, VILA e ROSSI, 2009; CASTOLDI et al, 2010).

Neste sentido, uma vez identificado o nível de escolaridade dos clientes atendidos nos serviços de saúde a (o) enfermeira(o) pode elaborar um planejamento

assistencial com linguagem acessível à compreensão daqueles e desenvolver atividades que enfatizem, de forma concreta os aspectos de prevenção de doenças e continuidade da saúde, utilizando os recursos econômicos que dispõem.

Com relação à renda familiar, 30,6% dos entrevistados recebem menos que um salário mínimo e 53,3% um salário, resultando em quase 90,0% com renda de até um salário mínimo.

Esses dados interferem no comportamento de saúde da família limitando o acesso a bens de serviços e de consumo como a compra de alimentos, considerando que a aquisição de carnes, frutas, hortaliças, legumes pode consumir percentual elevado da renda. O baixo nível socioeconômico pode ser uma barreira para a prevenção de doenças.

Estudo de Case e Paxson (2002) que avaliou o comportamento de pais e saúde das crianças, embora muitos fatores que afetam a saúde, não estejam relacionados ao nível socioeconômico, as características da família com relação à renda pode influenciá-la. O nível educacional oportuniza à determinada ocupação e a graus diferentes de renda, bem como facilita o acesso a condutas distintas relacionadas à saúde. Nesse sentido, a escolaridade pode ser vista como causa ou consequência do nível socioeconômico. Assim, a educação, o conhecimento, o trabalho e a renda podem influenciar no comportamento em saúde.

Em relação ao tabagismo, considera-se relevante o percentual de fumantes da amostra considerando os agravos deste à saúde, implicando tanto nas DCV como na possibilidade do desenvolvimento de cânceres, dentre eles, o de pulmão. Para aqueles não fumantes, em função da inalação passiva, o tabagismo pode causar as mesmas doenças supracitadas (WHO, 2002).

Dados relevantes foram observados no que diz respeito ao atendimento da criança, posto que 98,8% dos participantes da pesquisa responderam que levam os filhos na UBS para consulta, mas somente 9,8% afirmaram que a PA dos filhos foi verificada pelo profissional que os atenderam. Reforçando que esta não é rotineiramente aferida nas consultas.

Estudos sobre a consulta de puericultura realizada por enfermeiras (os) ressaltam que as (os) mesmas (os) entendem o atendimento da criança não somente a aferição das medidas antropométricas, mas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, higiene, alimentação, aleitamento materno, entretanto não mencionam outros aspectos importantes da saúde da criança como prevenção de acidentes,

violências, cuidados com o coto umbilical, icterícia e triagem neonatal bem como o controle da PA (CAMPOS, et al, 2011; VIEIRA et al, 2012).

Nesse último aspecto, ressalta-se a importância de verificá-la nos primeiros anos de vida e mais especificamente quando existem na família pessoas hipertensas, obesas e diabéticas. A incipiência desse procedimento pode estar atrelado à falta de instrumentos adequados para verificação da PA, sua desvalorização e pouca habilidade dos profissionais de saúde na aferição em crianças (KAKEHASHI et al, 1999).

Quanto aos hábitos alimentares, os resultados apontam que o consumo semanal de hortaliças e legumes das crianças é baixo em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde e OMS, que os recomendam diariamente, pois o baixo consumo destes está entre os cinco principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCNT (WHO, 2002; BRASIL, 2008). Esses dados estão em consonância com um estudo que avaliou o consumo alimentar de crianças brasileiras, no qual evidenciou que 69,8% das crianças nordestinas menores de cinco anos, não os consumiam (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

O consumo alimentar inadequado, bem como carências específicas de micronutrientes como o ferro, zinco e vitamina A em crianças pode acarretar em deficiências nutricionais como a desnutrição, o excesso de peso, dentre outros (VITOLLO et al, 2005; BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

Estes aspectos, devem ser identificados pela(o) enfermeira(o) no seu processo de trabalho, visando favorecer uma alimentação adequada à criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Os alimentos de maior consumo dos pais/mães e das crianças foram carnes vermelha e de frango. De acordo com as recomendações da OMS, as carnes devem ser consumidas duas a três vezes semanais, porém a maioria dos entrevistados relatou seu consumo em três dias ou mais por semana. O peixe foi menos consumido, apenas 6,7% dos pais/mães e das crianças o consomem dois dias ou mais semanais. O peixe é rico em minerais, entre eles cálcio, fósforo, iodo e cobalto, e é também fonte das vitaminas A, D e B, sendo recomendado, duas ou mais vezes no cardápio semanal (WHO, 2002).

Os alimentos de origem animal devem ser consumidos com moderação, pois seu alto teor de gorduras saturadas aumenta o risco do desenvolvimento da obesidade e DCV, incluindo alguns tipos de cânceres (BRASIL, 2010). Diante disso, considera-se que o consumo alimentar da amostra estudada é inadequado, coincidindo com o estudo realizado Bortolini, Gubert e Santos (2012) no consumo alimentar das crianças

brasileiras menores de cinco anos está aquém do preconizado. Ressaltam que o estabelecimento do hábito alimentar, nos primeiros anos de vida, é fundamental para repercussão de boas práticas alimentares, no estado de saúde e nutricional adequados ao longo da vida.

Evidenciou-se que 62,0% das crianças ingerem leite e seus derivados cinco dias ou menos semanais. O cálcio é um elemento fundamental ao organismo às funções que desempenha na mineralização óssea durante a vida do indivíduo com maiores necessidades durante o período de rápido crescimento como na infância e na adolescência. Assim, o cálcio por não ser produzido endogenamente, ele é adquirido por meio da ingestão diária de alimentos que o contêm como o leite e seus derivados (iogurte e queijo) com baixo teor de gorduras (LOPEZ e BRASIL, 2004). Pode-se inferir que a quantidade de ingestão de alimentos que contêm cálcio e de outros nutrientes derivados do leite está inadequada às necessidades da criança.

Levando-se em consideração o contexto socioeconômico da amostra e a fase pré-escolar das crianças, a avaliação da atividade física foi descrita pelo tipo de locomoção no percurso entre casa e creche, e as atividades da criança nas horas de lazer. Quanto à locomoção, considera-se positivo o fato 76,9% das crianças irem caminhando de casa para a creche e vice versa, atitude benéfica na prevenção de doenças e também passa maior tempo realizando atividades como correr, jogar bola e andar de bicicleta. A predominância dessas atividades diverge de estudo realizado por Moraes (2009) que verificou sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares e constatou que 95,5% utilizavam veículos motorizados no percurso para escola e passavam maior parte do tempo assistindo televisão, jogando vídeo game ou no computador.

Estudos epidemiológicos apontam o aumento de comportamentos sedentários no cotidiano de crianças, que passam grande parte do dia assistindo televisão, em frente ao computador e sem locais adequados e seguros para a prática de atividade física (SALLIS, PROCHASKA e TAYLON, 2000; HILLS, KING e ARMSTRONG, 2007, MORAES, 2009). Ainda que a intenção primordial dos pais e mães ao levar os filhos caminhando à creche não seja a prática de atividade física, esse ato pode colaborar para adoção de hábitos positivos em saúde das crianças.

Na descrição das crenças relacionadas aos comportamentos em saúde recomendados para a prevenção da HAS, houve predomínio de crenças sobre benefícios para a maioria dos itens. Ressalta-se que apenas para as crenças quanto às preocupações, os entrevistados responderam de forma indecisa. Resultados semelhantes

foram encontrados em estudo realizado por Dela Coleta (1995) com homens hipertensos (50) sobre comportamentos relacionados à saúde e no estudo de Pires e Mussi (2008) com pessoas negras hipertensas (106).

No estudo de Dela Coleta (1995) houve predominância das crenças dos benefícios quanto a: usar menos sal (58%); menos gordura (55%); ter horas de lazer e diversão (73%); descanso (90%); evitar preocupação (67%); medir a pressão arterial (90%); consultar o médico (86%); evitar ou parar de fumar (83%); tomar remédios receitados pelo médico (74%); e fazer exercícios físicos (66%). Diferencia-se deste estudo apenas as crenças sobre evitar bebidas alcoólicas (63,0%), usar menos doce (66,0%) e manter o peso ideal (73,0%), nas quais prevaleceram as barreiras relacionadas às crenças.

Na pesquisa de Pires e Mussi (2008), prevaleceram as crenças em saúde sobre benefícios. De forma convergente ao encontrado neste estudo, a maioria dos entrevistados também (63,2%) foi indecisa quanto a evitar preocupações.

Apesar do predomínio da percepção das crenças sobre benefícios com relação à alimentação (uso de sal, gordura e açúcar), concorda-se com a observação de Dela Coleta (1995) e Pires e Mussi (2012) ao inferirem que as crenças quanto à adoção dessas medidas não estão implicadas necessariamente na coerência e efetividade da ação, no entanto a crença, por si só, é um forte preditor do comportamento de saúde.

O estudo de Ferreira (2008) com 138 pacientes hipertensos, no qual aplicou a escala de crenças sobre a dieta hipossódica, adaptada e validada para a população brasileira, correlacionou os itens de benefícios e barreiras, constatou que, quanto mais barreiras o paciente impõe para seguir o tratamento, maior o consumo e, conseqüentemente, o nível alto de pressão arterial sistólica. As barreiras apontadas foram alimentar-se fora do domicílio, falta de sabor na comida com pouco sal, dieta considerada cara, demanda por tempo para preparo, e difícil entendimento de seguir as recomendações.

As barreiras relacionadas à alimentação, no presente estudo, foram atreladas principalmente ao paladar, a mudança de costume e hábito, e a não percepção dos malefícios quanto ao sal, gordura e açúcar. O sabor dos alimentos resulta da mistura da ativação de diferentes receptores sensoriais, os quais produzem as sensações primárias do paladar (doce, salgado, amargo e azedo) que são influenciados a outros fatores como odor, temperatura e textura. Desse modo, os alimentos que mais despertam o paladar

são os mais prejudiciais à saúde, o que pressupõe a continuidade do seu consumo excessivo.

Um estudo que avaliou a dieta de indivíduos de 52 países identificou três padrões alimentares distintos: a dieta oriental (rica em proteínas vegetais), a dieta ocidental (rica em gordura) e dieta prudente (rica em frutas e hortaliças). Foi observado um aumento de risco para infarto agudo do miocárdio em aproximadamente 30% da população que segue a dieta ocidental. Associação inversa foi obtida com o consumo de dieta denominada prudente (LOTEMBERG, 2009).

Os hábitos alimentares estão integrados à cultura dos grupos sociais e as decisões sobre o que e como comer. Podem envolver as crenças e o paladar, nos quais os alimentos assumem um caráter simbólico. Nesse sentido, a prática alimentar infantil desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família, não são determinadas pelas necessidades biológicas da criança, mas pela interação com o alimento, por fatores emocionais, socioeconômicos e culturais de seu entorno (SALVE e SILVA, 2009).

Todavia, na atualidade, existem recomendações específicas relativas à dieta para o controle da HAS, sendo preconizada a ingestão de cerca de 5 gramas de sal por dia (correspondente a 2 gramas de sódio), que poderá reduzir a pressão sistólica em torno de 2 a 8 mmHg. Além disso, é recomendável a restrição dos produtos industrializados que contêm elevado nível de sódio, como molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados. Aconselha-se a escolha de temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha (LOTEMBERG et al, 2010). Ressalta-se que Gallani (2007) ao avaliar a média diária de sal ingerida por 138 hipertensos revelou que, o consumo entre os homens é de 17,6 gramas e, das mulheres, 13,7 gramas.

Reitera-se que recentemente o consumo de dietas inadequadas está entre os dez principais fatores de mortalidade. Diversos ensaios aleatórios demonstram que intervenções alimentares adequadas podem diminuir ou prevenir significativamente o aparecimento de várias doenças. Neste contexto, o papel da dieta vem sendo exaustivamente avaliado em estudos clínicos e epidemiológicos. Assim, o tipo de gordura alimentar exerce influência direta sobre fatores de risco cardiovascular, tais como a concentração de lipídios e de lipoproteínas plasmáticas (WHO, 2011).

Quanto aos dados relativos ao consumo de carne vermelha e sua associação com as crenças sobre a ingestão de gorduras, dos 74,1% dos genitores que perceberam os benefícios, 66,7% responderam que as crianças consomem o alimento por mais de três

dias semanais. Além disso, dos 19,6% que perceberam mais barreiras, 84,0% das crianças tiveram alto consumo de carne vermelha.

Outro aspecto avaliado neste estudo foi a crença sobre a realização de exercícios físicos. Há que se considerar a predominância da percepção de crenças sobre benefícios relacionadas a essa prática, no entanto as barreiras constatadas dizem respeito especialmente quanto ao esforço e a inibição para praticá-lo. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Nascimento (2008) ao avaliar a percepção de crenças sobre atividade física e suas principais barreiras, no qual aponta que as pessoas menos ativas são aquelas que apresentam timidez e pouco esforço para praticar o exercício, o que pode levar a dificuldades para adoção dessa medida de prevenção.

Dados acerca de fatores de risco para doenças cardiovasculares sugerem que a inatividade ou sedentarismo, constitui um dos dez motivos que lideram as causas mundiais de morte e incapacidades. Mais de dois milhões de mortes por ano são atribuídos à inatividade física (WHO, 2002).

Nas últimas décadas, estudos enfatizam medidas não farmacológicas e mudanças dos hábitos de vida para prevenção e controle dos níveis tensoriais elevados, mesmo para aqueles em uso de medicações. A prática regular de exercícios físicos, componente importante na melhoria da qualidade de vida, está entre as recomendações. Estudos constataram menor morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardiovascular, em indivíduos treinados fisicamente, com benefícios no subgrupo de hipertensos (JENNINGS e SUDHIR, 1990; GRASSI et al, 1992).

As investigações vêm demonstrando que a atividade física regular no tempo de lazer tem efeito protetor contra doenças crônicas, incluindo HAS, doenças coronarianas, obesidade, diabete, osteoporose, câncer de cólon, depressão e ansiedade (PITANGA, 2003).

No que se refere à manutenção do peso adequado, os entrevistados apontaram maiores dificuldades em emagrecer. O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a HAS, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HAS diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (WHO, 1997).

Os obstáculos quanto à manutenção do peso adequado podem ser atribuídos às percepções de crenças sobre barreiras quanto à alimentação e atividade física. Sabe-se que a dieta ocidental, classificada como rica em gorduras contribui para o sobrepeso e obesidade e os alimentos que agradam ao paladar possuem, em sua maioria, lipídios,

sais e glicose, como citados anteriormente, já que a sensibilidade aos sabores se distribui em toda a cavidade bucal. Por outro lado, os meios de comunicação induzem ao consumo de alimentos com níveis elevados de sódio, potássio, glicose e lipídios que contribuem para o aumento do risco para as DCV.

No que diz respeito aos exercícios físicos as maiores barreiras se atribuem à inibição e indisposição de praticá-los. Apesar de as recomendações serem divulgadas na mídia falada e escrita, considera-se que as dificuldades de acesso ao emprego e a realização das atividades domésticas e de cuidados com a criança pode culminar no cansaço, predispondo à indisposição daquelas atividades. Acrescenta-se a isso as circunstâncias de moradias onde não há áreas próximas às residências para a prática da atividade física e o custo das academias. Dessa forma, esses fatores podem contribuir para o aumento do sobrepeso e obesidade.

A mensuração das crenças relacionadas às percepções dos aspectos da saúde mental como ter tempo para lazer, descanso e meditação foi positiva, pois revelou mais crenças sobre os benefícios. No entanto, considera-se percentual elevado (58,0%), dos entrevistados que afirmaram não controlar as preocupações advindas dos problemas financeiros, familiares, entre outros. Entre as condições socioeconômicas com reflexos preocupantes, encontra-se o nível de escolaridade dos pais e mães, as condições de vida como desemprego e habitação, densidade familiar, acesso aos serviços de saúde e renda. Neste sentido, a preocupação é um sentimento que causa ansiedade com o que pode dar certo ou errado, ou seja, com o não atendimento das necessidades da família. Em consequência dessas situações podem ocorrer sintomas físicos como insônia, perda ou exacerbação do apetite, palpitação e elevação da PA.

Estudo realizado sobre as preocupações mostrou que o nível de preocupação das consequências da vida moderna (alimentos geneticamente modificados, poluição ambiental, dentre outros) podem causar maiores sintomas corporais e sentimentos de doença (ALVES e FIGUEIRAS, 2005).

Na percepção acerca de benefícios relacionados à medida da PA, realização de consulta médica e uso de medicações prescritas houve predomínio de benefícios: (96,1%), (95,7%) e (59,2%) respectivamente. Estes percentuais são considerados efetivos, uma vez que podem indicar benefícios na prevenção da DCV. Sousa (2004) afirma que a crença individual sobre saúde, a percepção e motivação que se tem sobre a realidade têm valor primordial na determinação do comportamento. Assim, a crença pode ser um preditor para a adesão às medidas de prevenção da HAS.

Quanto ao hábito de fumar, observa-se que apesar de 11,8%, responderem ser tabagistas, 96,1% deles apresentaram maiores crenças sobre benefícios em evitar ou parar de fumar. O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares e 90% dos fumantes iniciam esse hábito na adolescência. O combate ao tabagismo se constitui num dos maiores desafios em função da dependência química causada pela nicotina (VIEGAS, et al, 2004).

Nas crenças relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas também houve predominância de percepções acerca dos benefícios, haja vista os malefícios causados pelo etilismo, tais como o seu efeito no comportamento. Ainda que 50,2% dos participantes acreditem que “beber moderadamente não faz mal”, o efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Estudo realizado sobre o efeito do álcool na PA, demonstrou que com o não consumo de etanol, reduz em média 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica (XIN et al, 2001).

No conjunto das associações entre as variáveis dos hábitos de vida relacionados à saúde das crianças e indicadores de crenças em saúde, os resultados mostram que não houve diferenças proporcionalmente significantes, como supracitado. Assim, mesmo que as crenças dos pais e mães deste estudo possam não interferir diretamente na realização de exercícios físicos, alimentação e verificação da PA, ressalta-se que estes são fatores que podem influenciar na prevenção de HAS, desde que a(o) enfermeira(o) envide esforços em seu processo de trabalho, para conhecer a realidade, mais especificamente dos pais e mães de crianças atendidos e dialogue com eles visando a mudança de comportamento que promova a saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação buscou analisar as crenças dos pais e mães de crianças na fase pré-escolar acerca dos benefícios e barreiras relacionados à prevenção da HAS. Foi utilizada para essa análise a escala de medidas de crenças em saúde cardiovascular. Houve participação predominante das mães e constatação de baixos níveis de escolaridade e renda dos entrevistados.

Identificou-se quanto à alimentação que o consumo semanal de verduras e de legumes pelas crianças é abaixo do recomendado pela OMS e Ministérios da Saúde. Já o consumo de gorduras saturadas provenientes das carnes vermelha e de frango foi considerado alto com relação ao preconizado pelos órgãos supracitados. Muito embora a prática de atividade física da criança, dos pais e mães não tenha sido verificada de forma sistemática, a identificação do tipo de locomoção no percurso para a creche e as atividades realizadas pela criança nas horas de lazer revelaram um padrão positivo entre essas variáveis.

No conjunto das crenças a percepção dos pais e mães revelou maiores benefícios na prevenção da HAS. Sobre a alimentação foram atribuídas barreiras principalmente àquelas atreladas ao paladar, o qual possui forte influência na escolha dos alimentos, especialmente no continente ocidental.

Os dados demonstraram também que a maioria das crianças são atendidas na UBS, porém poucas tiveram a PA verificada alguma vez, o que permite inferir a ausência da investigação sistemática da HAS na criança; necessitando, portanto de programas que enfatizem a necessidade de avaliação desta, desde a infância para evitar a doenças nessa faixa etária.

Mesmo que as percepções sobre os benefícios foram predominantes neste estudo, percebe-se que as crenças atribuídas às barreiras relacionadas aos comportamentos em saúde, devam ser levadas em consideração, uma vez que podem ser empecilhos para adoção da prevenção da HAS.

As conclusões desse estudo tornam-se relevantes no direcionamento das ações de saúde fazendo-se necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais sobre as crenças e os aspectos culturais que envolvem o comportamento em saúde como a alimentação da criança, o estímulo à prática de atividade física e verificação da PA, para prevenção da HAS.

A identificação e valorização desses aspectos permitirão maior proximidade entre os profissionais de saúde e a realidade vivenciada por este grupo, visando esclarecer as dúvidas percebidas durante o atendimento nas UBS e atuar de maneira efetiva nas questões que envolvem este estudo.

Ressalta-se que a contribuição dos resultados encontrados é relevante, visto serem os pais e as mães responsáveis, em seu contexto, sociocultural e econômico para o desenvolvimento dos hábitos da criança na alimentação, atividade física, higiene e educação. Por outro lado, acredita-se que além dos pais, outras pessoas estão envolvidas na formação dos hábitos da criança como outros familiares, colegas e educadores que poderão influenciar na construção do seu comportamento.

Este estudo apresenta limitações que devem ser superadas em outras pesquisas como: aumento do número amostral incluindo crianças em diversas faixas etárias e de outras regiões do Brasil, análise das crenças dos pais e mães relacionadas aos hábitos das crianças, avaliação sistemática dos fatores de risco relacionados à HAS e a influência das crenças no comportamento em saúde. Além dessas outras limitações devem ser consideradas as inerentes ao estudo transversal.

6 REFERÊNCIAS

- ALVES, N. C; FIQUEIRAS, M. J. Efeitos da modernidade na saúde: Adaptação e validação da modern health worries Scale para a população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2005, 6 (1), 91-107.
- ARAÚJO, T. L. LOPES, M. V. O; MOREIRA, R. P. CAVALCANTE, T. F. GUEDES, N. G; SILVA, V. M. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza – Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2007;20(4):476-82.
- ALVES F. G; NAKASHIMA L. M. A; KLEIN G. F. S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em docentes do curso de enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva** 2010; 07 (42):179-182.
- ANDRE, J. L; DESCHAMPS, J. P; GUEGUEN, R. Familial resemblance of blood pressure na body weight. **Clin Exp Hypertens** 1995;A8:667.
- BARROCA, J. B. BERTOLINI, S. M. M. G; BURKLE, A. B. hipertensão arterial e sua relação com os fatores de risco cardiovascular em cuidadores de pacientes de clínicas de Reabilitação. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 13, n. 3, p. 191-198, set./dez. 2009.
- BASTOS, H. D; MACEDO, C. S; RIYUZO, M. C. Hipertensão arterial na infância: avaliação crítica. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 9, n.35, p. 138-40, 1991.
- BECK, Judith S. Terapia cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 1997. (trad. S.Costa).
- BERENSON G. S.et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. Bogalusa Heart Study. N. **Engl J Med**. 1998; 338:1650-6.
- BIRCH L. L. Children's preferences for high fat foods.**Nutr Rev**. 1992;50:249-55.
- BIRCH L. L. Development of food preferences. **Annu Rev Nutr**. 1999;19:41-62.
- BORTOLINI, G. A; GUBERT, M. B; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2012; 28(9):1759-1771.
- BRANDÃO A.A; POZZAN R; FREITAS E. V; POZZAN R; MAGALHAES M. E. C; BRANDAO A. P. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulinresistance and metabolic syndrome. **J Hypertens**. 2004;22(Suppl 1):111S.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União1990; 13 jul.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. **Guia alimentar para menores de dois anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle das Doenças Não-Transmissíveis no Brasil, Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2002. Série B.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. O Brasil município por município. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 02/06/2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Pesquisa mensal de emprego. Dia internacional da Mulher. mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf> Acesso em: 29/01/2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília - DF, 1996.

CAMPANA, E. M. G; BRANDÃO, A. A; MAGALHÃES, M. E. C. et al. Pré-hipertensão em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2009;16(2):92-102.

CAMPOS, R. M. C; RIBEIRO, C. A; SILVA, C. V; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** vol.45 no.3 São Paulo June 2011.

CASTOLDI, E. B; OLIVEIRA, G. P; RÉGIS, M. A; SILVA, D. A. Prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino-MT. **Revista Matogrossense de Enfermagem**. 2010 V.1 n.1 (57-62)

CASTRO, V. D; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. esc. enferm. USP**. 2000;34(2):145-53.

CHAVES, E. S. et al. Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2009;22(6):793-9.

CESARINO C. B. et al. Prevalencia e fatores sociodemográficos em hipertensos de São Jose do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2008;91(1):31-5.

CHOBANIAN A.V. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. **European Society**. 2003; 42(6):1206-52.16.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor Braga Abecasis. Damaia: Printipo, 1989. Original francês.

COOKE L; WARDLEY J. Age and gender differences on children's food preferences. **B J Nutr.** 2005; 93: 741-746.

CUNNINGHAM S. Hipertensão arterial. In: WOODS S. L; FROELICHER E. S. S; MOTZER S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4a ed. Barueri, SP: Manole; 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde. [online] Brasília, Brasil; 2011. [capturado em 25 jul. 2011]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br>

DELA COLETA, M. F. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 18 (1), Jan-Jun 2010, 69-78p

DELA COLETA, M. F. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**: Teorias, estudos e instrumentos. Taubaté, SP: Cabral editora e livraria universitária, 2004.

DIETZ W. H; GORTMAKER S. L. Preventing obesity in children and adolescents. **Annu Rev Public Health.** 2001; 22:337-53.

EISNNER, G. M. Hypertension: racial differences. **Am J Kidney Dis** 1990; 16(suppl 1): 35-40.

FERREIRA, M. C. S; GALLANI, M. C. B. J; NADRUZ JÚNIOR, W; COLOMBO, R. C. R.; LEME JR, C. A; FRANCHINI, K. G. Benefícios e barreiras percebidos para consumo de dieta hipossódica: relação entre o consumo de sal e repercussões clínicas. In: **XXIX Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - XXV Jornada de Enfermagem, 2008, São Paulo**. Suplemento Especial da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008. v. 18. p. 134-134.

FRANÇA, A. L; SCHIMANSKI, E. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar. *Emancipação*, Ponta Grossa, 9(1): 65-78, 2009. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em 29/01/2013.

GALLANI, M. C. B. J. **A pressão arterial sob pressão: Estudo revela excesso de consumo de sal e aponta malefícios de temperos prontos**. *Jornal da Unicamp*, Campinas – SP. 2007, p. 6 - 7, 20.

GRASSI, G. SERAVALLE, G; CALHOUN, D. C; BOELA G. B; MANCIA, G. Physical exercise in essential hypertension. **Chest** 1992;101:3125-45

GUEDES, D. P. **Educação para a saúde mediante programas de Educação Física Escolar**. *MOTRIZ*, Rio Claro. vol 5, n.1, p. 10-15, 199.

GILL T. P. Key issues in the prevention of obesity. **Br Med Bull** 1997; 53:359-88.

HILLS, A. P; KING, N. A; ARMSTRONG, T. P. The contribution if physical activity and sedentary behaviors to the growth and development of children and adolescents. **Sports Med.** 2007;37(6):533-545.

ILHA, P. M. V. **Relação entre nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes e estilo de vida dos pais.** Dissertação (Mestrado em Educação física pelo Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina) Santa Catarina, 2004.

IQBAL, R; ANAND, S; OUNPUU, S; ISLAM, S; ZHANG, X; RANGARAJAN, S. et al. Dietary Patterns and the Risk of Acute Myocardial Infarction in 52 Countries Results of the INTERHEART Study. **Circulation.** 2008;118(19):1929-37

JENNINGS, G. L; SUDHIR, K. Initial therapy of primary hypertension. **Med J Aust** 1990;152:198-203

JUNIOR, J. B. S. Doenças e Agravos Não-Transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde.** 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. 293 e 296 p.

KAKEHASHIS, OLIVERIA I; LAMAS, J. L. T. Monitorização não invasiva da pressão arterial. In: CHAUD, M. N; SORGINI, M. A. P; HARADA, M. J. C. S; PEREIRA, S. R. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica.** São Paulo: Atheneu; 1999. p.93-8.

KIRKEENDALL, W. M; FEINLEIB M; FREIS E. D; MARK A. L. Recommendations of human blood pressure determination by sphygmomanometers. **Subcommite of the AHA Postgraduate Education Committee.Circulation** 1980; 62: 1146 A-1155A.

KNAPP, Paulo. E. cols. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOCH, V. H. Hipertensão Arterial em crianças e adolescentes. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004. p.205-215.

KOCH, V H. Causal Blood Pressure and Ambulatory Blood Pressure Measurement. **Children. Med. J.**2003; 121(2):85-89.

KROLL, B. L. Evaluating rating scales for sensory testing with children. **Food technol.** 1990;44(11):78-86.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão.** 2001;8:383-92.

LIMA, A. S. **O trabalho da Enfermeira na Atenção Básica:** uma revisão sistemática. dissertação (Mestrado em enfermagem pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia) Bahia, 2011.

LÓPEZ-ALVARENGA, J. C. et al. Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias em ninos de dos escuelas primarias con diferente estrato economico AND estudio ESFUERSO. **Gac Med Mex.** 2007;143(6):463-9.

LOPEZ, F. A; BRASIL A. D. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica.** São Paulo: Atheneu; 2004.

LOTEMBERG, A. M. P; GUIMARÃES, A. C; NEGRÃO, C. E; FORJAZ, C. L. M; LOPES, H; SANTOS, J. E, et al. **Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional.** In: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1):16-20

LOTEMBERG, A. M. P. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2009;53/5

MACIEL, E. S. Estilo de vida: a importância do estímulo por parte dos adultos. In: occaletto, E.M.; Mendes, R.T.; Vilarta, R.. (Org.). **Estratégias de promoção da saúde do escolar:** atividade física e alimentação saudável. 1 ed. Campinas: IPÊS, 2010, v. 1, p. 93-99.

MAGALHÃES, M. E. C; BRANDÃO, A. A; POZZAN, R. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão.** V.17(2):93-97, 2010.

MALTA, D. C; MOURA L; SOUZA F. M. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil,** 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília; 2009. p. 337-62.

MANSANO, N. G; VILA, V. S. C; ROSSI, L. A. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(2):349-59

MEDRONHO, R. A; CARVALHO, D. M. **Epidemiologia.** São Paulo, Atheneu, 2006.

MENDES, M. J, F, L. ALVES, J. G. B; ALVES, A. V. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil.** Recife, 6 (Supl 1): S49-S54, maio, 2006.

MONDINI, L; LEVY, R; SALDIVA, S. R. D. M; VENÂNCIO, S. I; AGUIAR, J. A; STEFANINI, M. R. L. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 23(8):1825-1834, ago, 2007.

MORAES, J. F. V. N. Sobrepeso e obesidade em pré-escolares: Diagnóstico conforme padrão e normas da OMS e avaliação de alguns fatores associados. Dissertação (Mestrado em Educação física pelo Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Católica de Brasília, 2009.

MOTA, J; SILVA, G. Influência do estatuto sócio-económico dos pais, hábitos de actividade física e outros comportamentos relacionados com a saúde na actividade física formal das crianças [Homepage da Internet]. Disponível em: <http://www.motricidade.com/>. Acessado em 28 de set 2011.

NASCIMENTO, C. M. C; GOBBI, S; HIRAYAMA, M. S; BRAZÃO, M. C. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por Idosos de rio claro. R. da Educação Física/UEM. Maringá, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. trim. 2008

NUNES, M. M. A; FIGUEIROA, J. N; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). **Revista da Associação Médica Brasileira**, V.53, n.2, p. 130-134, 2007.

OLIVEIRA, T.M.V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. Administração online, São Paulo, vol 2, n.2, abr./maio/jun. 2001. Disponível em: < www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm>. Acesso em: 05 out. 2011.

PALMA, R. F. M; BARBIERI, P. DAMIÃO, R; POLETTO, J; CHAIM, R; GIMENO, S. G. FERREIRA, S. R. G; SARTORELLI, D. S. Fatores associados ao consumo de frutas, verduras e legumes em Nipo-Brasileiros. **Rev Bras Epidemiol**. 2009; 12(3): 436-45

PERUSSE, L; TREMBLAY, A; LEBLANC, C; BOUCHARD, C. Genetic and Environmental influences on Level of habitual physical activity and exercise participation. **American Journal of Epidemiology**. 129 (5):1012- 1022. 1995.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.

PIAGET, J. **Psicologia da inteligência**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1977.

PIRES, C. G. S. Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2007.

PIRES, C. G. S; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (supl. 2), 2257-2267.

PIRES, C. G. S; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46(3):580-9.

PITANGA, F. J. G; LESSA, I. Associação entre sedentarismo no lazer e hipertensão arterial diastólica em adultos de ambos os sexos na cidade de Salvador BA. In: **Anais do 14º Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. Natal: Gráfica BG Cultural; 2003, 44.

RANGÉ, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva**: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Editora Livro Pleno 2001. Vol 1.

ROSARIO, T. M; SCALA, L. C. N. S; FRANCA, G. V. A; PEREIRA, M. R. G; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2009;93(6):672.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ.[Monograph]*. 1974;2(4):328-35.

SAILER, G. C. Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os antiretrovirais pós exposição ocupacional a material biológico. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2004.

SALLIS, J. F. PROCHASKA, J. J. TAYLON, W. C. A review of correlates of physical activity of children and adloscents. **Med Sci Sports Exerc**. 2000; 32(5):963-975.

SALVE, J. M; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enferm**. 2009;22(1):43-8.

SANTOS, M. F. **Dicionário de filosofia e Ciências culturais**. 1963

SILVA, A. A. M. A pesquisa na área da saúde da criança e as coortes brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15(2):328-336.

SILVA S. A, PASSOS A.D. C. In: Brandão, A. A. Prevenção primária da hipertensão arterial. **Hipertensão**. 2006. p. 269-75.

SOARES, C. A. S; FALEIROS, M. R; SANTOS, E. O. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v 8. n. 2, p. 46-55, abr/jun 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2010:1-69.

SOUSA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Manole, 2004. p.165-184 .

STUCHI, R. A. G. A persuasão como estratégia de deslocamento de crenças de comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana. 2004. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TAYLOR, W. C; BARANOWSKI, T; SALLIS, J. F. Family Determinants of Childhood Physical Activity: A sociall - cognitive Model. In R. K. Dishman (ed.). *Advances in Exercise Adherence*. Human Kinetics Publisher, **Illinois**.319-342.1994.

TREIBER F. A; MUSANTI L; STRONG W. B; LEVY M; Racial differences in yung children's blood pressure: responses in dynamic exercise. **Am J Dis Child** 1989;143:723.

VIEGAS, C. A. A; ARAÚJO, A. J; MENEZES, A. M. B; DÓREA, A. J. P; TORRES, B. S. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2004;30(Supl2):S1-S76

VIEIRA, V. C. L; FERNANDES, C. A; DEMITTO, M. O; BERCINI, L. O; SCOCHI, M. J; MARCON, S. S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** 2012 Jan/Mar; 17(1):119-25

VITOLO M. R; BORTOLINI G. A; FELDENS C. A; DRACHLER M. L. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:1448-57.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

WOODS S. L, FROELICHER E. S. S, MOTZER S. U. **Enfermagem cardiologia**. 4º ed. São Paulo: Manole. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Geneva; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva; 2002.

XIN, X; HE, J; FRONTINI, M. G; OGDEN, L. G; MOTSAMAI, O. I; WHELTON, P.K. Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension* 2001;38:1112-17.

APÊNDICES

APÊNDICE A – IMPRESSO DE INFORMAÇÕES AO COLABORADOR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**



“PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS PAIS DE PRÉ-ESCOLARES”

INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

Eu, Daniela Sousa Oliveira, aluna do mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de crianças pré-escolares”**.

A pesquisa pretende conhecer as crenças dos pais sobre a prevenção da Hipertensão Arterial que possivelmente permitirá o planejamento de ações para reduzir ou até mesmo eliminar as dificuldades de adoção de comportamentos adequados em saúde das crianças.

Estabelecemos como objetivo geral: Conhecer as Crenças em Saúde dos pais de crianças pré-escolares sobre os benefícios relacionadas à prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Com este documento, fornecemos informações sobre a pesquisa, para a sua compreensão, e possível participação, que será de forma voluntária. A (o) Sra (o) terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, de 10 de novembro de 1996.

Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisadora ou para o participante.

O instrumento para a coleta será um formulário constituído por perguntas que podem ser abertas e fechadas.

As datas e horários serão indicados segundo a sua disponibilidade.

O material será guardado por cinco anos na Escola de Enfermagem da UFBA e ao final a (o) Sra (o) poderá tê-lo ou autorizar a destruição dele.

Os resultados da pesquisa serão transformados em artigos os quais serão publicados em revistas indexadas e apresentadas em eventos de enfermagem. As transições estarão disponíveis para análise em qualquer tempo.

A (o) Sra (o) receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura e/ou impressão digital, caso concorde em participar.

Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes podem marcar outro dia e horário.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

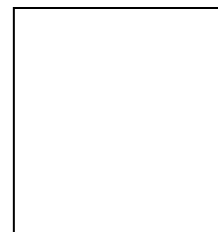
TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Prevenção dos fatores de risco cardiovasculares: crenças em saúde dos pais de pré-escolares**”, li o conteúdo do texto **Informações ao Colaborador** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa.

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) coação, indução ou intimidação.

Vitória da Conquista, ___/___/_____

Assinatura



Impressão

Digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta pesquisa.

Vitória da

Conquista, ___/___/_____

Prof^ª. Dr^ª. Marilva Dias Quirino

Daniela Sousa Oliveira (Mestranda)

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

TERMO DE APROVAÇÃO

Comunicamos que o Protocolo nº 46/2011 – FR485568 Título do Projeto: PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CRENÇAS EM SAÚDE DOS PAIS DE PRÉ-ESCOLARES, considerando o atendimento às recomendações sobre as pendências e às diretrizes da Resolução 196/96 que regulamentam a pesquisa com seres humanos de autoria:

**Pesquisadoras Responsáveis: Daniela Sousa Oliveira
Demais Pesquisadores: Marinalva Dias Quirino**

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 9/04/2012

CONSIDERADO PELO COORDENADOR: APROVADO após atendimento às Pendências.

OBSERVAÇÃO:

Os pesquisadores devem atentar para as Diretrizes da Resolução 196/96 referentes a entrega do Parecer a instituição de coleta, pegar o modelo de anuência da instituição. Após a conclusão entregar o relatório final no CEP.

Salvador, 9 de abril de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniela de Oliveira Santa Rosa'.

Daniela de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
UFBA - BA 10111

**ANEXO B - AUTORIZAÇÕES PARA COLETA DE DADOS NAS CRECHES
MUNICIPAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

Vitória da Conquista 08 de dezembro de 2011

Conforme solicitação, eu, Coriolano Ferreira de Moraes Neto, ocupante do cargo de secretário de educação da cidade de Vitória da Conquista, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.


Coriolano Ferreira de Moraes Neto

Coriolano Ferreira de Moraes Neto
Secretário Municipal de Educação
Mat. 04.03255-6

Carimbo:

+ Valzita Ssoliveira
em 09/12/2011

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Aurora Sueli Andrade Santos Paz, ocupante do cargo de Dirigente da Creche Municipal Tia Zaza, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 09 de abril de 2012

Aurora Sueli Andrade Santos Paz
Aurora Sueli Andrade Santos Paz
Diretora
Aut: 418412

Carimbo:

Escola Creche Municipal Tia Zaza
Rua da Corrente, S/Nº Pedrinhas
Vitória da Conquista - Ba

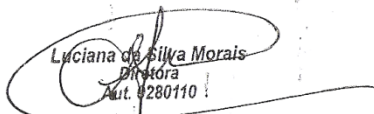
ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Luciana da Silva Morais ocupante do cargo de diretora da Creche Municipal Gelásio Alves, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 09 de abril de 2012

Carimbo:


Luciana da Silva Morais
Diretora
Aut. 0280110

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Maria Lúcia Pena S. dos Santos ocupante do cargo de diretora da Creche Municipal Prascilóvia Menezes Lapa, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

V. da Conquista, 10 de abril de 2012

Carimbo:

Maria Lúcia Pena Silva dos Santos
Dec. 14.268/2012
Diretora

M. L. Santos

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Selma Kátia Ribeiro Marcilio ocupante do cargo de Diretora da Creche Municipal Monteiro Lobato, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 10 de abril de 2012

Carimbo:

Marcilio
Selma Kátia Ribeiro Marcilio
Diretora
CRECHE M. MONTEIRO LOBATO
Aut. 360112

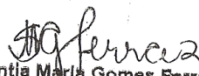
ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, SINTIA MARIA GOMES FERRAZ, ocupante do cargo de DIRETORA da Creche Municipal Nova Cidade, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

VITÓRIA DA CONQUISTA, 09 de abril de 2012

Carimbo:


Sintia Maria Gomes Ferraz
Autorização nº 370112
Diretora
Creche Municipal Anna
Geruzia Bittencourt Ferraz

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Adriana Bispo da Silva ocupante do cargo de Diretora da Creche Municipal Padre Benedito Soares, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

_____, 09 de abril de 2012

Carimbo:

Adriana Bispo da Silva

Adriana Bispo Silva
Diretora
Aut. nº 380112

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Maria da Conceição F. Brito Soza ocupante do cargo de Coordenadora pedag. da Creche Municipal Casa Coletiva Zilda Arns, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 09 de abril de 2012

Carimbo: Maria da Conceição Ferreira Brito Soza
Coord. Pedagógica

Salviana Silva Neta
Creche Jd. Casa Coletiva
Salviana Silva Neta
Secretária - 0670310

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Maria dos Góes Brito Santos ocupante do cargo de Coord. Pedagógica da Creche Municipal Jardim Valéria, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 09 de abril de 2012

Carimbo:



Creche Municipal Jardim Valéria
Maria Quitéria Amorim Gama
Secretária Aut. 0140309

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, VERA LIDES LOPES DOS SANTOS BONFIM ocupante do cargo de GESTORA da Creche Municipal Maria de L.T. Domingos, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vera Lides Lopes dos Santos Bonfim de abril de 2012

Carimbo:

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Gilvane Ferreira Santos Custódio ocupante do cargo de Diretora da Creche Municipal Paulo Freire, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista, 09 de abril de 2012

Carimbo:


Gilvane Ferreira Santos Custódio
Diretora
Aut. nº 390112

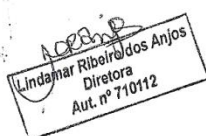
ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação, eu, Lindamar Ribeiro dos Anjos ocupante do cargo de diretora da Creche Municipal Regina Ramos Cairo, autorizo a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais de pré-escolares" após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

L. Conquista _____, 10 de abril de 2012

Carimbo:



**ANEXO C - ESCALA DE CRENÇAS SOBRE BENEFÍCIOS E
BARREIRAS PERCEBIDOS EXTRAÍDO DA TESE DE DOUTORADO DE
DELA COLETA (1995)**

Formulário sobre o que as pessoas pensam e fazem sobre saúde. Para cada frase, deverá responder se está totalmente de acordo (CT), se concorda apenas em parte (C), se está indeciso ou não sabe (I), se discorda totalmente (DT), ou se discorda em parte(D).

1- Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?

**DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5**

Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial
A comida com pouco sal não tem gosto
O sal não faz bem à saúde
Para a maioria das pessoas o sal não faz mal
Quem usa muito sal perde o paladar ou o apetite
Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal
Usar pouco sal evita problemas renais
Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos
Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade
A comida salgada não é aconselhável para ninguém
A comida com pouco sal é mais gostosa

2- Qual a opinião sobre comer comida com menos gorduras?

DT=1 D=2 I=3 C = 4 CT=5

A comida gordurosa produz colesterol
Algumas comidas com gordura são deliciosas
A gordura faz mal à saúde
A gordura não faz mal para a maioria das pessoas
A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão
Comida sem gordura é ruim de gosto
Comer muita gordura causa problemas no coração
É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo
A gordura entope as artérias e veias
Muitas vezes não tem escolha, a pessoa come o que tem
A comida com gordura é ruim de gosto
Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar
A gordura causa obesidade

3- Qual a sua opinião sobre comer menos doce, menos açúcar?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

O Açúcar engorda, causa obesidade
 O açúcar não faz mal
 Comer pouco açúcar evita diabetes.
 A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los
 Comer doces aumenta o açúcar no sangue
 Doce alimenta
 O açúcar engrossa o sangue
 Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade
 Seria horrível se eu não pudesse comer doces

4- Qual a sua opinião sobre fazer exercícios, várias vezes na semana?

DT=1 D=2 I=3 C = 4 CT=5

Os exercícios mantêm a boa saúde
 Exercícios são só para quem tem tempo
 Praticar exercícios dá disposição, ânimo, energia e bem estar
 Fazer exercícios exige muito esforço
 Os exercícios são bons para manter a forma e o peso
 Fazer exercícios é preciso ter força de vontade
 Quem faz exercícios evita o estresse e ajuda na saúde mental
 Os exercícios em geral causam muito cansaço na pessoa
 Fazer exercícios é bom para as articulações (juntas)
 Só pratica exercícios quem é desinibido
 Quem faz exercícios dorme melhor
 Quem faz exercícios tem apetite

5- Qual a sua opinião sobre evitar preocupações?

DT=1 D=2 I=3 C = 4 CT=5

As preocupações prejudicam a saúde
 É difícil viver sem preocupações
 As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse
 Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem
 Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada.
 O trabalho não permite viver sem preocupações
 As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto
 Quem tem família não consegue se despreocupar
 As preocupações causam desgaste físico e mental
 É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade
 As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa

6- Qual a sua opinião sobre ter suas horas de lazer e diversão?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

O lazer serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça
Só quem tem tempo pode ter lazer
O lazer faz bem para a saúde física e mental
Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras
O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida
O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo
Só quem tem saúde pode se divertir ou passear
A diversão dá energia para viver
O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo.

7- Qual a sua opinião sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento, meditação?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo
Só descansa quem tem tempo
O descanso dá tranquilidade, ânimo e bem estar
Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar
O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse
Descansar ou relaxar faz bem para a saúde
Quem trabalha muito, não consegue relaxar
Quem trabalha deve descansar
Vive mais quem tem tempo para descanso

8- Qual a sua opinião sobre procurar medir a pressão arterial?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

Deve-se saber o valor da pressão arterial para se prevenir de problemas
Quem se sente bem, não precisa medir a pressão
Deve-se medir a pressão para se conhecer o estado de saúde
Não acho importante ou necessário conhecer o valor da pressão
Deve-se saber como anda a pressão para evitar infarto
Não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar
Cada pessoa deve conhecer a pressão para saber se é hipertensa
Para medir a pressão a pessoa tem que ter tempo
Deve-se conhecer a pressão para se viver mais
Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão

9- Qual a sua opinião sobre consultar o médico uma vez por ano?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

Deve-se consultar o médico regularmente para se conhecer o estado de saúde
 Quem não sente nada não precisa ir ao médico
 Só vai ao médico quem é preocupado com a saúde
 Médico só em caso de necessidade
 É bom consultar o médico para prevenir-se das doenças
 Gasta-se muito tempo com consultas e exames
 Para ir ao médico todo ano é preciso ter dinheiro
 Não acho importante consultar o médico todo ano
 Deve-se consultar o médico para tratar os problemas e evitar que piorem
 Ir ao médico é desagradável
 Quem vai ao médico acha um monte de doenças
 Os exames e tratamentos médicos são muito cansativos

10- Qual a sua opinião sobre não fumar ou parar de fumar?

DT=1 D=2 I=3 C = 4 CT=5

O cigarro prejudica a saúde
 É difícil acabar com o vício de fumar
 O fumo prejudica o pulmão
 O cigarro prejudica a respiração e o fôlego
 Fumar moderadamente não faz mal
 Fumar faz mal ao coração e à circulação
 O fumo incomoda as outras pessoas
 Fumar acalma e dá prazer
 O fumo tira o apetite
 As pessoas não foram feitas para respirar fumaça
 Parar de fumar dá angústia

11- Qual a sua opinião sobre evitar bebidas alcoólicas?

DT= D=2 I=3 C = CT=5
1 4

O álcool faz mal à saúde
 Beber moderadamente não faz mal
 A bebida faz mal ao fígado e ao coração
 Se eu tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica eu ia sofrer muito
 A bebida prejudica o cérebro e os nervos
 O álcool perturba a mente e altera o comportamento
 Eu não conseguiria ficar sem beber
 Beber é um vício, uma fraqueza
 É difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho

12- Qual a sua opinião sobre manter o peso ideal para a idade e a altura?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

Com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar
Perder peso é um sacrifício
O excesso de peso faz mal à saúde
Emagrecer é muito difícil
O excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa
É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso
Quem está acima do peso pode ter problemas de coração
A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer
Quem está acima do peso pode ter problemas de coração
Não acho importante manter o peso

13- Qual a sua opinião sobre tomar os remédios receitados pelo médico, quando doente?

DT= D=2 I=3 C = CT=
1 4 5

O médico sabe o que faz, ele estudou pra isso
Remédios são sempre um veneno, não são Naturais
Deve-se tomar os remédios indicados para curar o problema
Não é bom confiar totalmente nos médicos
Em geral os remédios são muito caros
Deve-se confiar no médico

