

COMPORTAMENTOS SUPERSTICIOSOS E PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS INADEQUADAS NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Marina Mendes Soares¹ , Leonardo Oliveira Leão e Silva¹, Marco Antônio Amaral
Chequer², Suely Maria Rodrigues¹, & Carlos Alberto Dias³


¹ Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo, Sociedade (SAIS) Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil; ² Grupo de Pesquisa Análise do Comportamento e Prática Cultural (ACPC) Universidade Vale do Rio Doce – Governador Valadares – Brasil; ³ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Brasil

RESUMO- A adoção de práticas comportamentais contrárias às recomendações médicas dificulta que indivíduos hipertensos mantenham a pressão arterial (PA) controlada. Com objetivo de identificar comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais que interferem no controle da PA, realizou-se estudo qualitativo. Para coleta dos dados foram entrevistados 15 idosos hipertensos, residentes na zona rural do município de Governador Valadares. Na apuração dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Os comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas praticadas para reduzir a PA foram assim agrupados: Adoção de Terapias Alternativas (uso de chás caseiros); Autocontrole (fuga ou esquiva de situações estressoras); Adoção de dietas inconsistentes (não comer certos alimentos); Restrição de Atividades (evitar atividades físicas). Muitos comportamentos supersticiosos desses idosos chegam erroneamente a ser considerados adequados por profissionais de saúde, reforçando sua emissão. Conclui-se que a utilização de tratamentos contraindicados é amplamente disseminada entre os entrevistados, devendo-se priorizar estratégias que motivem hipertensos a adotarem comportamentos adequados.

Palavras-chave - Comportamento supersticioso, adesão ao tratamento, hipertensão, controle da pressão arterial.

SUPERSTITIOUS BEHAVIORS AND BEHAVIOR PRACTICES INAPPROPRIATE IN HYPERTENSION TREATMENT

ABSTRACT- The adoption of behavior practices contrary to the medical recommendations collaborates to hypertensive patients do not maintain the arterial pressure controlled. To identify superstitious behaviors and behavior practices that interfere in the arterial pressure control, a qualitative study took place when 15 hypertensive elderly patients were interviewed; all of them are residents in a district of Governador Valadares. For treatment of the data, Bardin's Content Analysis was used. The superstitious behaviors and inadequate behavior practices carried out to reduce the arterial pressure were grouped as: Adoption of Alternative Therapies (home-made teas

 Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo, Sociedade (SAIS), Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil. Rua 24, n. 63, Santos Dumont 1, Governador Valadares – MG. CEP: 35022-300. Telef.: (33) 88366578. E-mail: marinamantena@hotmail.com

use); Self-control (they escape or avoid stress situations); Adoption of inconsistent diets (they do not eat certain foods); Restriction on Activities (they avoid physical activities). Many superstitious behaviors of those elderly patients are erroneously considered appropriate for health professionals, reinforcing their emission. At the end it is conclude that the use of non-indicated treatments is disseminated thoroughly among the interviewees, strategies should be prioritized to motivate hypertensive patients to adopt appropriate behaviors.

Key- words - Superstitious behavior, adherence to treatment, hypertension, arterial pressure control.

Recebido em 15 de Abril de 2012/ Aceite em 23 de Janeiro de 2014

Contrário ao que ocorria no passado, graças ao avanço da Medicina e da Farmacologia, na atualidade as doenças crônicas não levam fatalmente a óbitos. Apesar de muitos casos serem passíveis de cura quando tratados em estágios iniciais, o aumento da sobrevida do paciente não garante uma melhor qualidade de vida ou eliminação do sofrimento. As condições debilitantes a que ficam sujeitos os pacientes conduzem necessariamente a múltiplas implicações práticas e psicológicas (Guimarães, 1999).

Há décadas, as doenças crônicas têm sido objeto de estudo de pesquisadores cujos resultados demonstraram que essas doenças, quando não são hereditárias, “podem refletir a má qualidade de vida do portador: alimentação inadequada, hábitos indesejáveis, vida sedentária ou desregrada” (Guimarães, 1999). Tais condições têm sido particularmente observadas em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esta é uma doença crônica, degenerativa, assintomática, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados (Lessa, 2010). Como entidade isolada, está entre as mais frequentes morbidades do adulto, uma vez que não tratada adequadamente acarreta graves consequências a alguns órgãos-alvo (Oparil, 2001).

A HAS é a mais prevalente doença vascular no mundo e possui elevado fator de risco para doenças cerebrovasculares. Cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram causadas pela elevação da pressão arterial (PA) em 2001 (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Destes, 54% dos óbitos ocorreram por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (Eisenhofer, Siegert, Kotzerke, Bornstein, & Pacak, 2008). Estatisticamente falando, a doença vascular cerebral tem sido a principal causa de morte no Brasil. Graças a investimentos nesta área, no período de 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Mesmo assim, em 2007 foram registrados 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (Stowasser, 2009).

Estes dados ressaltam a relevância social do estudo da HAS, considerando-se que é um problema de Saúde Pública que cresce com o envelhecimento. Visto que o Brasil está passando por um processo de transição demográfica, atenção especial deve ser dada à população idosa (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2003). Esta é mais suscetível de desenvolver a HAS, porque a prevalência de níveis de PA acima de

determinados limites ou de sua média é maior quanto mais elevada a idade (Fuchs, Moreira, Morais, Bredemeier, & Cardozo, 1994)

As formas de tratamento da HAS consistem na adoção de tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ou ainda na associação de ambos (Lessa, 1998). O tratamento medicamentoso é indicado para hipertensos moderados e graves, bem como para pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos controlam adequadamente a PA através de um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes (Lessa, 1998). O tratamento não medicamentoso exige a mudança de hábitos de vida consistindo no controle de peso, restrição alcoólica, abandono do tabagismo, cuidados alimentares e prática regular de atividade física (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998).

A HAS representa um dos maiores desafios em saúde para o próprio hipertenso e para a sociedade. Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento (Car, Pierin, & Aquino, 1991; Lessa *et al.*, 2006).

Segundo Lessa (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos têm a PA controlada. Entre 30% e 50% dos pacientes interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos de tratamento. Dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento, estão as condições de oferta do serviço de saúde; o relacionamento dos familiares e cuidadores com o hipertenso; o nível de conhecimento destes sobre a HAS; a quantidade de medicações ingeridas; o esquecimento e as mudanças de estilo de vida tais como seguimento da dieta e prática de atividades físicas.

Além da falta de adesão ao tratamento, a adoção de práticas comportamentais inadequadas que não condizem com as prescrições médicas recomendadas contribuem para que a maioria dos hipertensos diagnosticados não mantenha a PA sob controle (Péres, Magna, & Viana, 2003). Tais práticas tendem a ser adotadas com base num repertório de comportamento estruturado através das relações mantidas diretamente com outros indivíduos, profissionais de saúde e sua própria cultura.

Neste repertório estão inscritos tanto comportamentos elaborados a partir de experiências positivas de causa e efeito, quanto de experiências também positivas nas quais não existem nenhuma causalidade. A primeira situação tende a ser observada quando o sujeito, ao tomar a medicação conforme prescrição médica, é reforçado com a redução da PA havendo neste processo uma situação real de causa e efeito. A segunda tende a ser observada quando, por exemplo, o paciente acredita que ao tomar um determinado chá agregando três gotas de limão manterá sua pressão sob controle. Tal crença tende a ser explicada pelo fato de que alguém que tinha tal prática mantinha a pressão sob controle em função de outras variáveis desconhecidas pelos indivíduos envolvidos. Efetivamente, a crença aqui citada é decorrente de uma conexão acidental ou não contingente entre a resposta (tomar chá com gotas de limão) e a apresentação de um estímulo reforçador (redução da PA) que Skinner denominou como Comportamento Supersticioso (Andery & Sérgio, 2005). Esse tipo de comportamento é definido como uma relação operante em que um estímulo reforça uma determinada resposta que não está relacionada a ela diretamente. Dessa maneira, a resposta reforçada aleatoriamente, é emitida mesmo sem haver uma explicação causal para sua ocorrência.

Skinner (1972) afirmou ainda em seu estudo sobre superstição (um amplo estudo sobre esse comportamento em pombos) que basta um reforço para produzir diversas respostas operantes que, por fim, possam ser chamadas de supersticiosas.

Pode-se afirmar que os comportamentos supersticiosos são criados a partir da relação do sujeito portador de HAS com a sociedade e mantidos através do reforço verbal da comunidade ou da ausência de sintomatologia, já que grande parte dos idosos acredita que a HAS é uma doença sintomática. Tanto o comportamento baseado nas prescrições médicas quanto aqueles comportamentos que diferem da terapia adequada, são mantidos em sua maioria graças a resultados positivos que ocorrem aleatoriamente, perpetuando, sobretudo, aqueles que se apresentam como menos aversivos aos pacientes.

Indubitavelmente a adesão ao tratamento da HAS, conforme as recomendações dos profissionais de saúde, é fundamental para que o paciente tenha um controle eficaz da PA. Por outro lado, sabe-se que esta adesão sofre influência da cultura, a partir da qual são criados comportamentos que não favorecem o controle da PA colocando em risco a saúde dos pacientes. Considerando tais pressupostos, julgou-se oportuno que este estudo tenha como objetivo identificar os comportamentos supersticiosos emitidos por idosos hipertensos para controlar a HAS.

MÉTODO

Este trabalho utiliza uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (Serapioni, 2000). O modelo de estudo foi do tipo transversal, considerando que são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição.

Participantes

A amostra foi constituída por 15 idosos hipertensos, de ambos os sexos, residentes na zona rural do município de Governador Valadares, especificamente nos distritos de Chonim de Cima e Chonim de Baixo, cadastrados nas duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) locais. De acordo com os critérios de inclusão do estudo, os indivíduos deveriam ter 60 anos ou mais, possuir estado funcional independente, função cognitiva preservada e estarem devidamente cadastrados na ESF. Através de consulta aos prontuários dos pacientes, foram identificados todos aqueles que possuíam estas características. A definição do número de indivíduos não se fez com base em amostragem probabilística, sendo o número de sujeitos delimitado pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Denzin & Lincoln, 1994).

A escolha desses dois distritos deve-se ao fato de ter sido realizado no ano de 2007 uma pesquisa em que se observou uma alta prevalência de HAS na população, principalmente entre os idosos (Cardoso, 2007). Cada distrito possui uma unidade de Estratégia de Saúde da

Família (ESF), constituída por médico, enfermeiras, agente comunitário de saúde (ACS), que atendem a população local.

Material

Para a coleta de dados, fez-se uso de uma entrevista estruturada. A técnica de entrevista é indicada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Em relação a sua estruturação o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o tema sugerido. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. As perguntas são respondidas dentro de uma conversação informal (Minayo & Sanches, 1993).

Procedimento

A coleta foi realizada individualmente nas residências dos participantes, em ambiente reservado, que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando dessa forma assegurar a privacidade dos participantes.

Durante a realização da entrevista, o entrevistador fazia a pergunta prevista e assumia uma postura de instigador, explorando ao máximo a fala do informante. Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas opiniões.

Para maior fidelidade no processo de apreensão das contribuições fornecidas pelos participantes, com o consentimento destes, as entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital sendo transcritas pelos pesquisadores imediatamente após sua realização.

A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Em um primeiro momento, a análise das entrevistas foi realizada de forma independente pelos pesquisadores. Em seguida, estes se reuniram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Este procedimento teve como propósito reduzir a possibilidade de vieses provocados pela subjetividade e pela percepção seletiva que poderia ocorrer se um único indivíduo fosse responsável por todo o processo de análise. Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, os fragmentos das entrevistas apresentados nesse trabalho foram identificados por “Entrevistado” e o número correspondente da entrevista.

O desenvolvimento do estudo respeitou todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas. O projeto também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vale do Rio Doce (Parecer nº 002/2010).

RESULTADOS

Estudos demonstram que o comportamento participa da modulação dos estados biológicos. Partindo deste pressuposto, entende-se que o tipo de comportamento, sua topografia e as condições na qual é emitido (ambiente/contexto) são variáveis extremamente importantes a serem analisadas, por se constituírem em “elementos que definem um processo que resulta na presença ou ausência de doença” (Braga & Kerbauy, 1999).

O comportamento, no contexto saúde e doença, permite ao pesquisador detectar os hábitos de pacientes conforme determinado contexto e compreender de maneira global as causas e efeitos daquele comportamento (supersticioso, por exemplo) com relação àquela doença (HAS, no caso desta pesquisa).

Os dados coletados nesta pesquisa foram, em um primeiro momento, agrupados nas seguintes categorias. *Sintomatologia* - abrange os sinais e sintomas que os idosos identificaram como sendo causados pelo aumento da PA. *Consequências da HAS* - os discursos referentes às possíveis consequências que a HAS pode gerar para a saúde e redução do tempo de vida. *Conceito da HAS* - consideraram-se os fragmentos de discursos utilizados para conceituar a HAS. *Tratamento* - contemplam-se os fragmentos referentes às ações voltadas para o tratamento da HAS. Por último, em atendimento aos objetivos desse estudo, foram analisadas com maior nível de detalhes as percepções dos idosos acerca da categoria Práticas Comportamentais para tratamento da HAS.

No processo de análise dos dados, percebeu-se que os idosos emitiam comportamentos eficazes para tratamento da HAS. No entanto, em substituição ou consonância com esses comportamentos, os idosos adicionavam outros que não auxiliavam no controle da PA, demonstrando que algumas condutas exercidas pelos pacientes denotavam tratar-se de um comportamento supersticioso. Isso pode ser comprovado pelo que Skinner chamou de *reforçamento não contingente* e *esquema de reforçamento acidental*. Isso significa que quando uma determinada resposta (emitida pelo paciente) for seguida de uma alteração ambiental, essa alteração exerceu algum tipo de controle sobre a probabilidade de essa resposta ocorrer novamente, porém, não é possível dizer que a emissão da resposta é a *causa* da alteração ambiental (Moreira, 2009).

Na perspectiva Comportamentalista, a sociedade exerce controle sobre os costumes dos sujeitos e cria novos repertórios de comportamentos em relação ao ambiente e, no caso do tratamento da HAS, novas formas de perceber a doença e realizar a terapêutica. A principal técnica empregada no controle de um indivíduo por um grupo de pessoas inseridas em uma mesma cultura é a classificação de um comportamento como bom ou mau, certo ou errado, e ainda fazer uso de reforçamentos e punições cujo resultado é a criação de comportamentos em que a resposta não dependente das alterações ambientais. Esse tipo de comportamento foi denominado por Skinner (1953) como Supersticioso. Para tanto, pode-se afirmar que os idosos do presente estudo estavam manifestando comportamentos supersticiosos em relação ao tratamento da HAS, pois relataram condutas inadequadas em relação à terapia medicamentosa ou não.

A este título, Skinner, ao longo de seus experimentos, propôs que a relação entre comportamento e ambiente pode ser produto de uma contingência de reforçamento. Ou seja, o comportamento apresentado atualmente por um determinado indivíduo se mantém, pelo fato

de que no contexto em que ele foi apresentado, ele também foi reforçado, e, por esse motivo, foi mantido no repertório da pessoa como um comportamento que lhe traz consequências positivas. A sociedade, então, atua como um elemento importante no controle do comportamento, por ter grande influência (opiniões, críticas, conselhos de outros, etc.) no cotidiano das pessoas. Contingência quer dizer “dependente de”, a partir disso, ela define uma relação de dependência “se... então”: “*Se eu fizer isso, então terei aquilo*”. Assim, todo comportamento emitido socialmente e reforçado, será, conseqüentemente, mantido (mesmo que seja um reforçamento arbitrário, como no caso da superstição).

A base para se entender a questão do controle que a sociedade exerce no comportamento do indivíduo é demonstrada de uma maneira bastante interessante por Todorov e Moreira (2004). Eles afirmam que “a visão de mundo de Skinner implica em uma ciência do comportamento que estuda regras que descrevem as relações de controle entre contingências ambientais e comportamentos. Quando os membros atuantes da sociedade entram em contato com essas regras e as seguem, repertórios de solução de problemas são selecionados e mantidos por contingências de reforçamento existentes na cultura” (p.25). Essa seleção de comportamentos visando solução de problemas pode ser detectada ao longo deste estudo, quando os pacientes passam a estabelecer dietas próprias reforçadas pela sociedade como positivas para a melhoria dos sintomas da doença.

Neste contexto, pode-se dividir a categoria *Práticas Comportamentais* no tratamento da HAS em outras subcategorias, a saber: Uso de Terapias Alternativas, Autocontrole, Cuidados Alimentares e Restrição de Atividades.

DISCUSSÃO

Subcategoria: Terapias Alternativas

Esta subcategoria aborda a influência de práticas culturais regionais no tratamento da HAS, como por exemplo, o uso de chás caseiros. Esse tipo de comportamento pode ser supersticioso a partir do momento em que os idosos acreditam que apenas o uso do chá, sem adição da terapia medicamentosa, possa controlar os níveis pressóricos.

Vale salientar que a seleção do comportamento pela cultura passa por processos de adaptação e reenquadramento. Isso quer dizer que à medida que o paciente vive em um contexto em que a utilização do chá é reforçada positivamente, ele passará a se comportar de tal maneira, mesmo que não ocorra nenhum sintoma físico de melhora com relação à doença crônica. Somente o fato de a sociedade reforçar o uso do chá já se torna um recurso poderoso para acreditar que ele possa funcionar em seu benefício. Conseqüentemente, caso o paciente, arbitrariamente, sinta algum tipo de bem-estar tomando o chá, isso irá se configurar, também, como mais um poderoso reforçador para continuar com o comportamento supersticioso. Neste sentido, a cultura exerce um papel fundamental no aprendizado operante do indivíduo. De acordo com Glenn (2004), o comportamento humano produz mudanças cumulativas no ambiente e, continuamente, o ambiente se modifica e, com isso, o comportamento do indivíduo se adequa a essas modificações. Futuramente, o sucesso de determinadas práticas (mesmo que supersticiosas) será transmitido de geração em geração, tornando-se uma prática comum naquela cultura. O uso de plantas medicinais são um dos maiores exemplos.

Tais plantas, bem como a utilização de chás delas provenientes correspondem às mais antigas “armas” empregadas pelo homem no tratamento de enfermidades de todos os tipos. Poder-se-ia afirmar com um mínimo de erro que a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade. Por este motivo, a fitoterapia é encarada como opção viável na busca de soluções terapêuticas, utilizada principalmente pela população de baixa renda, já que se trata de uma alternativa eficiente, barata e culturalmente difundida como uma tradição passada entre gerações (Moraes, & Santana, 2001).

Apesar das pesquisas científicas que visam validar a utilização de plantas serem recentes, as práticas populares relacionadas ao seu uso são o que muitas comunidades têm como alternativa para o tratamento de doenças ou manutenção da saúde (Pinto, Amorozo & Furlan, 2006). Sendo um conhecimento principalmente mantido por meio da tradição oral e, ainda, o reduzido número de pesquisas que comprovem os efeitos benéficos ou maléficos de plantas medicinais, a população acaba por utilizar este recurso de forma empírica e não orientada (Oliveira & Araújo, 2007).

Observou-se que o uso de terapias alternativas constitui-se em uma prática altamente difundida na população deste estudo. Dentre os chás utilizados pelos entrevistados foram relatados os de carambola, amora, chuchu, erva doce, para tudo, babosa, algodão, erva cidreira, vinagreira, limão, alho, “[...] suco de *couve com três gotinhas de limão* [...]”, dentre outros. Como forma de controle da HAS recorta-se o seguinte fragmento de um dos entrevistados: *De vez em quando eu tomo folha de chuchu. Folha de carambola também eu tomo (Entrevistado 5).*

Indubitavelmente, o uso de chás associado ao uso da medicação e ao seguimento das orientações dos profissionais de saúde pode tornar-se um aliado do tratamento. Porém, no grupo analisado, essas práticas tendem a dificultar o tratamento da HAS, já que, segundo os idosos, tão bom quanto os medicamentos prescritos pela equipe médica é o chá de origem caseira produzido com folhas ou frutos da região. Em vista disso, os pacientes deixam de tomar o medicamento acreditando que o chá é suficiente para controlar a PA, como relatado a seguir: *Eu faço chá. Chá de alho, chá de laranja, de repente a pressão abaixa [...] aí eu não preciso tomar meu remédio [...] (Entrevistado 1).*

A terapia com uso de chás é aceita e associada com indicadores positivos na adesão ao tratamento, no entanto, o uso único do chá caseiro como tratamento para HAS em detrimento da medicação prescrita pela equipe médica não é uma medida terapêutica capaz de controlar os níveis tensionais. Além disso, os idosos do presente estudo associam o controle pressórico mediado pelo uso de chás caseiros à ausência de sintomatologia. Vale salientar que a HAS é uma doença assintomática e, portanto, tal comportamento pode estar associado à forma equivocada (HAS sintomática) como a maior parte dos idosos representa a doença, a exemplo do fragmento abaixo:

[...] Eu tomo mais esse Captopril pra controlar a pressão. Mas eu sou muito relaxado com esse negócio de tomar remédio. Porque eu não sinto nada, então eu venho aqui no Posto, por exemplo, e fala a sua pressão tá alta. Aí pega o remédio. Tomo um, dois comprimidos e largo aquilo pra lá. Pra mim eu num to sentindo nada, né? Eu sei que a pressão não tá boa, mas eu não tenho aquele capricho de tomar o remédio. Você vai tomar todo dia um de manhã, outro

de tarde, à noite, por exemplo, um de manhã outro a noite pra controlar a pressão. Eu tomo ali um dia, dois e largo aquilo pra lá e pronto (Entrevistado 2).

De acordo com os princípios do Behaviorismo, um comportamento é mantido pela cultura devido a uma sensibilidade especial dos sujeitos àquilo que vem depois da emissão do comportamento, ou seja, a consequência positiva deste comportamento. Essa sensibilidade parece ser tão importante que comportamentos de diferentes indivíduos podem ser mantidos mesmo quando a emissão deste e a alteração ambiental que temporalmente se sucedem não possuem uma relação causal entre si (Panetta, Hora, & Benvenuti, 2007). Dessa forma, percebe-se que os idosos durante o tratamento emitem comportamentos que não são favoráveis ao controle da PA, constituindo, assim, um comportamento supersticioso.

Nesta perspectiva, percebe-se a importância dos profissionais de saúde conhecerem e discutirem as práticas de saúde tradicionais e historicamente firmadas na sociedade. Isto lhes permite conhecer as reais condições de tratamento dos pacientes e intervir de forma eficiente através de práticas educativas; não de práticas que visem apenas informar sobre uso de medicamentos, mas, sobretudo, de promover ações adequadas voltadas para o controle da PA entre os idosos. Esta é uma forma de extinguir gradativamente comportamentos supersticiosos que prejudicam o adequado tratamento.

É evidente que um tratamento de sucesso com pacientes crônicos passa por uma atenção multidisciplinar em saúde, que aborde o sujeito em sua totalidade. A intervenção do Psicólogo neste contexto é fundamental para o sucesso do tratamento e da reabilitação do paciente crônico. Esse profissional deve estar atento e, acima de tudo, capacitado para entender o paciente e sua relação com a doença, avaliar o contexto e elaborar propostas de intervenção. Tais propostas devem contemplar tanto o saber dos profissionais envolvidos, quanto do paciente e sua família.

Atenção especial deve ser dada à postura dos profissionais de saúde e à forma como orientam os pacientes. Durante os encontros de orientação, deve-se enfatizar que no controle da PA a associação de ambas as formas de tratamento é fundamental. Ou seja, é necessário utilizar tanto a mudança no estilo de vida (prática de atividades físicas, cuidados com a alimentação, controle do peso, redução do tabagismo) quanto a adoção do tratamento medicamentoso por serem complementares e essenciais para o sucesso da terapia.

Subcategoria: Autocontrole

Essa subcategoria está relacionada à capacidade do indivíduo de controlar seus estados emocionais.

Com relação ao comportamento denominado “autocontrole”, Skinner (1953) afirma que existem várias formas de exercer autocontrole e que esse comportamento só pode ser detectado quando existe uma determinada resposta que gere consequências conflituosas, como o reforçamento positivo e negativo ao mesmo tempo. Este autor relata que qualquer variável, na qual a resposta controlada é função, pode ser manipulada pela resposta controladora. Em decorrência, existem variadas formas de autocontrole. Portanto, para Skinner (1953) autocontrole não quer dizer, necessariamente, uma situação de escolha. Contudo, para este autor, a escolha sempre estará presente na situação de autocontrole. Isto

demonstra o quanto é importante compreender as variáveis que tornam o comportamento de autocontrole mais prováveis ou não.

Nesta subcategoria foram incluídos fragmentos relacionados ao modo como os idosos evitavam situações ou sensações caracterizadas por eles como nervosismo ou estresse, condicionadas pela forma como entendem a doença. Pode-se perceber que certos indivíduos acreditam que, ao manter controle emocional, não precisam utilizar a medicação. Além disso, os pacientes tendem a associar a HAS a sintomas psicológicos, como relatado a seguir: *Quando a gente se sente mal [...] a gente fica nervoso, essas coisas assim, faz a gente ficar com a pressão alta (Entrevistado 16).*

O fato de associar a HAS a sintomas psicológicos como nervosismo, raiva, insônia e tristeza pode estar dificultando o seu controle, pois os idosos deixam de tomar a medicação por acreditarem que esta conduta não é necessária para o controle da HAS. Segundo eles, a doença possui período curto e passageiro e é ocasionada devido a alguma situação estressora como um desentendimento com os filhos, esposa ou marido. Sendo assim, consideram que a melhor forma de tratamento é dormir bem e/ou conversar com parentes e amigos para “tirar o estresse”, como observado a seguir:

Eu fico parado [...] às vezes deito um pouco pra ver se esqueço das coisas ruins que acontece, saio pra conversar com a vizinha e desabafar as coisas que os filhos fazem e nos deixam com raiva [...] também tomo folha de carambola, vinagreira, limão com alho e outros ‘remédio’ do mato [...] Eu tenho que cuidar, olhar a pressão umas três vezes por semana (Entrevistado 11).

Na condição de sistema explicativo, a Análise do Comportamento tem se dedicado a elaborar conceitualmente questões referentes a sentimentos e emoções, partindo do pressuposto de que o que as pessoas sentem é tão importante quanto o seu comportamento. De acordo com esta abordagem, o autocontrole é representado como a manipulação direta de sentimentos e estado mental. Com frequência o indivíduo passa a ter habilidade de controlar parte de seu próprio comportamento quando este tem consequências tanto positivas quanto negativas (Skinner, 1953). No caso dessa pesquisa, os idosos são reforçados em decorrência da ausência de sintomas, da diminuição do número de medicações ingeridas e do reforço social, afirmando que este é um comportamento adequado e capaz de controlar os níveis pressóricos, mesmo sem o uso de medicamentos.

Ainda com respeito ao comportamento de autocontrole, Castanheira (2000) afirma que, na linguagem cotidiana e na Psicologia, entende-se que esse comportamento indica que o indivíduo tem que dispor de uma resposta que possa influenciar a aversividade de um evento, permitindo-lhe terminá-lo, torná-lo menos provável, menos intenso ou mudar sua duração ou tempo de surgimento. Culturalmente, a definição de autocontrole passa a ser a descrição de comportamentos futuramente desejáveis como, por exemplo, o controle emocional, a disciplina, omissão de sentimentos aversivos, dentre outros. Efetivamente, tudo isso são objetivos a serem alcançados e não o comportamento de autocontrole em si. Uma forma simples de autocontrole é: assim que o indivíduo notificar quais as variáveis que controlam seu comportamento, ele poderá então tornar o comportamento que produz a punição menos provável de ocorrer.

Subcategoria: Cuidados alimentares

Nesta subcategoria estão catalogados discursos relativos a comportamentos cujo mote é seguir uma determinada dieta alimentar. Estes se enquadram na categoria de comportamento supersticioso, pois ao emití-los, os idosos se esquivam de dietas adequadas, tais como uma alimentação rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais, laticínios com baixos teores de gordura e alimentos com reduzida quantidade de sódio (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Notou-se que, apesar de emitirem tal forma de comportamento, apresentam conhecimentos sobre dietas adequadas.

[...] Tem que ver a alimentação, né? Alimentação mais sem gordura, não comer muita fritura, não comer comida muito temperada com sal, né? Comer verdura, essas coisas que ajudam mais, né? Comer menos coisa gorda porque tem gente que fica comendo comida gorda, temperada, “taca” sal na comida, e não deve fazer isso. Eu não faço (Entrevistado 3).

Porém alguns acreditam que certos alimentos não prescritos pelos profissionais de saúde no tratamento auxiliam no controle da PA, como afirma o entrevistado: *É, e comer o purê, entendeu? Ajuda a não passar mal! Ai evita (Entrevistado 11).*

A ação de comer purê para não passar mal se constitui em um comportamento supersticioso, pois os idosos acreditam que ao fazê-lo controlam a PA, uma vez que não sentem sintomas os quais atribuem à doença.

Subcategoria: Restrição de atividades

Nesta subcategoria foram incluídos os fragmentos que se relacionavam às limitações causadas pela doença. Este constitui um comportamento supersticioso quando o hipertenso associa o controle da PA com a falta da prática de certas atividades de trabalho ou exercícios no intuito de evitar o agravamento da HAS.

Dentre as atividades recomendadas pelos profissionais de saúde que auxiliam na redução da PA, estão os exercícios aeróbios (isotônicos) e atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que o indivíduo esteja em condições de realizá-la, pelo menos cinco vezes por semana (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Portanto, a atividade física de forma controlada é indicada para a prevenção e tratamento da HAS.

Percebe-se que os idosos estabelecem uma relação de temporalidade e causalidade entre realizar certas atividades e controlar a PA. Isto está bem identificado no fragmento a seguir:

Extravagância é sair cedo demais, é pegar serviço que não pode, botar força que não pode. Pelo menos o médico marcou isso pra mim, né? Eu não posso pegar mais de vinte quilos. Vinte quilos abaixo. Vinte quilos já é demais (Entrevistado 7).

Alguns pacientes acreditam que uma orientação direcionada a alguma doença pode ser utilizada para todas as demais e muitas das vezes deixam de adquirir certos hábitos de vida acreditando que prejudicarão o tratamento da HAS. Tal crença contribui para a manutenção de comportamentos que reforçam as práticas supersticiosas associadas ao tratamento da HAS.

Percebe-se que a dificuldade de adaptação da pessoa hipertensa às condutas adequadas durante o tratamento medicamentoso ou não constitui-se em um desafio para a Saúde Pública no controle e prevenção de complicações da HAS. Os idosos participantes deste estudo utilizam meios de tratamento que não condizem com as prescrições médicas, dificultando

assim, o controle eficaz da PA. No estudo ficou evidenciado que tais condutas são compartilhadas entre os indivíduos do grupo estudado.

Pode-se observar que os pacientes possuem percepção equivocada das condições de tratamento eficazes. Tal percepção os levam a emitir certos comportamentos, dentre eles o mais pernicioso é o de não prosseguir com o uso da medicação.

A realidade apontada nesse trabalho assinala a importância do papel dos profissionais de saúde no tratamento da HAS, já que são corresponsáveis pela promoção da saúde de seus pacientes. Tais profissionais devem desenvolver estratégias para que seus pacientes superem as dificuldades de adoção de terapêuticas adequadas, com a consequente redução de comportamentos supersticiosos.

Na criação de estratégias de redução de comportamentos supersticiosos emitidos pelos pacientes, a presença do Psicólogo na equipe de saúde é fundamental. A demanda de trabalho para esse profissional com relação às doenças crônicas é crescente e talvez seja a mais complexa para a resolução de problemas comportamentais. Esse profissional deve sempre estar atento a alguns aspectos básicos nessa área, como por exemplo, o aumento da incidência dessas doenças e suas implicações clínicas; os avanços tecnológicos médicos e farmacológicos; e as interações biopsicossociais. Ao mesmo tempo em que deve estar preparado para lidar com cada paciente de forma personalizada, deve também estar apto a atuar junto à família do paciente tendo como referência o contexto, o histórico e a evolução da doença (Guimarães, 1999).

As intervenções psicológicas nesse contexto “têm funções relevantes na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação da saúde” (Guimarães, p. 31, 1999). Com isso, o Psicólogo deve desenvolver e aprimorar programas de controle comportamental incluindo etapas de prevenção, tratamento e reabilitação. Embora esse profissional não deve se limitar a isso, é importante ter esses aspectos do tratamento bem definidos. Tal definição contribui para que haja uma potencial modificação dos comportamentos indesejáveis e manutenção de comportamentos preventivos e saudáveis e, ainda, aquisição de hábitos que venham promover a saúde do paciente e conduzi-lo a uma melhor qualidade de vida. Esses são apenas alguns dos aspectos que levam os pacientes a compreenderem a real importância de seguir adequadamente as orientações médicas e de outros profissionais, bem como, conhecer a causa e o efeito direto de comportamentos que, apesar de apresentarem consequências positivas aleatórias (como o comportamento supersticioso), não conduzirão a uma melhora efetiva no quadro geral da HAS.

Acredita-se que as contribuições da Abordagem Behaviorista para a criação de estratégias de modificação do comportamento dos hipertensos são valiosas para melhorar os indicadores da adesão ao tratamento; resultando, deste modo, na diminuição dos índices de morte causados por complicações dessa doença.

Uma das principais limitações deste estudo diz respeito aos erros de cadastro encontrados nas unidades de saúde envolvidas no presente estudo. Em alguns casos, contrário aos registros, os idosos já haviam falecido ou mudado de endereço, bem como foram encontrados diagnósticos incorretos. Esta última situação foi constrangedora para a equipe de pesquisa, uma vez que, ao visitar o idoso em sua residência por ser considerado hipertenso, verificou-se que este não possuía a doença.

Apesar destes percalços, acredita-se que dar prosseguimento a esta linha de pesquisa pode trazer à luz outros fatores envolvidos na problemática em torno da adesão ao tratamento da HAS. Uma ampliação deste estudo focado em outras faixas etárias, tais como a meia-idade, pode contribuir para a formulação de políticas que atuem de forma preventiva reduzindo, no futuro, os índices de não adesão ao tratamento por parte dos idosos.

REFERÊNCIAS

- Andery M.A., & Sérgio M.T.P. (s.d) *Respostas a eventos subsequentes: Contingência e contiguidade* [Curso de Especialização do Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento]. Campinas, São Paulo. Retirado de http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/outros/resposta_eventos_subsequentes.pdf
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Braga, T. M. S., & Kerbauy, R. R. (1999). Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação. In: R.Kerbauy (Org.). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*, (pp. 135-148). São Paulo: ARBytes.
- Car, M. R., Pierin, A.M.G., & Aquino, V.L.A. (1991). Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem-Universidade de São Paulo*, 25, 259-269.
- Cardoso, R.F. (2007). *Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em duas unidades do Programa Saúde da Família (Chonim e Caic) de Governador Valadares (MG)* (Dissertação de Mestrado). Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, MG.
- Castanheira, S. S. (2000). Autocontrole: a linguagem do cotidiano e da análise do comportamento. *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, 6, 57-65.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. (2010). *Sociedade Brasileira de Cardiologia* 6. Recuperado em 10 de outubro, 2012, de http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
- Eisenhofer, G., Siegert, G., Kotzerke, J., Bornstein, S.R., & Pacak, K. (2008). Current Progress and Future Challenges in the Biochemical Diagnosis and Treatment of Pheochromocytomas and Paragangliomas. *Hormone and Metabolic Research*, 40, 329-337. doi: 10.1055/s-2008-1073156.
- Fuchs, F.D., Moreira, L. B., Morais, R. S, Bredemeier, M., & Cardozo, S. C. (1994). Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 63, 473-479.
- Glenn, S. (2004). Individual behavior, culture, and social change. *The Behavior Analyst*, 27, 133-151.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. In R.Kerbauy (Edt.) *Comportamento e saúde: explorando alternativas* (pp.22-45). São Paulo: ARBytes.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2003). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Recuperado em 12 de setembro, 2012, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.
- Lessa, I (1998). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco.
- Lessa, Í., Magalhães, L., Araújo, M. J., Almeida Filho, N., Aquino, E., & Oliveira, M. M. C. (2006). Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87, 747-756. doi: 10.1590/S0066-782X200600190001.
- Lessa, I. (2010). Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 470-471. doi: 10.1590/S0102-311X2010000800001.
- Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*, 9, 239-262. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300002.
- Moraes, M. E. A., & Santana, G. S. M. (2001). Aroeira do sertão: um candidato promissor para o tratamento de úlceras gástricas. *Funcap*, 3, 5-6.
- Moreira, M. B. (2009). Comportamento Supersticioso: Implicações para o estudo do Comportamento Operante. *Psicologia Iesb*, 1, 86-92.
- Oliveira, C. J., & Araújo, T. L. (2007). Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9, 93 – 105.
- Oparil, S. (2001). Hipertensão arterial. In L. Goldman & J.C. Bennet (Orgs.). *Cecil – Tratado de medicina interna* (pp. 289-92). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Panetta, P. A. B., Hora, C. L., & Benvenuti, M. F. L. (2007). Avaliando o papel do comportamento verbal para aquisição de comportamento “supersticioso”. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 9, 277-287.
- Péres, D.S., Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37, 635-642. doi: 10.1590/S0034-89102003000500014.
- Pinto, E. P. P., Amorozo, M. C. M., & Furlan, A. (2006). Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*, 20, 751-762. doi: 10.1590/S0102-33062006000400001.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 187-192. doi: 10.1590/S1413-81232000000100016.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1972). *Superstition in the pigeon*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão, (1998). III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 1, 92-133.
- Stowasser, M. (2009). Update in primary aldosteronism. *J. Clinical Endocrinology Metabolism*, 94, 3623–3630.
- Todorov, J.C., & Moreira, M. (2004). Análise experimental do comportamento e sociedade: um novo foco de estudo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 25-29. doi: 10.1590/S0102-79722004000100005.