UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**A PERSUASÃO COMO ESTRATÉGIA DE DESLOCAMENTO DE CRENÇAS:
DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA COMPORTAMENTOS
PREVENTIVOS EM DOENÇA CORONARIANA**

Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, na área de Enfermagem Fundamental, para obtenção do título de doutor

Ribeirão Preto

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**A PERSUASÃO COMO ESTRATÉGIA DE DESLOCAMENTO DE CRENÇAS:
DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA COMPORTAMENTOS
PREVENTIVOS EM DOENÇA CORONARIANA**

Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de
São Paulo, na área de Enfermagem Fundamental, para
obtenção do título de doutor

Orientadora: Profa Dra Emília Campos de Carvalho

Ribeirão Preto

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Stuchi, Rosamary Aparecida Garcia

A persuasão como estratégia de deslocamento de crenças: de comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana. Ribeirão Preto, 2004.

218 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Carvalho, Emília Campos de

1. Comunicação persuasiva. 2. Prevenção 3. Comportamento de risco

Tese inserida na linha de pesquisa de Comunicação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

No desenvolvimento das atividades a autora contou com o apoio do CNPQ na forma de bolsa de estudo.

*Dedico esta pesquisa a uma pessoa muito especial,
Uma pessoa que conseguiu ver em mim o ser Humano que sou,
Não só a profissional.
E por isso, me conhece, me entende, cuida de mim,
me faz feliz, me deixa segura, conhece as minha fragilidades
e os meus segredos.
Venceu a barreira da minha solidão e das minha reservas.
E me possibilitou a grata experiência do amor,
do respeito e da liberdade.
Mas dizem que os Verdadeiros Encontros são um grande mistério e,
se assim for,
Desejo esse mistério para a vida toda.*

AGRADECIMENTOS

*À prof. Dra Maria Lúcia Cardoso dos Santos, pela fundamental contribuição,
ao viabilizar condições para que eu pudesse chegar ao término dessa pesquisa e por ter
depositado em mim tanta confiança, estímulo e amizade.*

*A Diretora Geral FAFEID, Profa Dra Mireile São Geraldo dos Santos Souza
pela compreensão, apoio e exemplo para mim na busca de um ideal.*

Ao professor Romildo Garcia, pela amizade, disponibilidade e atenção durante a minha fase de coleta de dados.

Aos docentes da FAFEID, em especial as profas Dulce, Rosana e Taciana pelo apoio, compreensão e solidariedade.

Aos meus familiares: Rosely B. Garcia Stuchi, Riedel Gonçalves Vicente, Rafael Gonçalves Vicente, João Gonçalves Vicente Neto e Paulo Gonçalves Vicente por terem compartilhado comigo essa fase da minha vida e um agradecimento especial ao João Neto por ter digitado todo o meu banco de dados.

As minhas amigas Laura, Elizabeth, Jorseli e Cristina por terem me auxiliado nos momentos mais difíceis.

Aos funcionários da pós graduação, da portaria, da biblioteca pela atenção dispensada quando precisei.

A Fabíola Zancaner por me fazer compreender que as escolhas são momentâneas e que um momento difícil é só um momento e que devemos aproveitar, experimentar, tocar o máximo a vida porque: fundamental é ser feliz.

A profas Dras Eugenia Veludo Veiga, Maria Célia Dalri, Rosana Spadoti Dantas, Maria Marcia Bachion, Cristina Arreguy Sena, pelas valorosas sugestões no período de qualificação e pró forma o meu mais sincero agradecimento.

A Monica pela presença amiga, me fazendo entender o verdadeiro sentido da palavra: solidariedade.

As pessoas que concordaram em participar dessa pesquisa, pela disponibilidade e atenção oferecidas, foi devido a elas que pude realizar esse estudo.

Muito obrigado.

Agradeço,

*Aos meus pais por terem me ensinado
o valor do estudo, da dedicação e do trabalho.*

Agradecimento especial:

*À minha orientadora Dra Emília Campos de Carvalho,
por ter mais uma vez acreditado em mim, e ter
compartilhado comigo mais essa etapa. Obrigado por
suas sugestões sábias e oportunas. Pela seriedade e
competência profissional com que me conduziu.*

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

Lista de figuras

Lista de tabelas

Lista de quadros

Lista de abreviaturas e siglas

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1

2. TEORIA DE CRENÇAS DE ROKEACH

3

3. A COMUNICAÇÃO PERSUASIVA

7

A persuasão ao longo da história	10
A persuasão segundo Wallace Fotheringham	15
A construção da estrutura de uma mensagem persuasiva	18
4. APLICAÇÃO DO REFERENCIAL DE PERSUASÃO E DE	
CRENÇAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	19
5. HIPÓTESES	22
6. OBJETIVO	23
7. METODOLOGIA	24
Elaboração do CD-ROM	24
Local do estudo, população e amostra	31
Coleta de dados	33
Procedimentos para obtenção dos dados	34
Procedimentos: para análise dos dados	38
8. RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
8.1. Caracterização dos participantes	41
8.2. Crenças sobre comportamentos de risco para doença arterial coronariana	55
8.2.1. Comportamento de fumar	60
8.2.2. Comportamento de ingerir bebidas alcoólicas em excesso	77
8.2.3. Comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso	89
8.2.4. Comportamento de não aliviar o estresse	103
8.2.5. Comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue	115
8.2.6. Comportamento de ingerir açúcar em excesso	126
8.2.7. Comportamento não realizar atividade física/exercício físico	134
8.2.8. Comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos	150
8.2.9. Comportamento de não controlar níveis pressóricos altos	159
8.2.10. Comportamento de não controlar o peso corporal em excesso	170
9. CONCLUSÃO	187
10. REFERÊNCIAS	189
11. ANEXOS	
12. APÊNDICE	

RESUMO

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 de (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São PAULO, Ribeirão Preto, 2004.

As crenças constituem uma das variáveis que podem influenciar os comportamentos das pessoas. Este estudo objetivou avaliar o quanto um material didático pedagógico (formatado em CD-ROM) baseado na teoria da persuasão de Fotheringham (1966) é capaz de modificar as crenças nos comportamentos de risco para doença coronariana. Realizamos um estudo quase experimental do tipo antes e depois numa cidade do interior de São Paulo. A amostra constituiu de 200 pessoas (50% homens e 50 % mulheres), com a seguinte caracterização: 36% com 45-59 anos de idade, 28% com o segundo grau completo, 35% com renda familiar de 2 salários mínimos, 44% com sobrepeso, 38,5% com colesterol alterado, 22,5% com circunferência abdominal elevada, 47% hipertensos e 22% com risco de desenvolver doença arterial coronariana. Foi realizado uma entrevista inicial (pré-teste) cujas falas foram categorizadas usando-se o

modelo de Rokeach (1981). Foram identificadas 1297 crenças dos tipos B, C, D e E nos seguintes comportamentos: fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, ingerir bebida alcoólica em excesso, não aliviar o estresse, não controlar níveis pressóricos altos, acrescentar sal em excesso aos alimentos, não controlar a diabetes e não dosar a glicemia, ingerir açúcar em excesso e não controlar o peso corporal excessivo. Após a intervenção, que constou da utilização de uma estratégia de comunicação persuasiva mediante o uso de um CD-ROM, foram feitas entrevistas em dois momentos posteriores. Observamos que ocorreu deslocamento da maioria das crenças do tipo D e E, que são consideradas por Rokeach (1981) como situadas na periferia do sistema de crenças. As crenças em que ocorreram o maior número de modificações foram as relacionadas com a atividade física e o peso corporal.

Comunicação persuasiva, prevenção, comportamento de risco

ABSTRACT

STUCHI, R.A.G. – Persuasion as a strategy to displace beliefs: from risk behaviors to preventive behaviors in the coronary disease. 2004. 218f. Thesis (Doctorship Degree). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Beliefs are one of the variables which can influence the people's behavior. The aim of this study was to evaluate to what extent a pedagogical didactic material (formatted in CD-ROM) based in the Fotheringham's persuasion theory (1966) is capable to modify beliefs in risk behaviors concerning coronary disease. A quasi-experimental before/after type study was carried out in a São Paulo State city. The sample was made of 200 subjects (50% males and 50% females) with the following characteristics: 36% aged 45 to 59 years, 28% with secondary education; 35% with a 2 minimum salaries familial income, 44% overweighted, 38.5% with altered cholesterol levels, 22.5% with large abdominal girth, 47% hypertensive and 22% with risk of developing coronary artery

disease. After the initial interview 1297 (B,C,D,E) type beliefs were identified in the following behaviors: smoking, excessive ingestion of fatty foods, alcoholic beverages in excess, not alleviating stress, not controlling high pressure levels, adding salt in excess to the food, not controlling diabetes and not determining glicemia, excessive ingestion of sugar and not controlling increased body weight. After intervention, in two posterior occasions, it was observed that displacement of most of the D and E beliefs situated in the beliefs system peryphery had occurred as preconized by Rokeach (1981). The beliefs in which the higher number of modifications occurred were related to physical activity and body weight. Persuasion is one more strategy to be used with the aim of influencing the change of beliefs.

Comunication persuasive, prevention, behavior risk

RESUMEN

STUCHI, R.A G. La persuasión como estrategia de mudanza de las creencias: de comportamientos de riesgo para comportamientos preventivos en enfermedades coronarias. 2004. 218 f. Tese de (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Las creencias constituyen una de las variables que pueden influenciar los comportamientos de las personas. Este estudio tubo como objetivo evaluar en cuanto un material didáctico pedagógico (formateado en CD-ROM) con base en la teoría de persuasión de Fotheringham (1966) es capaz de modificar las creencias en los comportamientos de riesgo para enfermedad coronaria. Realizamos un estudio quasi-experimental de tipo prospectivo, en una ciudad del interior de São Paulo. La muestra fue constituida por 200 personas (50% hombres y 50% mujeres); con la siguiente caracterización: 36% de 45-59 años de edad, 28% con secundaria completa, 35% con

ingreso familiar de 2 salarios mínimos, 44% con sobrepeso, 38,5% con colesterol alterado, 22,5% con circunferencia abdominal elevada, 47% hipertensos y 22% con riesgo de desarrollar enfermedad arterial coronaria. Fueron identificados después de la entrevista inicial 1297 creencias de tipo (B,C,D,E) en los siguientes comportamientos: fumar, ingerir alimentos ricos en gordura en exceso, ingerir bebida alcohólica en exceso, no solucionar el stres, no controlar los niveles de hipertensión, aumentar sal en exceso a los alimentos, no controlar la diabetes, no realizar el control de glucosa, ingerir azúcar en exceso y no controlar el peso corporal aumentado. Después de la intervención, en dos momentos posteriores, observamos que ocurrió modificación en la mayoría de las creencias de tipo D y E situadas en la periferie del sistema de creencias conforme preconizado por Rokeach (1981). Las creencias que se presentaron con mayor número de modificaciones fueron las relacionadas con la actividad física y peso corporal. La comunicación persuasiva constituyo en mas una de las estrategias que puede ser utilizada para influenciar en la mudanza de las creencias.

Palabras Claves: Comunicación persuasiva, prevención, comportamiento de riesgo.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Apresentação esquemática do processo de persuasão, adaptado. ... 17
- Figura 2: Distribuição das crenças segundo referencial de Rokeach (1981) dos 200 participantes de acordo com o grau de centralidade e perifericidade..... 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição dos 200 participantes segundo a faixa etária e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	41
Tabela 2:	Distribuição dos 200 participantes segundo o grau de instrução e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	43
Tabela 3:	Distribuição dos 200 participantes, segundo a ocupação e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	44
Tabela 4:	Distribuição dos 200 participantes, segundo a renda e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	46
Tabela 5:	Distribuição dos 200 participantes, segundo o índice de massa corporal (IMC) e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	47
Tabela 6:	Distribuição dos 200 participantes, segundo a medida da circunferência da cintura e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	49
Tabela 7:	Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis séricos de colesterol total e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	50
Tabela 8:	Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis séricos de HDL-C total e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	51

Tabela 9:	Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis pressóricos e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2004	52
Tabela 10:	Distribuição dos 200 participantes, segundo os escores de risco de Framingham e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	53
Tabela 11:	Distribuição dos 200 participantes, segundo os escores da escala de Holmes-Rahe e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	54
Tabela 12:	Distribuição dos tipos de crenças segundo o referencial de Rokeach (1981) dos 200 participantes acerca dos comportamentos de risco estudados. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	56
Tabela 13:	Distribuição dos comportamentos identificados no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	58
Tabela 14:	Distribuição das crenças sobre o comportamento de fumar identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	60
Tabela 15:	Distribuição do comportamento de risco ingerir bebidas alcoólicas em excesso identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	78

Tabela 16:	Distribuição do comportamento de risco ingerir alimentos ricos em gordura identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003	89
Tabela 17:	Distribuição das crenças no comportamento de risco de não aliviar o estresse identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	103
Tabela 18:	Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar a diabetes e não dosar a glicemia no sangue identificado no pré-teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	115
Tabela 19:	Distribuição das crenças sobre o comportamento de risco de ingerir açúcar em excesso, identificado no pré-teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	126
Tabela 20:	Distribuição das crenças no comportamento de risco de não realizar atividade física/exercício físico identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	134

Tabela 21: Distribuição das crenças no comportamento de risco acrescentar sal aos alimentos identificado na pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003 150

Tabela 22: Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar níveis pressóricos altos identificado na pré-teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 159

Tabela 23: Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar o peso corporal identificado no pré- teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 170

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Proposta de pontuação adaptada de Fhering para que uma pessoa ser considerada juiz. Interior de São Paulo, mar/2002 a mai/2003.	28
Quadro 2:	Escores atribuídos pelos 25 peritos para o CD-ROM na primeira e segunda avaliação.	30
Quadro 3:	Crenças favoráveis ao comportamento de fumar, identificadas no pré-teste e pós-teste 1 e 2, segundo deslocamento ou não. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	62
Quadro 4:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 (3 semanas) a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	71
Quadro 5:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 (3 meses) a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	72
Quadro 6:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	73

Quadro 7:	Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de interromper ou ingerir bebidas alcoólicas. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	79
Quadro 8:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003	84
Quadro 9:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	85
Quadro 10:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	86
Quadro 11:	Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de interromper ou ingerir alimentos ricos em gorduras. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	90
Quadro 12:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	100

Quadro 13:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	101
Quadro 14:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	102
Quadro 15:	Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós-1 e pós-2 para comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	104
Quadro 16:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	112
Quadro 17:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	113
Quadro 18:	Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	114
Quadro 19:	Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.	117

- Quadro 20: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 121
- Quadro 21: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 122
- Quadro 22: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 124
- Quadro 23: Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 127
- Quadro 24: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 131
- Quadro 25: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 132

- Quadro 26: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 133
- Quadro 27: Crenças identificadas dos sujeitos nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 135
- Quadro 28: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste1 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão sobre o comportamento não realizar atividade física/exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 145
- Quadro 29: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 146
- Quadro 30: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 148
- Quadro 31: Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 151

- Quadro 32: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 156
- Quadro 33: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós- 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 157
- Quadro 34: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 158
- Quadro 35: Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré- teste e pós- teste 1 e 2 para comportamento de controlar ou não os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 160
- Quadro 36: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré- teste e no pós- teste-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 167
- Quadro 37: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré- teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não controlar níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 168

- Quadro 38: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós teste 1 e no pós teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 169
- Quadro 39: Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré- teste e pós- teste 1 e 2 para comportamento de controlar ou não o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 171
- Quadro 40: Demonstrativo do teste estatístico realizado na pré teste e na pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 183
- Quadro 41: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 184
- Quadro 42: Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003. 185

LISTAS DE ABREVIATURA E SIGLAS

DCV

Doença cardiovascular

DAC	Doença arterial coronariana
HDL-c	High density lipoprotein
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SNC	Sistema nervoso central

RESUMO

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 de (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São PAULO, Ribeirão Preto, 2004.

As crenças constituem uma das variáveis que podem influenciar os comportamentos das pessoas. Este estudo objetivou avaliar o quanto um material didático pedagógico (formatado em CD-ROM) baseado na teoria da persuasão de Fotheringham (1966) é capaz de modificar as crenças nos comportamentos de risco para doença coronariana. Realizamos um estudo quase experimental do tipo antes e depois numa cidade do interior de São Paulo. A amostra constituiu de 200 pessoas (50% homens e 50 % mulheres), com a seguinte caracterização: 36% com 45-59 anos de idade, 28% com o segundo grau completo, 35% com renda familiar de 2 salários mínimos, 44% com sobrepeso, 38,5% com colesterol alterado, 22,5% com circunferência abdominal elevada, 47% hipertensos e 22% com risco de desenvolver doença arterial coronariana. Foi realizado uma entrevista inicial (pré-teste) cujas falas foram categorizadas usando-se o modelo de Rokeach (1981). Foram identificadas 1297 crenças dos tipos B, C, D e E nos seguintes comportamentos: fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, ingerir bebida alcoólica em excesso, não aliviar o estresse, não controlar níveis pressóricos altos, acrescentar sal em excesso aos alimentos, não controlar a diabetes e não dosar a glicemia, ingerir açúcar em excesso e não controlar o peso corporal excessivo. Após a intervenção, que constou da utilização de uma estratégia de comunicação persuasiva mediante o uso de um CD-ROM, foram feitas entrevistas em dois momentos posteriores. Observamos que ocorreu deslocamento da

maioria das crenças do tipo D e E, que são consideradas por Rokeach (1981) como situadas na periferia do sistema de crenças. As crenças em que ocorreram o maior número de modificações foram as relacionadas com a atividade física e o peso corporal.

Comunicação persuasiva, prevenção, comportamento de risco

ABSTRACT

STUCHI, R.A.G. – Persuasion as a strategy to displace beliefs: from risk behaviors to preventive behaviors in the coronary disease. 2004. 218f. Thesis (Doctorship Degree). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Beliefs are one of the variables which can influence the people's behavior. The aim of this study was to evaluate to what extent a pedagogical didactic material (formatted in CD-ROM) based in the Fotheringham's persuasion theory (1966) is capable to modify beliefs in risk behaviors concerning coronary disease. A quasi-experimental before/after type study was carried out in a São Paulo State city. The sample was made of 200 subjects (50% males and 50% females) with the following characteristics: 36% aged 45 to 59 years, 28% with secondary education; 35% with a 2 minimum salaries familial income, 44% overweighted, 38.5% with altered cholesterol levels, 22.5% with large abdominal girth, 47% hypertensive and 22% with risk of developing coronary artery disease. After the initial interview 1297 (B,C,D,E) type beliefs were identified in the following behaviors: smoking, excessive ingestion of fatty foods, alcoholic beverages in excess, not alleviating stress, not controlling high pressure levels, adding salt in excess to the food, not controlling diabetes and not determining glicemia, excessive ingestion of sugar and not controlling increased body weight. After intervention, in two posterior occasions, it was observed that displacement of most of the D and E beliefs situated in the beliefs system peryphery had occurred as preconized by Rokeach (1981). The beliefs in which the higher number of modifications

occurred were related to physical activity and body weight. Persuasion is one more strategy to be used with the aim of influencing the change of beliefs.

Communication persuasive, prevention, behavior risk

RESUMEN

STUCHI, R.A G. **La persuasión como estrategia de mudanza de las creencias: de comportamientos de riesgo para comportamientos preventivos en enfermedades coronarias**. 2004. 218 f. Tese de (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Las creencias constituyen una de las variables que pueden influenciar los comportamientos de las personas. Este estudio tubo como objetivo evaluar en cuanto un material didáctico pedagógico (formateado en CD-ROM) con base en la teoría de persuasión de Fotheringham (1966) es capaz de modificar las creencias en los comportamientos de riesgo para enfermedad coronaria. Realizamos un estudio quasi-experimental de tipo prospectivo, en una ciudad del interior de São Paulo. La muestra fue constituida por 200 personas (50% hombres y 50% mujeres); con la siguiente caracterización: 36% de 45-59 años de edad, 28% con secundaria completa, 35% con ingreso familiar de 2 salarios mínimos, 44% con sobrepeso, 38,5% con colesterol alterado, 22,5% con circunferencia abdominal elevada, 47% hipertensos y 22% con riesgo de desenvolver enfermedad arterial coronaria. Fueron identificados después de la entrevista inicial 1297 creencias de tipo (B,C,D,E) en los siguientes comportamientos: fumar, ingerir alimentos ricos en gordura en exceso, ingerir bebida alcohólica en exceso, no solucionar el stres, no controlar los niveles de hipertensión, aumentar sal en exceso a los alimentos, no controlar la diabetes, no realizar el control de glucosa, ingerir azúcar en exceso y no controlar el peso corporal aumentado. Después de la intervención, en dos momentos posteriores, observamos que ocurrió modificación en la

mayoría de las creencias de tipo D y E situadas en la periferie del sistema de creencias conforme preconizado por Rokeach (1981). Las creencias que se presentaron con mayor número de modificaciones fueron las relacionadas con la actividad física y peso corporal. La comunicación persuasiva constituyo en mas una de las estrategias que puede ser utilizada para influenciar en la mudanza de las creencias.

Palabras Claves: Comunicación persuasiva, prevención, comportamiento de riesgo.

1. INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) tem sido apontada como uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, representando uma parcela significativa de investimentos e de gastos na assistência à população (LOTUFO, 1996; LUEPKER, 1997).

O estudo de Framingham, nos Estados Unidos (Kannel, Mcgee, Gordon, 1976), foi o primeiro a descrever os fatores de risco primários e secundários para a doença arterial coronariana (DAC). Após este estudo, outros que se seguiram confirmaram a existência de fatores de risco para DAC (GOTTO *et al.*, 1991). Esses fatores implicam o aumento da suscetibilidade de um indivíduo à morbidade e mortalidade por aterosclerose coronária. Classicamente são apontados como fatores de risco: dislipidemias, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, vida sedentária, estresse, uso de anticoncepcional hormonal, além da idade avançada, sexo masculino, raça negra e da história familiar de doença coronariana (BRAUNWALD, 1991).

Os fatores de risco estão vinculados ao estilo de vida e aos comportamentos, intensificando os riscos e/ou desencadeando a doença coronariana. Os comportamentos que predis põem à doença coronariana são: a ingestão de alimentos ricos em gordura, o fumo, o descontrole da pressão arterial, a ausência de exercícios físicos, a não-adoção de medidas para aliviar o estresse, o uso de contraceptivos hormonais, a falta de controle do diabetes, a não realização de exame de glicemia, a ingestão de bebida alcoólica, e o consumo exagerado de sal (STUCHI, 1999).

Os múltiplos arranjos quantitativos e qualitativos entre estes comportamentos de risco intensificam ou minimizam o grau de vulnerabilidade das pessoas às doenças

coronarianas, além de representar a ocorrência ou não da adesão de uma pessoa ao tratamento multiprofissional proposto. A falta de adesão dos indivíduos portadores de DAC é um dos desafios à equipe de saúde, aliado à necessidade de promover mudanças de comportamento capazes de assegurar um estilo de vida de menor risco.

Compreendendo a pessoa como ser biopsicossocioespiritual e o *continuum* saúde-doença como processo complexo de inter-relação de variáveis, dedicamo-nos a uma trajetória de pesquisas (Stuchi; Carvalho 2002; Stuchi et al 2000; Stuchi,1999) que evidenciaram a magnitude do papel das crenças nos comportamentos de risco para DCV.

Outros estudos na área da saúde que consideraram as crenças como um componente importante nos estabelecimentos de práticas de saúde como o de Arreguy-Sena; Henriques, Stuchi (2003), que identificou as crenças para o uso de contraceptivos ou não. Assim como o de Dela Coleta (1995) sobre coronariopatia utilizando o referencial de Rosenstock (1974).

Durante todo o nosso exercício profissional, tem sido um desafio compreender o processo de adesão à terapêutica, enquanto fenômeno amplo, concebido como o atendimento às recomendações de profissionais de saúde, que favoreçam a redução de comportamentos de risco, melhorem a qualidade de vida e promovam a saúde.

Em um desses estudos (Stuchi,1999), constatamos que, dos 56 pacientes que constituíram a amostra, 17 se reinternaram em menos de três meses da primeira internação, com quadro mais agudo de doença coronariana. No referido estudo, do total de crenças identificadas a partir dos relatos dos participantes, houve uma tendência para a não adesão. Tal fato sugere a necessidade de se rever as estratégias que estão sendo utilizadas para abordagem dessa clientela, uma vez que tais entrevistados conheciam as

recomendações terapêuticas e nem sempre se comportavam de forma coerente com esses conhecimentos.

Ficou evidenciada, com esses dados, a necessidade de construção de propostas de intervenção junto a essa população, visando a reduzir a sua vulnerabilidade às DAC. Consideramos que as crenças precisam ser incluídas como variáveis na coleta de dados e nas intervenções junto aos pacientes portadores de coronariopatia quando se pretende utilizar abordagens assertivas.

2. TEORIA DE CRENÇAS DE ROKEACH

O ser humano possui vários tipos de crenças, as quais são inferências feitas pelas pessoas a respeito das coisas, do eu, de outrem, enfim, do mundo. As crenças podem ser comparadas à estrutura de um átomo, conforme descrição de Rokeach (1981), que concebeu um sistema de crenças composto de cinco tipos que variam na dimensão periférica-central, sendo que, quanto mais central, ou seja, quanto mais próxima do núcleo do átomo, mais resistente será a mudança.

As crenças não são valorizadas igualmente pelos indivíduos e “quanto mais central for uma crença que mudou, maior será a sua repercussão no restante do sistema de crença” (ROKEACH, 1981, p. 150).

Todas as crenças são predisposições para a ação. A atitude é “um conjunto de predisposições inter-relacionadas para a ação” (Rokeach, 1981, p. 92), ou seja, uma atitude é uma organização de crenças em torno de um objeto ou situação.

Assim sendo, cada crença, na organização de uma atitude, possui três componentes: um cognitivo (representado pelo conhecimento de uma pessoa, variando o

grau de convicção acerca do que é verdadeiro ou falso, bom ou ruim etc); um afetivo, pois a crença é capaz de provocar afeto de intensidade variada (positiva ou negativa), e um comportamental porque a crença deve levar a alguma ação quando é ativada.

Dos cinco tipos de crenças descritos por Rokeach (1981), a mais central é a primitiva de consenso 100% (tipo A); ela é sustentada por um consenso social unânime, ou seja, acreditamos naquilo que todos acreditam, e não está sujeita à controvérsia, sendo mais resistente à mudança. São exemplos desse tipo de crenças concepções como: “o infarto do miocárdio é uma doença que ocorre no coração”; “a Terra é redonda”. Embora pessoalmente não tenhamos ido ao espaço sideral e de lá contemplado a Terra, visualizamos sua imagem na mídia, em fotografias, conhecemos sua descrição em livros e compartilhamos a informação de que o nosso planeta é redondo.

A constância do objeto, a constância da pessoa e a constância do eu nos remetem a uma outra maneira de descrever as crenças primitivas do tipo A. Elas são construídas não só pelo contato direto com os objetos (por exemplo), mas também porque as pessoas que com ela convivem também experimentam os mesmos objetos. Supondo que um indivíduo seja exposto a um rompimento destas constâncias aceitas como verdadeiras, do mundo físico, social e do eu, este mesmo indivíduo poderia questionar a validade de seus próprios sentidos, etc (ROKEACH, 1981).

Um segundo tipo de crença primitiva seria a de consenso zero (tipo B), também resistente à mudança, mas que não depende de um consenso social; é originada de experiências pessoais, de auto-identidade, auto-estima e de autoconceitos. Um exemplo de crença dessa categoria é “eu acredito que fumar vai me trazer prejuízo”. Mas as crenças do Tipo B podem também ser compostas de dois subtipos tipo B+ ou tipo B-.

Os autoconceitos positivos representam crenças sobre o que somos capazes, são auto-estimulantes, e os negativos representam crença sobre o que tememos ou são autodesestimulantes. Neste sentido as crenças tipo B + representariam as nossas auto-imagens positivas, que guiariam nossas aspirações e ambições a nos tornarmos melhores, maiores, etc. Aquelas crenças referentes aos autoconceitos negativos estariam ligadas a medos, compulsões, obsessões, dúvidas, ansiedades sobre o autovalor, a auto-identidade e a autocompetência (Rokeach, 1981, p 150). Portanto, a centralidade da crença pode ser definida não somente em termos de ligação cognitiva, mas em termos de extensão com que uma dada crença serve para estimular ou desestimular o ego.

Existem ainda as crenças de autoridade ou tipo C; são crenças que nós todos possuímos sobre em quem devemos confiar ou não enquanto autoridades em determinados assuntos, tais como: enfermeiro, médico, professor, pais, cientista, líder religioso, repórter, entre outras. Assim, quando um profissional de saúde diz ao cliente que “fumar faz mal para o coração”, se houver atribuição de autoridade a esta figura por parte do cliente e isso não confrontar outras idéias de “autoridades maiores”, o cliente pode incorporar essa “verdade” no seu sistema de crenças.

Outro tipo de crença é a derivada (tipo D) das autoridades com as quais nos identificamos. Um exemplo de crença desse tipo é “minha mãe sempre comeu carne de porco e não teve problema de coração”. Esse tipo de crença também pode ser mudado. Essas crenças são mantidas porque confiamos de fato na fonte de autoridade, ou seja, essas crenças se formam devido à identificação com pessoas ou grupos de referência sobre as quais algumas ideologias estão baseadas, havendo uma verdadeira identidade de grupo.

O último tipo, as crenças inconseqüentes (tipo E), engloba nossas concepções mais susceptíveis a mudanças e não afeta o sistema total de crenças caso se modifique. Referem-se a questões de gosto, preferências. Um exemplo nesse sentido é “prefiro a marca de óleo y à marca z porque acho mais gostosa”.

Um sistema total de crenças de uma pessoa abrange crenças inconseqüentes, crenças derivadas, crenças sobre a autoridade específica, crenças primitivas compartilhadas ou não socialmente sobre a realidade a sua volta, a sociedade e o eu.

Baseado nestes cinco tipos de crenças, Rokeach (1981) também identificou os princípios de congruência de uma crença. Afirma que

“tendemos a dar valor a uma dada crença, subsistema ou sistema de crenças em proporção com o seu grau de congruência com o nosso próprio sistema, e que ainda tendemos a dar valor às pessoas na proporção que elas exibam os mesmos valores congruentes com o nosso próprio”
(Rokeach, 1981, p 70).

Considerando os cinco tipos de crenças, as crenças inconseqüentes são mais fáceis de ser mudadas, deslocadas, alteradas e influenciadas, seguidas das de autoridade (C) e das derivadas (D). Estudiosos da área de comunicação desenvolveram modelos/ referenciais para proceder às/ compreender as mudanças no sistema de crenças das pessoas.

3. A COMUNICAÇÃO PERSUASIVA

Existem muitas pessoas, profissionais ou não, em nossa sociedade, que, por diversas razões, estão procurando mudar nossas atitudes, crenças e comportamentos em

relação a alguma coisa. Em nosso cotidiano estamos cercados por intenções persuasivas: o político tenta convencer seus eleitores de que a sua plataforma é a melhor, assim como o vendedor, o missionário, o professor, os pais, os amigos, o profissional de saúde ou o publicitário têm em comum o desejo de influenciar ou persuadir os outros a acreditar em algo e a agir da forma que eles acreditam, ou querem que se acredite, ser a melhor, a mais adequada.

A palavra persuasão é derivada do latim *persuasione*, significando ato ou efeito de persuadir. Persuadir (*persuadere*) é levar à persuasão ou à convicção; é induzir a fazer, aceitar, crer, aconselhar, admitir como verdadeiro, acreditar, convencer-se (MICHAELIS, 1998, p.1606).

Para Conte; Feiges (2000, p. 3), persuasor *“é aquele que cria em si próprio um resultado a ser obtido com o outro, onde o esforço de comunicação que envolve o pensamento, as preocupações de tudo o que vive o cliente, preocupam profundamente o ator que ele encarna”*.

A comunicação é um instrumento muito utilizado pelos profissionais de *marketing* e, quando desejam persuadir os consumidores a agir de determinada forma (comprar um carro, fazer doações a entidades carentes, votar, etc), utilizam-se dessa ferramenta. A comunicação é também um instrumento, ou um elo, que pode vincular o profissional da saúde ao cliente, e conseqüentemente este aos seus familiares, com vistas a um mesmo objetivo ou meta.

Uma conversa entre duas pessoas, um artigo ou uma reportagem numa revista ou jornal, ou até mesmo uma imagem em um painel podem conter fatores persuasivos. Compreendendo desta maneira, que o leitor de uma reportagem deve estar sendo

induzido a passar por esse processo de comunicação persuasivo, ou seja, podem estar implícitas as aceitações por parte do leitor de estar sendo convencido sobre a matéria redigida ou o conteúdo de uma mensagem, por estar lhe sendo oferecida uma forma de convencimento cuja intencionalidade provém de uma intervenção.

Lasswell (1978) descreve o ato comunicacional como quem responde às seguintes indagações: Quem? Diz o quê? Em que veículo? A quem? Com que efeito?

Muitas empresas utilizam sofisticados mecanismos da tecnologia para criar e veicular um produto, uma marca, uma imagem, associados às estratégias comunicacionais e também a profissionais especialistas na arte da comunicação, propaganda e na promoção de um produto ou informação. A qualidade da mensagem por eles criada é o que altera, por exemplo, a condição de um produto da prateleira do anonimato para o reconhecimento e a compra pelo público.

Tal capacidade pode ser gerada pela qualidade ou pelo poder de sedução ou de influência da estratégia utilizada, como uso de anúncios coloridos; qualidade do papel, da tinta, das impressoras; utilização de fotografias e desenhos coloridos, paisagens; utilização de personagens da sociedade, artistas consumindo ou manuseando produtos; elaboração de mensagens de efeito; textos criativos.

No século XX, conforme descrito por Freitas (2000), os anúncios publicitários ganharam enfoque na crise do indivíduo, ou seja, as mensagens possuem entinemas, argumentações, silogismos, sofismas, que constroem a ênfase no produto. Tais mecanismos podem ser exemplificados por meio dos anúncios de cigarros por ora veiculados na mídia: “apelos dirigidos à crise existencial do indivíduo – *ao sucesso com Hollywood; Galaxy, uma decisão inteligente*” - Freitas (2000, p. 132), entre outros. A

mídia torna-se, cada vez mais, um espaço que possibilita motivar comportamentos sugeridos. Na política também podemos observar, entre outros, o efeito persuasivo contido nas campanhas eleitorais.

Nos últimos anos, os meios publicitários têm usado os termos *marketing político* e *marketing eleitoral*. O primeiro consiste em uma estratégia de “aproximação do partido e do candidato com o cidadão” e o segundo é “voltado para o eleitor, objetivando a vitória” (GOMES, 2001, p. 27).

Sendo assim a informação transmitida através dos meios de comunicação de massa tem como objetivo o voto e a vitória. Mas, para que isso ocorra, o candidato e o partido montam estratégias que incluem a informação e a persuasão, utilizando recursos como a linguagem emocional das palavras, frases sedutoras ou de impacto, difundindo de forma maciça a idéia, que modulam ou ajudam na formação de uma mudança comportamental de adesão ao político ou ao partido.

Com relação ao processo de produção de saúde, Lefèvre (1995), ao analisar uma propaganda de medicamento (“aspirina forte”), contida numa página da imprensa, observou que uma simples mensagem sobre determinado medicamento continha vários significados. Uma das idéias que este produto trazia era a de “companheira, santo protetor”, outra idéia sugeria ao leitor que ele teria o acesso imediato à “saúde”, evitando as longas filas para se conseguir uma consulta médica (LEFÈVRE, 1995, p 143).

Esses constituem alguns exemplos presentes em nosso cotidiano de como a persuasão pode ser utilizada como estratégia comunicacional quando se pretende influenciar pessoas. Não estamos discutindo aqui as vantagens ou desvantagens de tal

ação para o indivíduo, e sim, a capacidade que esta estratégia possui de influenciar comportamentos, idéias, imagens e crenças.

A persuasão ao longo da história

A idéia essencial da persuasão tem suas raízes na Antigüidade. O termo retórica surgiu bem antes dos meios de comunicação a que temos acesso na atualidade, sendo a retórica empregada como a “arte de utilizar a linguagem para influenciar os julgamentos e a conduta dos outros” (DEFLEUR; BALL-ROKEACH, 1993, p.290).

O discurso clássico tem suas raízes na Grécia, uma vez que os gregos eram amantes fervorosos da palavra, e aprimoraram o domínio e a técnica da expressão verbal, utilizando a voz humana como um veículo importante de comunicação a ser empregado para persuadir as pessoas a mudar suas crenças e opiniões (DEFLEUR; BALL-ROKEACH, 1993).

Nas assembléias e reuniões da época, as pessoas que melhor se expressavam verbalmente eram as que exerciam maior influência sobre as demais. Porém, como nem todos detinham tamanha habilidade na oratória, recorriam às pessoas mais preparadas, solicitando-lhes auxílio e representação em eventos ou situações em que seus interesses pessoais e políticos estivessem em jogo. Floresceu, desta forma, a classe profissional de especialista na arte de bem-falar e escrever (DEFLEUR; BALL-ROKEACH, 1993).

A partir do séc. IV a.C., a oratória torna-se uma técnica, que foi aprimorada por Górgias, e posteriormente por Platão, Aristóteles e outros (REBOUL, 2000).

Dentre as obras de Aristóteles, destaca-se a Arte retórica, que contém uma descrição dos processos de elocução, um guia de se fazer o texto persuasivo. Aristóteles

define retórica como sendo: “a faculdade de ver teoricamente o que, em cada caso, pode ser capaz de gerar a persuasão” (ARISTÓTELES, 1999, p 34).

A técnica retórica de Aristóteles consiste em um dos principais meios ou recursos ou passos a serem seguidos para se produzir a persuasão. A técnica é composta de três grupos: *ethos* - o caráter do orador; *páthos* - a emoção do auditório e *logos* - a argumentação. Esses meios técnicos referem-se àqueles que o próprio orador cria para incorporar a sua argumentação ou elaborar um discurso. O primeiro grupo diz respeito ao caráter do orador, pois uma pessoa íntegra adquire maior confiança do seu público ou auditório. O segundo depende da emoção que o orador consegue desencadear na platéia ou nos seus ouvintes, que pode concorrer a favor ou contra a causa defendida. O terceiro é o argumento do discurso propriamente dito, que constitui a parte mais importante da retórica, na qual são empregadas as principais regras e princípios da técnica de retórica (REBOUL, 2000).

São recursos utilizados na argumentação o exemplo e o entinema. O exemplo é um tipo de indução que consiste na citação, em determinado momento, de um caso em particular para persuadir o ouvinte de que se trata de algo generalizado. Já o entinema é um tipo de dedução, semelhante ao silogismo científico, ou demonstração (REBOUL, 2000).

Segundo Littlejohn (1988, p. 163), o silogismo é um recurso utilizado “para demonstrar a verdade ou validade de algumas conclusões que um cientista ou outro observador poderá formular”. Para Aristóteles, *apud* Littlejohn (1988, p. 163), “o silogismo é um argumento em que, estabelecidas certas coisas, resultam necessariamente delas, por serem o que são, outras coisas distintas do anteriormente estabelecido”. Pode

ser dada como exemplo a afirmação “Todos os homens são mortais. Todos os gregos são homens; logo, todos os gregos são mortais” (LITTLEJOHN, 1988, p. 24).

O entinema, por sua vez, parte apenas de premissas verossímeis, verificadas em muitos casos, e são aceitas pela maioria das pessoas, principalmente pelos ouvintes ou receptores. Nesse caso, o orador pode não manifestar todas as premissas ou conclusões para estimular a platéia a elaborar mentalmente o raciocínio e potencializar seu envolvimento no discurso (LITTLEJOHN, 1988).

A retórica surgiu da necessidade de estimular a participação e o interesse dos ouvintes para os assuntos que eram abordados principalmente “nas reuniões políticas no foro, e nos tribunais, frente aos juizes” (BELLENGER, 1987, p. 15).

Acredita-se que diversas perspectivas teóricas são criadas e elaboradas para gerar influência ou para interpretar tal influência das comunicações nas pessoas, na sociedade e na cultura.

Ao comparar-se o uso da retórica em sua origem com os dias atuais, dir-se-ia que esta forma de persuasão continua presente, ocupando grande espaço nos meios de comunicação de massa, *marketing*, publicidade, mídia, dentre outros. Formas típicas de persuasão podem estar implícitas nas campanhas de candidatos políticos, uma vez que uma das estratégias usadas por eles consiste na manipulação de crenças passíveis de serem influenciadas por meio da mensagem persuasiva.

Diante do fato de haver empresas que se utilizam da propaganda para divulgar bebidas, cigarros, carros, dentre outros produtos para atrair os consumidores de seus produtos, há que se considerar que as mensagens por elas veiculadas precisam ser

planejadas e intencionais, de forma a permitir uma melhor maneira de gerar informação, promover comportamento e propiciar sedução.

Ao pensar na comunicação como uma estratégia, temos que nos reportar às formas de construção do ato comunicativo da mensagem ou do discurso persuasivo, não nos esquecendo de que, no processo de comunicação, estão implícitas as possibilidades ou não de interação e assimilação/compreensão do outro.

Quando nos referimos à persuasão, precisamos resgatar alguns elementos da expressão verbal. Não podemos perder de vista que a persuasão está presente em nosso cotidiano, quer a identifiquemos ou não.

Segundo Citelli (2000), algumas dessas situações podem ser identificadas no campo da publicidade, no discurso religioso, no conteúdo dos livros didáticos e apresentados na literatura e, até mesmo, no discurso dos justiceiros.

Entretanto, podem existir situações em que o discurso ou o texto persuasivo pode ser utilizado de forma a incentivar algumas práticas, como, por exemplo, influenciar no deslocamento de crenças que favoreçam comportamentos mais saudáveis em relação à saúde do indivíduo.

No campo da saúde, a persuasão pode ser utilizada pelos profissionais para influenciar determinada clientela a executar uma ação. Por exemplo, se comparássemos o profissional de saúde a um “persuasor”, diríamos que a sua meta maior é convencer o cliente de uma realidade que os conhecimentos científicos atuais indicam ser a mais válida para a manutenção da saúde, influenciando, assim, o cliente a seguir as recomendações do tratamento, com alteração de seu estilo de vida através de comportamentos positivos em saúde. Diríamos também que o profissional de saúde

persuasor é a pessoa que tem a oferecer algo de que alguém necessita; e também pode influenciar, motivar e auxiliar na minimização de problemas.

Para atingir tal intento, ele (persuasor) necessita compreender o cliente, reconhecendo suas aspirações, necessidades de saúde, a fim de motivá-lo para práticas saudáveis. Deve ainda levar em conta a cultura, a linguagem, a tecnologia, o conhecimento da doença e do problema que afeta o indivíduo e o contexto político econômico em que este está inserido, além de verificar o quanto a sua doença, vícios e hábitos o incomodam.

O profissional de saúde deve ser capaz de utilizar estratégias que atendam efetivamente as necessidades do cliente na realização desses desejos de saúde e de bem-estar ou de sinalizar para as possibilidades ou caminhos disponíveis para atingi-los, tais como: 1) identificar a necessidade social e pessoal do cliente; 2) entender e atender as necessidades implícitas e explícitas (indicadores); 3) concretizar opções de saúde/busca de saúde (metodologia científica); 4) auxiliar seu cliente a tomar decisões acertivas e atingir suas metas (CONTE; FEIGES, 2000).

A persuasão pode ser compreendida por diversos modelos teóricos existentes, desde a abordagem retórica clássica que relacionou a persuasão com os processos de manipulação de mensagens orais com o intuito de promover a audiência do público, a outros modelos mais elaborados que visam modificar crenças e atitudes de pessoas. Como exemplo, podemos citar Martin Fishbein (1967), que elaborou três modelos: o modelo de atitude em relação ao objeto, o modelo de atitude em relação ao comportamento e o modelo da tese da ação racionalizada. Como um todo os modelos

examinam as crenças dos consumidores acerca dos atributos específicos do produto (por exemplo: características e benefícios de um determinado produto ou marca).

Outro modelo de persuasão foi o proposto por Irving *et al* (1959) e está vinculado a compreender como operam as variáveis de comunicação na situação de mudança de atitude. Entre os vários estudos sobre persuasão, escolhemos o de Fotheringham (1966) por ser no nosso entendimento o mais adequado para o tipo de estratégia que pretendemos desenvolver nesse estudo.

A persuasão segundo Wallace Fotheringham

Wallace Fotheringham (1966, p. 7) descreve o processo de persuasão como sendo “*um conjunto de efeitos nos receptores, relevantes e úteis para as metas desejadas pela fonte, ocasionados por um processo em que as mensagens foram importantes determinantes daqueles efeitos*”. Ele relaciona alguns critérios a essa definição, a saber: 1) a relevância dos efeitos; 2) a instrumentalidade da persuasão; 3) a importância das mensagens; 4) o envolvimento da escolha; 5) a natureza pessoal e interpessoal da persuasão.

No primeiro critério, fica estabelecido que os efeitos que ocorrem nos receptores devem ser relevantes para os objetivos da fonte. Embora o escritor-persuasor possa querer influenciar o leitor de algum modo nesse processo, pode atingir muitos outros receptores não pretendidos. O segundo critério refere-se ao efeito instrumental; é aquele que constitui um meio para uma meta. No terceiro critério da persuasão, temos a importância das mensagens. Para Fotheringham (1966, p.54), uma mensagem é um

signo, ou grupo de signos, usado intencionalmente por uma fonte para gerar uma significação ou simbolização. Os signos estimulam a significação ou atribuição do significado: “um sinal é um signo que indica a presença ou existência de um objeto e um símbolo é concepção do objeto”. As mensagens persuasivas podem ser verbais, não-verbais ou a combinação entre esses dois tipos.

O quarto critério envolve a escolha; o que é importante para a persuasão é a ilusão de escolha. Portanto, a persuasão somente existe quando o receptor acredita haver uma escolha entre as várias alternativas.

O último critério compreende a natureza interpessoal, que está limitada aos seres humanos e é um processo que envolve mais de uma pessoa. No processo de persuasão, uma fonte desenvolve uma mensagem para atingir uma meta envolvendo receptores.

O mesmo autor afirma ainda que o processo da persuasão se dá em cinco etapas (Figura 1): uma mensagem é enviada a um receptor, a mensagem é percebida e identificada pelo receptor, o intérprete (receptor) atribui um significado à mensagem, o significado dentro do receptor atua como um estímulo para quaisquer efeitos que possam ocorrer, os efeitos no receptor geram uma ação que pode relacionar-se com a meta desejada pelo persuasor (FOTHERINGHAM, 1966).

Para este autor, na persuasão, poderá ocorrer algum efeito indesejado. Estes efeitos estão relacionados em duas categorias: a dos efeitos preliminares, que inibem o processo de persuasão e incluem a exposição seletiva, a rejeição da mensagem, a distorção ou reestruturação cognitiva da mensagem, efeitos de congruência (distorção da mensagem ou fonte) e os efeitos que se referem às respostas de ação por parte do

receptor que contrariam a meta do persuasor e incluem a demora de adoção, a superadoção, os substitutos de ação, a descontinuidade indesejada e a distorção do *feedback* (FOTHERINGHAM,1966).

As mensagens são instrumentais e são derivadas do objetivo da fonte; e, para explicar o conceito de instrumentalidade, esse autor utiliza o conceito de meta, pois, “a meta da persuasão é a ação” (LITTLEJOHN,1988, p.167). A ação pode ser composta de quatro tipos: adoção - com base na experimentação e/ou avaliação, o(s) indivíduo(s) decide(m) adotar tal prática ou comportamento, alterando a sua crença; permanência - permissão, consentimento; dissuasão - ação organizada para desencorajar a adoção/rejeição da mudança; descontinuidade - não continuar, interromper.

FIGURA 1 - Apresentação esquemática do processo de persuasão, adaptado.

Fonte - FOTHERINGHAM (1966).

A construção da estrutura de uma mensagem persuasiva

De acordo com o referencial teórico adotado para gerar efeito, as mensagens persuasivas criadas devem seguir um planejamento que tenha por finalidade atingir uma meta: no caso, o pesquisador - ou profissional da área de saúde, utilizando um software - (fonte) formulará e enviará mensagens persuasivas a pessoas com risco para desenvolver doença arterial coronariana (receptores), para que eles acreditem que/ se convençam de que a adoção de comportamentos saudáveis ajudará na manutenção de sua saúde (efeito instrumental), tendo como meta modificar as crenças sobre comportamentos de risco para doença coronariana, ou adotar comportamentos mais saudáveis.

Um fator importante a ser considerado nessa estrutura é que o estímulo para a mudança é o significado suscitado no receptor. Os efeitos que o significado pode acarretar são: afetivos (nível do sentimento), cognitivos (conhecimento, crenças, opiniões) e os efeitos comportamentais (conativos).

A persuasão como um processo de influência pode estar associada à prática de uma ação intencional e calculada, ou influência espontânea e involuntária (encanto pessoal, carisma, prestígio, sedução); pode ser realizada sob o efeito da demonstração, pesquisa de provas, recurso à emoção ou seguir um estratagema.

Ao transmitirmos uma informação, desejamos, no mínimo, a adesão como objetivo ou meta de condicionar a ação a ela. Mas o ato de persuadir só será realizado graças a uma convivência, uma concordância, uma cumplicidade do destinatário/ indivíduo receptor da mensagem em relação ao emissor.

O emissor/persuasor terá que controlar o processo da interação para que haja um consentimento ideal, ou seja, o persuadido deverá ter a impressão “de se ter convencido por si mesmo” (BELLENGER, 1987, p. 39).

Para que esse processo aconteça, Huisman (1983) estabeleceu três fases para a comunicação persuasiva:

- 1) fase pedagógica - na qual o emissor procurará modificar o estado dos conhecimentos do receptor, transmitindo-lhe elementos do saber, ou da habilidade.
- 2) fase paradigmática - o emissor deixa desenvolver a sua expressão enquanto continua a focalizar a comunicação no sentido da meta.
- 3) nova fase pedagógica - o receptor é estimulado a enunciar os futuros da comunicação, funcionando como um catalisador que torna possível a persuasão.

A comunicação persuasiva, no presente estudo, enfocará crenças encontradas sobre os comportamentos de risco para doença coronariana, prevendo alterá-las para crenças que auxiliem os indivíduos a diminuir o risco de desenvolver DAC.

4. APLICAÇÃO DO REFERENCIAL DE PERSUASÃO E DE CRENÇAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para que as pessoas possam concordar conosco, colaborando e convencendo-se do que estamos falando, e venham a produzir as respostas que desejamos, é indispensável que elas conheçam as idéias, sentimentos, desejos, projetos ou necessidades que estão em nossa mente. Mas, como as pessoas não podem “ver” nossos pensamentos, devemos torná-los comuns aos outros, a fim de podermos obter as respostas correspondentes a tais projetos ou necessidades. Não devemos perder de vista

que uma mensagem possui signos que, no ato comunicativo, são transformados em mensagens que são enviadas a um destinatário pretendido ou não.

Com relação ainda ao conteúdo e estrutura de uma mensagem, esta pode conter um grupo de argumentos e de evidências factuais para supor esse argumento.

Podemos observar, por exemplo, no meio publicitário, persuasores especializados tentando desenvolver métodos que possam enfraquecer as crenças dos consumidores, tendo em vista as qualidades de uma determinada marca particular sobre uma do competidor. As crenças do tipo inconseqüente são freqüentemente utilizadas para despertar no consumidor o interesse, o desejo, o gosto, a preferencia.

Nesse sentido, voltemos à abordagem da retórica clássica como busca dos meios comunicativos para se persuadir ou convencer. O que se pretende neste estudo é transmitir idéias, conceitos, conhecimentos atualizados de forma amena e clara. A argumentação, segundo Oléron (1983); Breton (1999), é um procedimento pelo qual uma pessoa - ou um grupo – se propõe a convencer o público a adotar uma posição, por meio de apresentações, argumentos, objetivando demonstrar a validade ou fundamento desta proposição. Desta forma, a argumentação implica um raciocínio que pretende chegar a uma conclusão e que constitui uma ação enquanto discurso com o que se pretende influir no interlocutor (REYZÁBAL,1993).

Os argumentos, neste estudo, baseiam-se nas crenças mais freqüentes ligadas aos comportamentos de risco para doença coronariana.

Primeiramente, o pesquisador reuniu um corpo de informações baseadas em conhecimentos científicos sobre a doença coronariana, que ratificam o fato de que comportamentos de saúde mais saudáveis proporcionam uma melhor qualidade de vida e

diminuem riscos para se desenvolver a doença coronariana (infarto). E são esses comportamentos que ele quer partilhar com a população-alvo.

A seguir, o pesquisador identificará a clientela com que vai concretamente trabalhar: indivíduos com crenças sobre comportamentos de risco para doença coronariana. Ele identifica as crenças nesses comportamentos, baseado no estudo de Stuchi (1999), elabora um texto persuasivo para adaptar o seu conhecimento ao da clientela em questão e, a partir daí, coloca em evidência cada crença nos comportamentos de risco, criando uma dimensão pedagógica para os indivíduos relacionada ao ato da prevenção (argumento baseado em fatos, estatísticas, definições, conceitos, mostrando os resultados de quem adere às práticas mais saudáveis na vida cotidiana); utiliza argumentos persuasivos baseados na analogia, comparação, apelos ao medo, exemplificação, utilização de formas comunicacionais como recurso de imagens reais ou imagens criadas, sempre tendo como meta na diminuição dos riscos de um primeiro infarto, criando um clima propício para um resultado favorável (argumento pragmático).

Diante do exposto, face aos inúmeros desafios de obter melhor qualidade de vida dessa clientela, influenciando na adoção de comportamentos mais saudáveis e favorecendo a adesão ao tratamento médico recomendado, desenvolvemos o presente estudo.

5. HIPÓTESES

Considerando as crenças como uma das variáveis que podem estar interferindo no comportamento das pessoas e usando a comunicação persuasiva como uma estratégia capaz de modificá-las, propomos as seguintes hipóteses:

Hipótese H1: a comunicação persuasiva modificará as crenças sobre comportamentos de risco para DAC em pessoas com risco para desenvolver DAC.

Hipótese H0: a comunicação persuasiva não modificará as crenças sobre comportamentos de risco dos indivíduos com risco para desenvolver DAC.

Hipótese H2: a comunicação persuasiva deslocará as crenças situadas na periferia do sistema de crença dos indivíduos pesquisados (crenças C, D e E).

Hipótese H0: a comunicação persuasiva não deslocará as crenças situadas na periferia do sistema de crença dos indivíduos pesquisados.

6. OBJETIVO

Com base nas descrições anteriormente mencionadas, temos como **objetivo** investigar o quanto um material didático pedagógico (formatado em CD-ROM, baseado na teoria da persuasão de Fotheringham) é capaz de modificar as crenças que favoreçam comportamentos de risco para o desenvolvimento de doença coronariana (DAC) para crenças que favoreçam a adoção de comportamentos que possam auxiliar na prevenção dessa doença.

7. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de delineamento quase-experimental, tipo antes e depois, de caráter prospectivo, onde o próprio sujeito é o controle dele mesmo (COOK; CAMPBELL, 1979).

Neste estudo, consideraremos como variável independente a *comunicação persuasiva* definida como mensagem, o conteúdo escrito e visual contido no CD-ROM, e como variáveis dependentes as crenças nos comportamentos de risco para doença coronariana.

Elaboração do CD-ROM

Para darmos início à elaboração do CD-ROM, a primeira preocupação foram os canais de comunicação pelos quais a mensagem alcançaria a população-alvo. Selecionamos, para isso, os canais visual e auditivo para apreensão da mensagem persuasiva. O canal auditivo implicou a cadência da mensagem e da voz feminina para compatibilizar com a personagem adotada para representar a pesquisadora e o canal visual implicou a presença de telas simples do ponto de vista da objetividade pretendida na mensagem. Ouve a preocupação de evitar a poluição visual e estímulos excessivos.

Para que houvesse a consonância entre as imagens e o texto, a pesquisadora precisou explicar o objetivo deste estudo a um especialista em computação gráfica e desenhista. Foi também analisado como a construção das telas seria definida, para tanto, foram necessários vários encontros, inclusive para que fosse definida qual a melhor apresentação para a tela, ou seja, qual a melhor estrutura, espaço a ser utilizado dentro da tela, como se daria a disposição das imagens, do texto, quais as cores que comporiam

essa estrutura. A pesquisadora foi quem forneceu todos os subsídios teóricos, informações, detalhes para que os desenhos fossem criados. Foram inúmeras tentativas para que os desenhos esboçados se transformassem na imagem fiel, conforme idealizado pela pesquisadora. Nesta fase, algumas idéias foram reestruturadas devido à dificuldade de operacionalização em programa de computador.

Na segunda fase de elaboração do *CD-ROM* foram estruturadas todas as telas, contendo o arcabouço para os comportamentos de risco para DAC. Inicialmente foram projetados textos extensos devido a nossa preocupação com a argumentação. Após alguns testes, optou-se por reduzir a argumentação e retirar o máximo dos significados das imagens. Optamos por imagens com animação devido ao efeito de fixação que elas produzem no receptor.

Na terceira e última fase de elaboração do CD-ROM, as telas foram totalmente estruturadas e as imagens tratadas através do programa *Photoshop 5.0*, as animações foram executadas através do *Ulead Gif Animator 5.0* e *Flhash 5.0*. As páginas foram criadas em HTML pelo Front Page 2000, programa compatível com *Internet Explorer*, a resolução do monitor foi de 800x600, e a acústica foi mixada em som em MID.

O CD-ROM conta com 79 telas (páginas) em HTML, sendo uma para a abertura; uma para o Índice Geral (que permite a entrada para todas as páginas); dez páginas referentes à doença coronariana (infarto agudo do miocárdio); uma contendo o índice específico dos comportamentos de risco; 65 páginas/telas são específicas com conteúdos de cada um dos 10 comportamentos de risco; uma contendo as referências bibliográficas consultadas. As páginas possuem botões que permitem acesso instantâneo ao menu geral

ou dos comportamentos. A quantidade das telas (páginas) referentes aos 10 comportamentos de risco variou para cada um deles, de 06 a 13 páginas.

Ao elaborarmos o texto persuasivo, levamos em consideração a classificação do tipo de crença (Rokeach, 1981) nos comportamentos de risco para DAC (Stuchi, 1999) e nossa experiência de assistência e pesquisa com os conteúdos de crenças de Rokeach (1981), pessoas doentes e/ou com risco para desenvolver novo evento coronariano.

A mensagem foi estruturada com base em 4 critérios: credibilidade, coerência, consistência e congruência (Bellenger, 1987), a saber: a) credibilidade: para aceitação de uma “idéia”, ela deverá advir de uma fonte verdadeira. As mensagens foram elaboradas utilizando literatura científica atual e conceitos, definições, esclarecimentos, indicados pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo e Ministério da Saúde. Alguns recursos foram acrescentados à construção das mensagens, tais como, analogia, o exemplo, a repetição; b) coerência: para atingirmos o requisito coerência, utilizamos a demonstração, a lógica e argumentação, visando mostrar a validade ou a fundamentação do texto persuasivo em coesão com os princípios científicos adotados. Incluímos algumas formas de raciocínio: dedução, a indução, o raciocínio por eliminação ou por analogia; c) consistência: incluímos a continuidade do propósito como recurso capaz de criar uma argamassa consistente capaz de sustentar a intencionalidade da meta e dos efeitos instrumentais desencadeados pelo propósito da mensagem e d) congruência: a pertinência e adequação dos conteúdos das mensagens criados de forma a atender os conteúdos pretendidos numa abordagem de pessoas com risco de desenvolver doença arterial coronariana.

Para validação do CD-ROM, a pesquisadora submeteu o conteúdo a um painel de juízes composto de 25 pessoas, a saber: 09 enfermeiros, 05 nutricionistas, 05 médicos, 06 profissionais de comunicação.

A diversidade do painel de juízes objetivou contemplar os seguintes aspectos: 1) enfermeiros com experiência prática, de ensino e pesquisa em área clínica, com processo de comunicação e com conteúdos relacionados a eventos coronarianos - prevenção, tratamento e reabilitação e conteúdos relacionados ao sistema de crença de Rokeach (1981) -; 2) médicos especialistas na área de cardiologia; 3) nutricionistas com experiência clínica de aconselhamento de reeducação alimentar e de balanceamento de dietas; 4) profissionais de comunicação com experiência prática, ensino e pesquisa em locução, editoração e imagem gráfica.

Para seleção dos juízes que participaram do processo de validação do CD-ROM, adotamos como critério a pontuação proposta por Fhering (1986, 1987, 1992), adaptada ao conteúdo abordado, conforme apresentado no quadro 1.

Junto ao CD-ROM que foi apresentado aos juízes, foi fornecido um formulário de identificação, no qual constavam os dados de caracterização (profissão, tempo de profissão, formação acadêmica, trabalhos publicados, linha de pesquisa e experiência clínica e/ou profissional), os quais foram devidamente preenchidos.

Quadro 1- Proposta de pontuação adaptada de Fhering para que uma pessoa ser considerada juiz. Interior de São Paulo, mar/2002 a mai/2003.

Proposta de Fhering	Escore	Proposta adaptada de Fhering para avaliação do CD-ROM	Escore usado
Mestre em enfermagem	4	Mestre nas seguintes áreas (enfermagem, medicina, nutrição, comunicação)	4
Mestre em enfermagem e dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1	Mestre em área de conhecimento de enfermagem, comunicação, nutrição, medicina, dissertação com conteúdo relevante dentro das seguintes áreas (comunicação, nutrição, sistema cardiovascular, eventos coronarianos, prevenção, tratamento, reabilitação de pessoas com ou vulneráveis a eventos coronarianos e sistema de crenças de ROKEACH,1981)	1
Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2	Pesquisa com publicação em pelo menos uma das áreas de comunicação, nutrição, sistema cardiovascular, eventos coronarianos, prevenção, tratamento, reabilitação de pessoas com/ou vulneráveis a eventos coronarianos, sistema de crenças de ROKEACH,1981)	2
Artigo publicado na área de diagnósticos em periódico de referência	2	Artigo publicado na área de comunicação, nutrição, sistema cardiovascular, eventos coronarianos, prevenção, tratamento e/ou reabilitação de pessoas com/ou vulneráveis a eventos coronarianos, sistema de crenças de ROKEACH,1981).	2
Doutorado em diagnóstico de enfermagem	2	Doutorado em uma das seguintes áreas: comunicação, nutrição, sistema cardiovascular, eventos coronarianos, prevenção e/ou reabilitação de pessoas na área de DAC, sistema de crenças de ROKEACH,1981)	2
Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área de enfermagem clínica médica	1	Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração em pelo menos uma das área de: comunicação, nutrição, cardiovascular, eventos coronarianos, prevenção, tratamento, reabilitação de pessoas com/ou vulneráveis a eventos coronarianos, sistema de crenças de ROKEACH,1981)	1

Certificado (especialização) na área de clínica médica com comprovada prática clínica	2	Certificado (especialização) na área de comunicação (especificar: propaganda <i>marketing</i> , editoração de imagem), nutrição (especificar), DAC e educação.	2
---	---	--	---

FONTE - FEHRING (1986, 1987, 1992) adaptado.

De acordo com o sistema de pontuação adaptado de Fehring (1986, 1987, 1992), os juízes alcançaram escores que variaram de 5 a 12 pontos, conforme demonstrado no quadro 1. Para esse autor, o escore mínimo necessário para o juiz é de 5 pontos.

Para a avaliação do conteúdo do CD-ROM, foram fornecidos aos 25 juízes os objetivos do estudo, juntamente com um instrumento contendo 10 questões. Cada item disponibilizado para os juízes foi formatado numa Escala do tipo *Likert*, contendo 5 pontos cada. O conteúdo do CD-ROM sofreu duas avaliações pelos peritos. Na primeira fase (que antecedeu a finalização do CD-ROM), foram avaliados conteúdos preliminares e um texto base, a partir dos quais foram julgados os conceitos fundamentais da temática abordada, descrições detalhadas da intenção de comunicação persuasiva a ser utilizada, fundamentos de fisiologia, anatomia, fisiopatologia e os fatores de risco para doença coronariana. A segunda fase ocorreu próximo ao momento de finalização do CD-ROM, quando foram acrescentadas aos textos algumas mensagens e imagens persuasivas.

Quadro 2 - Escores atribuídos pelos 25 peritos para o CD-ROM na primeira e segunda avaliação.

CRITÉRIOS AVALIADOS	1º avaliação	2º avaliação
	ESCORE	ESCORE
1) O conteúdo do CD-ROM contempla os comportamentos de risco para doença coronariana	0,95	0,96
2) A organização do CD-ROM por assunto obedece a uma sequência lógica:	0,93	0,94
3) Vocabulário do conteúdo do CD-ROM está adequado para o público-alvo	0,88	0,92
4) Os conceitos e termos utilizados no texto escrito contido no CD-ROM estão corretos	0,92	0,92
5) O conteúdo do CD-ROM atende ao objetivo do estudo	0,90	0,93
6) As mensagens são de fácil compreensão, claras e concisas.	0,88	0,91
7) As figuras ilustrativas estão adequadas ao texto	0,99	0,99
8) A animação das figuras não desvia a atenção do público-alvo de forma a provocar distração	1	1
9) A quantidade de mensagem em cada tela está apropriada	0,83	0,91
10) As referências bibliográficas são atuais	0,93	0,94

Cabe ressaltar que os pesos aplicados a cada item foram: 1 para concordo plenamente; 0,75 para concordo em parte; 0,5 não tenho opinião; 0,25 discordo em parte; 0 discordo plenamente.

Calculamos a média ponderada a partir da aplicação dos pesos sugeridos por Fhering (1986, 1987, 1992), adotando como ponto de corte escores iguais ou superiores a 0,80 e iguais ou superiores a 0,90 para a primeira e segunda avaliação respectivamente.

Local do estudo, População e amostra

O estudo foi realizado numa cidade do interior do estado de São Paulo, com 9.140 habitantes, segundo estimativa de 2004 (IBGE, 2004). O município dispõe de atendimento na área de saúde, de um Centro de Saúde e de duas unidades ambulatoriais não-hospitalares, conforme dados disponíveis do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE (2004). A demanda de atendimento da população na área de saúde é triada e encaminhada para atendimento em uma cidade vizinha, que possui aproximadamente 350 mil habitantes. Isso equívale a dizer que não há disponível na cidade: 1) leitos/internação hospitalar; 2) atendimento ambulatorial hospitalar; 3) atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS); 4) consultórios médicos; 5) consultórios odontológicos públicos.

Foi solicitada a permissão ao prefeito da cidade para que o estudo pudesse ser realizado, e também ao diretor clínico do Centro de Saúde da referida cidade. Submetemos também a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto-USP para apreciação. Após a aprovação nessas instâncias, procedemos à seleção da amostra (protocolo nº 0386/2003).

Para delinear a amostra, dividimos a cidade em 4 regiões (A, B, C e D) e delimitamos os critérios de inclusão e exclusão. Dentre os seguintes critérios de inclusão, adotamos, a saber: a) concordância em participar do estudo; b) idade superior ou igual a 30 anos e menor que 74 anos, conforme Tabela de Escore de riscos de Framingham (Wilson et al, 1998); c) capacidade de manutenção de uma conversação lógica; d) enquadramento no escore de risco conforme descrito na Tabela de Escores de risco de Framingham (Wilson et al, 1998) (pessoas com baixo, médio ou alto risco para desenvolver DAC - Anexo 2); e) ausência de diagnóstico de doença arterial coronariana e f) crença em algum comportamento de risco para DAC.

Ressaltamos que a população do estudo foi de 212 participantes, mas foram excluídos 12 participantes, pois não atenderam aos critérios de inclusão (6 participantes possuíam idade superior a 74 anos; para 01, na fase de seleção da amostra, foi confirmado diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio, 04 não atenderam ao enquadramento do escore de risco de Framingham (Wilson et al, 1998) e 01 se recusou a participar, justificando indisponibilidade de horário.

Assim, a amostra foi composta de 200 moradores da referida cidade, sendo 50 de cada uma das regiões previamente delimitadas (A, B, C e D), os quais atenderam os critérios de inclusão e concordaram em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto na Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde (1996; 2002), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos

(Anexo 1). Buscamos uma amostra abrangente dentro de nossas possibilidades, por conveniência, em virtude de o estudo avaliar variáveis não paramétricas.

Coleta de dados

A coleta de dados transcorreu de junho a novembro/2003. O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de fontes bibliográficas diversas: escore de risco de Framingham (Wilson et al, 1998), Sistema de Crenças de Rokeach (Rokeach, 1981), Escala de Estresse Holmes-Rahe (Lipp, 1990) e realização de um estudo piloto com 15 sujeitos para avaliação da operacionalidade dos mesmos de forma a contemplar os objetivos da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados (Anexo 2) incluiu cinco partes:

1) identificação de dados sociodemográficos e epidemiológicos da população em estudo, que envolvem informações quanto a gênero, idade, grau de instrução, renda familiar, profissão, antecedentes pessoais e familiares de doença (hipertensão, diabetes, tabagismo, colesterolemia) e área demográfica; 2) avaliação do risco para desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC) segundo Framingham (Wilson et al, 1998), que inclui dosagem de glicemia, mensuração da pressão arterial, colesterol total, HDL-c, tabagismo, idade e gênero; 3) determinação das crenças sobre comportamentos de risco para DAC; 4) avaliação de fatores de risco: hipertensão arterial, colesterolemia, diabetes, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, estresse e obesidade; 5) avaliação dos comportamentos de risco: não controlar

hipertensão arterial, não controlar o peso corporal em excesso, fumar (ativo/passivo), ingerir bebida alcoólica em excesso, não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue, acrescentar sal em excesso aos alimentos, ingerir alimentos ricos em gordura, não aliviar o estresse e não realizar atividade física.

Procedimentos para obtenção dos dados

Para a efetivação da coleta de dados foram empregados os seguintes métodos:

- para a verificação da pressão arterial, foi explicado o procedimento ao participante e perguntado se ele havia realizado algum exercício físico, ou ingerido alguma bebida alcoólica, café, alimentos, ou se havia fumado, nos últimos 30 minutos. Em seguida, o indivíduo foi colocado em repouso (sentado) durante 5 minutos e nos certificamos de que as pernas dele não se encontravam cruzadas, bem como de que o braço se mantivesse na altura do coração, a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido. A braçadeira ou bolsa de borracha foi colocada 3 cm acima da fossa anticubital. Foi palpado o pulso radial e inflado o manguito para a estimativa da pressão sistólica. Um minuto após ter sido esvaziado o ar do manguito, foi posicionada a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial (fossa anticubital) e inflado de 10 em 10 mmHg, até que ultrapassasse 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Em seguida, foi desinsuflado, de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a pressão sistólica (fase 1 de Korotkoff) e a diastólica (fase V de Korotkoff) terem sido identificadas, foi desinsuflada rapidamente a bolsa de borracha. Foram realizadas três verificações, tomando-se como referência a média aritmética dos

valores corrigidos pela tabela de conversão das pressões. Obs. Foram levados em consideração o comprimento da bolsa de borracha, a largura do manguito e a circunferência do braço (IV DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

- para dosar a glicemia e perfil lipídico do sangue venoso periférico, o participante foi orientado a permanecer em jejum de 12 horas, sendo coletado 10 ml de sangue, mediante seringa e agulha estéreis e descartáveis, realizado anti-sepsia no local da punção com álcool a 70%, procedimentos feitos pela pesquisadora com luvas. A amostra de sangue foi acondicionada em isopor com gelo até a metade do volume do isopor e transportada imediatamente ao laboratório.
- para pesar os participantes, utilizou-se balança portátil, de ponteiro, com valor máximo de 130 kg, tendo sido calibrada em Instituição competente para esta finalidade. Os participantes foram pesados em jejum, com roupas leves e sem calçados.
- para medir a altura, foi utilizada uma fita métrica não distensível, de 1,50 m. Foi solicitado à pessoa que ficasse em posição ereta, com o olhar dirigido para frente, com as costas, calcanhares e panturrilha encostados à parede, numa superfície plana. Os participantes foram medidos descalços.
- para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizado o índice de *Quetelet* (WHO,1998), que consiste na fórmula:

$$\text{massa corporal} = \frac{\text{Peso}}{\text{altura}^2}$$

- para levantamento dos comportamentos de risco, foi realizada entrevista, como já foi dito anteriormente, tendo sido manuscrito o registro pela própria pesquisadora.
- para levantamento das crenças, foi realizada entrevista, registrada com uso de papel e caneta; após o registro, as respostas foram lidas e codificadas pela pesquisadora conforme os tipos de crenças (ROKEACH,1981).
- para avaliação do risco para DAC, foram agregados os dados pertinentes, tendo sido necessário aguardar os resultados laboratoriais. A própria pesquisadora preencheu a escala de risco de Framingham (Wilson et al, 1998); somente ao término do cálculo do risco, é que o dado foi compartilhado com o sujeito. Esta escala inclui os itens idade, sexo, colesterol total, pressão sistólica ou diastólica, tabagismo, diabetes.
- para avaliação do estresse, foi utilizada a escala de Holmes-Rahe (Lipp,1990), que inclui 37 itens: morte do cônjuge, divórcio/separação, ser preso, morte de pessoa querida da família, ferimento ou doença pessoal grave, casamento, demissão de emprego, reconciliação com o cônjuge, aposentadoria, doença grave em pessoa da família, gravidez, dificuldades sexuais, chegada de novo membro á família, adaptação a novo emprego ou negócio, alteração de situação financeira, morte de amigo querido, mudança de área de trabalho, aumento da freqüência de discussões com o cônjuge, dívidas/problemas financeiros, mudança de responsabilidade de emprego, a saída de um filho da casa dos pais, dificuldades de relacionamento com os sogros, façanha pessoal incomum, o empregar ou desempregar do cônjuge, início ou término de estudos, alteração nas condições de vida, revisão de hábitos pessoais, dificuldade com chefe, mudança nas condições de horário de trabalho, mudança de escola, mudança de tipo de lazer, mudança de atividades sociais, alteração de hábito

de dormir, alteração nos hábitos de comer, férias, natal, transgressões não graves da lei, com pontuação que varia de 151 a 300 ou mais (incluída no Anexo 2).

- para a mensuração da circunferência abdominal, foi utilizada fita métrica não distensível, de 1,50 m de comprimento. Foi solicitado que o participante ficasse em pé, expusesse a região abdominal (tendo sido assegurada a privacidade do mesmo) e, em seguida, foi realizada a mensuração com o auxílio da fita métrica pela pesquisadora. A circunferência foi determinada na cicatriz umbilical ou pelo maior diâmetro do abdome (ISSA; FRANCISCO, 1996).

A coleta de dados ocorreu em 5 etapas. Numa primeira abordagem, a pesquisadora apresentou o objetivo e as etapas dos procedimentos do estudo aos participantes, a saber:

- a) levantamento de informações preliminares para verificação do atendimento aos critérios de inclusão, coleta de 10 ml de sangue venoso para dosagem de glicemia, HDL-c, colesterol total, LDL-c, aplicação do instrumento de avaliação de risco para DAC; b) verificada a presença do risco para DAC, foram programadas três avaliações sucessivas das crenças sobre comportamentos de risco para DAC, com intervalo de tempo de aproximadamente três semanas entre elas, sendo que, após a primeira avaliação (pré-teste), seria realizada uma intervenção com a utilização de material didático formatado em CD-ROM.

Na segunda etapa, a pesquisadora solicitou que o participante assistisse ao conteúdo do CD-ROM de acordo com o comportamento de risco previamente identificado. Para esse procedimento, foi utilizado um *notebook* com fonte de energia e fone de ouvido. O manuseio do CD-ROM não ultrapassou 15 minutos, atendendo a preconização de Roman; Maas (1994). O material e equipamentos foram levados pela pesquisadora ao

domicílio dos participantes, atendendo à preferência dos mesmos quanto aos horários mais convenientes. Posteriormente foi permitido que o entrevistado assistisse livremente ao CD-ROM ou solicitasse à pesquisadora novas telas do interesse dele.

A terceira etapa deu-se da seguinte forma: durante o período de quatro dias, a pesquisadora mostrou o conteúdo do CD-ROM, uma vez ao dia, a cada participante, de acordo com os comportamentos de risco identificados. Para estes novos encontros, o local e horário foram definidos pelos participantes.

Na quarta e quinta etapas, procedemos, respectivamente, três semanas após a primeira entrevista e a apresentação do CD-ROM, à aplicação da segunda avaliação de crenças (pós teste 1) e, três meses depois da intervenção, à nova avaliação das crenças (pós teste 2) aos participantes.

Procedimentos para análise dos dados

- pressão arterial – foram analisados os níveis pressóricos de acordo com a IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), que classifica a pressão arterial para os indivíduos com idade superior a 18 anos da seguinte forma: ótima
 - pressão sistólica menor que 120 mmHg e diastólica menor que 80 mmHg;
 - normal - pressão sistólica menor que 130 mmHg e diastólica menor que 85 mmHg;
 - limítrofe - pressão sistólica entre 130-139 mmHg e diastólica entre 85-89 mmHg;
- para a análise da hipertensão, são considerados 3 estágios: estágio 1(leve) pressão sistólica entre 140-159 mmHg e pressão diastólica entre 90-99 mmHg; estágio 2 (moderada) pressão sistólica entre 160-179 mmHg e pressão diastólica entre 100-

109 mmHg; estágio 3 (grave) pressão sistólica maior ou igual a 180 mmHg e pressão diastólica maior ou igual 110 mmHg.

- Amostra de sangue - foram observados 3 parâmetros: HDL-C, glicemia e colesterol total; para cada um, adotaram-se padrões de referência específicos:
- HDL-C – conforme a III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2001), os níveis de *High Density Lipoprotein* de referência são: a) baixo: valores menores que 40 mg/dl e alto os valores maiores que 60 mg/dl.
- Glicemia – para a dosagem de glicemia plasmática (em jejum), foram considerados os valores preconizados pelo Ministério da Saúde (2000) que considera: normal – valores menores que 100 mg/dl; alterada – 110-126 mg/dl; tolerância a glicose diminuída – menor que 126 mg/dl; e diabetes – valores de glicemia maiores que 126 mg/dl.
- Colesterol total – para avaliação, foram considerados os valores preconizados na III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2001) que são: ótimo – menores que 200 mg/dl; limítrofe – 200-239 mg/dl; alto - maior ou igual 240 mg/dl.
- Índice de massa corporal – para classificação de obesidade de acordo com o Índice de Massa Corpórea, foram considerados os seguintes parâmetros: a) normal: 18,5- 24,9 Kg/m²; b) sobrepeso: 25-29,9 Kg/m²; c) obeso classe 1: 30-34,9 Kg/m² d) obeso classe 2: 35-39,9 Kg/m²; e) obeso classe 3: maior ou igual a 40 Kg/m² (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).
- avaliação da circunferência abdominal – de acordo com a III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2001), possui aumento do risco de doença aterosclerótica: medida da cintura > 88 cm nas mulheres e > 102 cm nos homens.

- Estresse – para avaliar o estresse, foi utilizada a escala de Holmes-Rahe (Lipp, 1990) que se baseia em 37 itens (Anexo 2), a pontuação é obtida através da soma dos itens assinalados. Se uma pessoa somar 300 pontos ou mais terá 79% de chance de contrair alguma doença grave em breve; se a pontuação ficar entre 151 a 299, a chance de contrair alguma doença grave será de 51%; pontuações abaixo de 151 indicam que as chances de adoecer gravemente são pequenas.
- Para avaliação das crenças, foi elaborado um questionário estruturado com perguntas abertas, as respostas foram categorizadas nos tipos de crenças conforme referencial adotado por Rokeach (1981). Os cinco tipos de crenças descritos por esse autor estão dispostos segundo a centralidade: tipo A (consenso unanime), tipo B (consenso zero), tipo C (autoridade), tipo D (derivada), tipo E (inconsequente). As crenças do tipo A não foram avaliadas para este estudo.
- Para avaliação do risco para desenvolver doença arterial coronariana em 10 anos, foi utilizado o Escore de Risco de Framingham (Wilson et al, 1998) (Anexo 2), cuja fórmula é: Idade + CT + PAS ou PAD + DM + fumo = total de pontos. São considerados de baixo risco para desenvolver DAC os valores < 10%; médio risco valores >10% e < 20%; alto risco valores maiores ou iguais a 20%.

Os dados obtidos foram apresentados de forma descritiva através de distribuições de frequências nas quais foram apresentados os valores absolutos observados para as variáveis em questão seguidos de valores percentuais.

Foram utilizados também, para a análise das modificações das crenças, os testes não paramétricos de McNemar ou Binomiais, e, para a significação de mudanças, o χ^2

(qui-quadrado), adotando margem de erro igual a 5% ($\alpha = 0,05$) (CONOVER, 1996).

Para o processamento dos dados, foi usado o *software* estatístico SAS versão 8.2.

8 . RESULTADOS E DISCUSSÕES

8.1. Caracterização dos participantes

Inicialmente apresentaremos dos de caracterização social e demográfica e posteriormente dados de caracterização de condições de saúde. Dos 200 participantes, 100 (50%) eram do gênero masculino e 100 (50%) do feminino, com faixa etária compreendida entre 30 e 74 anos, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos 200 participantes segundo a faixa etária e o gênero.

Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
30I---34	5	5	4	4	9	4,5
35I---39	14	14	10	10	24	12
40I---44	11	11	12	12	23	11,5
45I---49	22	22	15	15	37	18,5
50I---54	21	21	14	14	35	17,5
55I---59	9	9	12	12	21	10,5
60I---64	6	6	11	11	17	8,5
65I---69	6	6	14	14	20	10
70I---74	6	6	8	8	14	7
Total	100	100	100	100	200	100

Ao avaliarmos a distribuição dos sujeitos participantes do estudo por faixa etária e gênero, pudemos observar que houve uma distribuição equitativa entre os gêneros com predominância de participantes entre as faixas etárias 45 a 54 anos (36%). A distribuição

por gênero da população residente na cidade em que a presente pesquisa foi realizada assemelha-se aos apresentados no censo demográfico no Brasil e na contagem populacional a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos de 2003 e 2004 estimados pelo IBGE (IBGE, 2004), sendo que, na estimativa, a diferença da população residente, segundo o gênero, somou 0,56% quando os gêneros foram analisados comparativamente.

Quanto ao grau de instrução, conforme pode ser observado na tabela 2, constatamos que, em ambos os gêneros, houve uma maior incidência de participantes (32%) que concluíram o ensino fundamental (1º grau), sendo 28% dos homens e 36% das mulheres. 23,5% dos participantes não completaram o ensino fundamental (1º grau), sendo similar a distribuição entre ambos os gêneros. 56 sujeitos possuíam o ensino médio fundamental completo (2º grau), havendo uma diferença de 6% favorável para os homens quando comparamos a distribuição por gênero. Percentual de diferença semelhante ao encontrado na comparação dos gêneros no caso dos participantes que concluíram o ensino superior (3º grau), que totalizou 8,5% da população estudada, ou seja, houve uma diferença de 5% a mais para os homens. Já o magistério computou 3,5% da distribuição dos participantes para o grau de instrução, sendo muito mais expressivo entre as mulheres quando analisamos comparativamente com os homens.

Os dados anteriormente mencionados indicam uma similaridade com as estatísticas brasileiras da distribuição do grau de instrução segundo o gênero na cidade em que a pesquisa foi realizada e na maioria das cidades do interior brasileiro, ou seja, é possível identificarmos um melhor preparo do ponto de vista da escolaridade dos homens quando comparados com as mulheres, o que, segundo alguns especialistas, tem

sido fator favorecedor para a inserção dos mesmos no mercado de trabalho (IBGE, 2004). Cabe mencionar que, em nossa amostra, houve uma predominância do magistério como atividade de formação entre as mulheres, confirmando o perfil feminino de atuação das mulheres na profissão.

Tabela 2 - Distribuição dos 200 participantes segundo o grau de instrução e o gênero.

Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Grau de instrução	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1º grau completo	28	28	36	36	64	32
1º grau incompleto	23	23	24	24	47	23,5
2º grau completo	31	31	25	25	56	28
2º grau incompleto	6	6	3	3	9	4,5
Magistério	1	1	6	6	7	3,5
Superior	11	11	6	6	17	8,5
Total	100	100	100	100	200	100

Ao consultarmos o número de anos de estudo, segundo o município, estimado para os anos intercensitários com base no ano de 2002 e considerando que menos de 1 ano até 3 anos de estudo é tempo compatível com o 1º grau incompleto (ensino fundamental); quatro anos de estudo é compatível com o 1º ano do ensino fundamental completo; cinco a sete anos completos é tempo compatível para a realização do 2º grau (ensino médio) incompleto; oito anos de estudo é tempo compatível com a conclusão do 2º grau (ensino médio); nove a onze anos de estudo é tempo compatível com a conclusão do magistério e mais de doze anos é compatível com o tempo para a realização de um curso superior, podemos identificar uma compatibilidade do perfil dos participantes da presente pesquisa com a distribuição por anos de escolaridade que ocorre no município (IBGE, 2004).

Na tabela 3, identificamos a distribuição dos participantes segundo a ocupação e o gênero.

Tabela 3 - Distribuição dos 200 participantes, segundo a ocupação e o gênero.

Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Ocupação	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Do lar	-	-	45	45	45	22,5
Aposentado	14	14	26	26	40	20
Lavrador	13	13	1	1	14	7
Vendedor	9	9	1	1	10	5
Comerciante	6	6	3	3	9	4,5
Professor	1	1	7	7	8	4
Pedreiro	8	8	-	-	8	4
Balconista	1	1	5	5	6	3
Emp. Doméstica	-	-	6	6	6	3
Sapateiro	4	4	1	1	5	2,5
Pintor	5	5	-	-	5	2,5
Motorista	5	5	-	-	5	2,5
Func. Público	5	5	-	-	5	2,5
Eletricista	3	3	-	-	3	1,5
Fazendeiro	2	2	1	1	3	1,5
Mecânico	2	2	-	-	2	1
Açougueiro	1	1	1	1	2	1
Caminhoneiro	2	2	-	-	2	1
Tapeceiro	2	2	-	-	2	1
Auxiliar Enfermagem	-	-	2	2	2	1
Serviços gerais	2	2	-	-	2	1
Auxiliar Escritório	2	2	-	-	2	1
Gerente geral	1	1	1	1	2	1
Advogado	2	2	-	-	2	1
Outros	10	10			10	5
Total	100	100	100	100	200	100

Nota da autora: entre as ocupações registradas no item outros para o gênero masculino estão: músico, pecuarista ,agrônomo, vigia, marceneiro, cozinheiro, etc.

Quanto à ocupação profissional dos sujeitos da pesquisa, constatamos, conforme dados da tabela 3, que a ocupação do lar predominou entre as mulheres, com 45 (45%) das participantes. No local onde foi realizado este estudo, as mulheres estão mais

inseridas nas atividades do lar, da mesma forma com que este fenômeno se apresenta em outras cidades do Brasil (IBGE,2004).

Ainda com relação à ocupação, verificamos que 40 (20%) indivíduos eram aposentados, sendo que os motivos da aposentadoria foram invalidez e tempo de serviço.

Cabe destacar que as aposentadorias ocorreram mais entre as mulheres (26%), caracterizando tal ocupação como uma situação peculiar ao gênero quando comparado às atividades desenvolvidas pelos homens. Enfatizamos também que isso se deve ao fato de que os homens permanecem mais tempo no trabalho, na ativa, uma vez que a aposentadoria por tempo de serviço é de 35 anos para os homens e 30 anos para as mulheres.

Quando realizamos uma análise dos dados anteriormente mencionados comparativamente com a faixa etária, identificamos que o fato de 58% da amostra estar compreendida entre os 40 e 59 anos, sinaliza para duas situações: 1) pode ter ocorrido a inserção precoce dos participantes no mercado de trabalho, o que lhes possibilitou uma aposentadoria numa etapa precoce da vida e a 2) a aposentadoria precoce por motivos de saúde inviabiliza uma vida profissional duradoura.

O fato de aproximadamente 12% dos participantes estarem inseridos nas atividades de comerciante ou lavrador está em consonância com as atividades produtivas da localidade onde os dados foram coletados. Os participantes da presente pesquisa estão inseridos em atividades laborais simples, peculiares ao perfil de uma cidade de interior, uma vez que o município não dispõe de um pólo centralizador para atividades mais elaboradas do ponto de vista intelectual.

Na tabela 4, apresentamos a caracterização dos participantes segundo a renda e o gênero.

Tabela 4 - Distribuição dos 200 participantes, segundo a renda e o gênero.

Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Renda em nº de salários	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 até 2	40	40	54	54	94	47
mais de 2 até 4	32	32	20	20	52	26
mais de 4 até 6	6	6	16	16	22	11
mais de 6 até 8	7	7	4	4	11	5,5
mais de 8 até 10	10	10	6	6	16	8
mais de 10 até 15	3	3	-	-	3	1,5
mais de 15 até 20	2	2	-	-	2	1
Total	100	100	100	100	200	100

Dos 200 sujeitos estudados, pudemos observar que 94 (47%) apresentaram renda de até dois salários mínimos; 52 (26%), mais de 2 até quatro salários; 22(11%), mais de 4 até seis salários; 16 (8%) mais de 8 até dez salários. Conforme dados do IBGE (2001), 25% dos brasileiros ganham de 1 a 2 salários mínimos; 14%, de 3 a 4 salários e apenas 4% da população brasileira ganham de 10 a 20 salários mínimos. Como podemos observar, os dados encontrados em nosso estudo não destoam dos dados nacionais. Segundo Yunes (2000), o Brasil é um dos três países mais injustos do mundo no que se refere à partilha social das riquezas, e a distribuição social de renda vem aumentando o diferencial entre ricos e pobres.

Quando relacionamos a renda segundo o gênero, podemos observar que as mulheres apresentaram as mais baixas concentrações de renda, ou seja, 90% delas estão

concentradas entre um a seis salários, em comparação aos homens, 78 (78%). E as faixas de renda mais altas, de 8 a 20 salários, estão compostas de 22 (22%) homens e 10 (10%) mulheres. Embora a mulher venha se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho, conforme demonstrado no censo do IBGE de 1997 a 2001, os homens ainda continuam com os melhores salários.

Descreveremos a seguir a caracterização da amostra segundo os risco para DAC, a saber: Índice de massa corporal (obesidade), circunferência da cintura, níveis séricos de colesterol total, HDL-c, pressão arterial, escore de risco de Framingham, escala de estresse segundo Holmes-Rahe.

A distribuição dos participantes segundo o índice de massa corporal (IMC) e o gênero é apresentada na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos 200 participantes, segundo o índice de massa corporal (IMC) e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

IMC	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 18,5	2	2	2	2	4	2
18,5 I----- 24,9	22	22	25	25	47	23,5
25 I-----29,9	50	50	38	38	88	44
30 I-----34,9	24	24	23	23	47	23,5
35 I-----39,9	2	2	7	7	9	4,5
>40	-	-	5	5	5	2,5
Total	100	100	100	100	200	100

No cômputo geral, 44% dos participantes tiveram IMC compreendido entre 25 e 29,9, o que equivale a dizer que os participantes foram categorizados como portadores

de sobrepeso, sendo que, para os homens, o sobrepeso foi identificado em 50 participantes e, nas mulheres, em 38.

Os participantes que obtiveram escores compreendidos entre 30 e 34,9 foram categorizados como portadores de obesidade grau I, tendo sido identificados 47 participantes nesta condição; não havendo diferença significativa entre os gêneros.

Na obesidade grau II, foram incluídos os participantes com escores de 35 a 39,9, perfazendo 4,5% da amostra, tendo sido mais representativa entre as mulheres (7 participantes) do que entre os homens (2 participantes). Já na obesidade grau III, as mulheres perfizeram um total de 2,5% de representatividade e não houve nenhum percentual de homens. Se observarmos os graus de obesidade I, II e III, poderemos verificar que as mulheres apresentaram as maiores freqüências, perfazendo um total de 35 em relação aos homens (n=26). Alguns estudos têm apontado para o declínio da desnutrição em crianças e adultos e para o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade na população brasileira (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Esses estudos afirmam ainda que a obesidade entre as mulheres adultas aumentou em cerca de 47% nos anos de 1995 e 1996.

Outro fato interessante que cabe mencionar, embora não tenha sido destacado em forma de tabela em nosso estudo, é que, quando avaliamos os graus de obesidade relacionados ao nível socioeconômico, identificamos que a maioria dos obesos possui renda de até três salários mínimos; corroborando os estudos anteriores, como o de (MONTEIRO, 2001).

A falta de renda pode contribuir para uma alimentação desequilibrada, com consumo excessivo de carboidrato e gorduras, que são proporcionalmente mais baratas.

Outro parâmetro que buscamos caracterizar em nossa amostra foi a medida da circunferência abdominal, uma vez que o acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central (androgênica) está associado a um maior risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, conforme demonstrado em vários estudos (III DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS; DIRETRIZES DE PREVENÇÃO DA ATHEROSCLEROSE, 2001).

Na tabela 6, apresentamos a medida da circunferência abdominal dos participantes segundo o gênero, na qual identificamos que 75 (75%) dos homens apresentaram medida da cintura abdominal inferior a 102 cm, e 25 (25%) com medida que indica risco para desenvolvimento de dislipidemia e evento aterosclerótico. Com relação às mulheres, identificamos que 64 (64%) apresentaram medida da cintura que indica risco para aterosclerose de dislipidemia e 36 (36%) com medidas inferiores a 88 cm. Ao compararmos os gêneros, podemos observar que as mulheres foram as que apresentaram as maiores frequências de alteração na medida da cintura.

Tabela 6 - Distribuição dos 200 participantes, segundo a medida da circunferência da cintura e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Circunferência da cintura	Masculino		Feminino		Total n
	n	%	n	%	
Masculino					
< 102 cm	75	75	-	-	75
> 102 cm	25	25	-	-	25
Feminino					
< 88 cm	-	-	36	36	36
> 88 cm	-	-	64	64	64
Total	100	100	100	100	200

Com base nos dados da tabela 7, a seguir, identificamos que 77 (38,5%) participantes apresentaram valores de colesterol total entre 200 e 239 ml/dl, que são considerados valores limítrofes para dislipidemias e 54 (27%) com níveis altos de colesterol (III DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

Tabela 7 - Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis séricos de colesterol total e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Níveis séricos de Colesterol total	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<200ml/dl	37	37	32	32	69	34,5
200 I----- 239ml/dl	43	43	34	34	77	38,5
≥240ml/dl	20	20	34	34	54	27
Total	100	100	100	100	200	100

Ao analisarmos os níveis séricos de colesterol com relação ao gênero, concluímos que as maiores concentrações foram identificadas entre as mulheres, 34 (34%) em comparação aos homens, 20 (20%).

Em estudo realizado por Nicolau et al (1998), que avaliaram os níveis de colesterol numa determinada população do interior de São Paulo, quando comparados aos gêneros, não houve diferença significativa. Ainda nesse estudo, foi verificado que ocorreu um aumento dos níveis de colesterol em todas as faixas etárias analisadas (20 a > 60 anos); nas mulheres e nos homens esse aumento se deu até a faixa etária dos 60 anos. Já em outro estudo, onde foram avaliados os níveis de colesterol total em nove regiões do Brasil, os valores foram mais elevados no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas (GUIMARÃES et al., 1998). Outro estudo realizado no Estado do Pernambuco, foi identificado que 31,7% da mulheres apresentavam níveis de colesterol

acima de 200mg/dL e 23,65 de triglicérides elevados, revelando, portanto, frequências de dislipidemias bem acima do aceitável (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Inúmeros estudos vêm apontando para o aumento dos níveis de colesterol na população (Bertolami et. al. 1993; Cervato, 1997; Silva et. al. 1998), isto se deve à modificação dos hábitos alimentares e à influência do processo de urbanização, avanços tecnológicos segundo MONEGO (1998).

Um outro parâmetro analisado neste estudo foi o HDL-C, conforme mostra a tabela 8, onde 28 (28%) homens e 30 (30%) mulheres apresentaram valores baixos de HDL-C, estando expostos a eventos coronarianos. Valores intermediários de HDL-C foram apresentados por 72% dos homens, e 70% das mulheres se aproximam do fator de proteção para DAC.

Tabela 8 - Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis sérios de HDL-C total e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Níveis séricos de HDL-C	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
<40 ml/dl	28	28	30	30	58	29
≥40 < 60	72	72	70	70	142	71
≥60	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	200	100

Conforme mostra a tabela 9, identificamos 56 (28%) entrevistados com níveis pressóricos compreendidos entre 140 a 159 mmHg (sistólica) e 90 a 99 mmHg (diastólica), sendo considerados portadores de hipertensão arterial estágio I; 24 (12%) com pressão de 160 a 179 x 100 a 109 mmHg (hipertensão estágio II) e 10 (5%) com níveis iguais ou acima 180 x 110 mmHg (estágio III).

Tabela 9 - Distribuição dos 200 participantes, segundo os níveis pressóricos e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Níveis pressóricos (PAS x PAD mmHg)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 120 x <80	20	20	11	11	31	15,5
120-129 x 80-84	25	25	14	14	39	19,5
130-139 x 85-89	12	12	28	28	40	20
140-159 x 90-99	22	22	34	34	56	28
160-179 x 100-109	14	14	10	10	24	12
≥ 180 x ≥ 110	7	7	3	3	10	5
Total	100	100	100	100	200	100

O percentual de hipertensos (grau I, II, III) identificados na amostra foi de 43% de homens e 47% entre as mulheres. Analisando a distribuição dos níveis pressóricos em relação ao gênero, identificamos que houve um predomínio de mulheres, 34 (34%) no grau I, quando comparadas aos homens, 22 (22%); no grau II, encontravam-se 14 (14%) homens e 10 (10%) mulheres; no grau III, 7 (7%) homens e 3 (3%) mulheres com níveis pressóricos nesta faixa.

A hipertensão arterial é considerada “um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidentes vasculares encefálicos e 25% daquelas por doenças arterial coronariana” no Brasil (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002, p.3).

Estudos epidemiológicos demonstraram que a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, dislipidemia, história familiar, idade, sexo masculino são fatores de risco reconhecidos para doenças cardiovasculares (SANTELLO et al 1996). A hipertensão também foi o fator de risco presente na maioria dos estudos de Kannel (1996); Colombo (1995); Dantas (1996); Stuchi, (1999), sendo sua freqüência maior no sexo masculino, o que difere dos achados deste estudo.

Cada fator de risco isoladamente contribui para a ocorrência do evento coronariano. Contudo, combinados, potencializam o risco da vigência de doença cardiovascular/coronariana.

Na tabela 10, apresentamos os escores de risco de Framingham dos 200 participantes.

Tabela 10 - Distribuição dos 200 participantes, segundo os escores de risco de Framingham e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Escore de risco para evento coronariano segundo Framingham	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 10%	60	60	75	75	135	67,5
>10% e < 20%	17	17	18	18	35	17,5
≥ 20%	23	23	7	7	30	15
Total	100	100	100	100	200	100

De acordo com os dados da tabela 10, dos 200 sujeitos pesquisados, 67,5% (135) estavam na faixa de baixo risco, ou seja, obtiveram escores iguais ou inferiores a 10% numa avaliação para um período de 10 anos; 17,5% (35) estavam na faixa de médio risco, ou seja, obtiveram escores de risco superiores a 10% e inferiores a 20%, e 15% (30) estavam na faixa de alto risco, ou seja, obtiveram escores iguais ou superiores a 20%, sendo que, na faixa de alto risco, identificamos 23% de homens e 7% de mulheres.

Na tabela 11, descrevemos os escores obtidos através da escala de Holmes-Rahe (Lipp,1990) para avaliar o estresse dos participantes.

Tabela 11 - Distribuição dos 200 participantes, segundo os escores da escala de Holmes-Rahe e o gênero. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Escore segundo Escala de Holmes-Rahe	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<150 pontos	54	54	49	49	103	51,5
151 a 299 pontos	36	36	42	42	78	39
>300 pontos	10	10	9	9	19	9,5
Total	100	100	100	100	200	100

Dentre os 200 participantes, 103 (51,5%) apresentaram escores inferiores a 150 pontos, sendo 54 (54%) homens e 49 (49%) mulheres que possuem uma baixa chance para adoecer; 78 (39%) obtiveram escores compreendidos entre 151 e 299 pontos, o que corresponde a 51% de chance de adoecer para 36 (36%) homens e 42 (42%) mulheres, e 19 (9,5%) participantes tiveram mais de 300 pontos, o que nos permite afirmar que 10 homens e 9 mulheres têm 79% de chance para adoecer.

Dentre as situações de risco relacionadas ao estresse identificadas, destacamos em ordem decrescente: morte ou perda de um ente querido, demissão de emprego, dívidas, doença grave em pessoa da família, aposentadoria, alteração da situação financeira, aumento da frequência de discussão com o cônjuge, desemprego de um membro da família, alteração de hábitos de dormir, dificuldades sexuais, familiares, início ou dispensa de emprego, a saída de um filho da casa dos pais.

Muitos são os estudos que avaliam o efeito do estresse sobre o sistema cardiovascular (Giannotti, 1993; Silva, 1994), e algumas fontes de estresse podem estar polarizadas em três compartimentos na vida de uma pessoa: a família, o trabalho e o ambiente em que vive (incluindo o social, a insegurança física, advindas de morar em cidades grandes, incertezas na economia do país, etc (SILVA,1994). Neste estudo, embora a cidade em que foi realizada a pesquisa exibisse características particulares ao seu tamanho, chamou-nos a atenção o item relacionado a desemprego e dívidas, apontado pela maioria dos participantes, evidenciando que a cidade oferece poucas oportunidades de trabalho aos seus moradores, o que tem se constituído em fonte geradora de estresse.

8.2. Crenças sobre comportamentos de risco para doença arterial coronariana

Conforme apresentado no referencial teórico, o sistema de crenças proposto por Rokeach (1981) foi estruturado com cinco categorias: 1) crenças primitivas de consenso unânime, ou também chamadas de do tipo A; 2) crenças primitivas de consenso zero ou do tipo B; 3) crenças de autoridade ou do tipo C; 4) crenças derivadas ou do tipo D e 5) crenças inconseqüentes ou do tipo E. Estas crenças possuem uma dimensão periférica e central, aquelas que estão localizadas mais centralmente como as do tipo "A", "B" "C" são mais difíceis de serem alteradas, enquanto as do tipo "D" e "E", localizadas na periferia em relação à centralidade são consideradas mais fáceis de serem modificadas, mas isto não quer dizer que uma pessoa aceite facilmente e passivamente que sua crença seja alterada, principalmente a inconseqüente que se refere a questões de gosto ou preferência.

As crenças do tipo A (consenso 100%) referem-se a dados do mundo concreto, no caso, voltam-se para comportamentos saudáveis, assim, no presente estudo, não serão apresentadas, uma vez que o foco da pesquisadora consistiu naquelas crenças que favorecem comportamentos de risco para doença arterial coronariana.

Conforme mostra a tabela 12, a distribuição das crenças de todos os comportamentos de risco estudados na presente pesquisa ficou assim caracterizada: 41,2% (534) de crenças primitivas de consenso zero; 24,3% (315) de crenças derivadas; 19,8% (257) crenças inconseqüentes e 14,7% (191) de crenças de autoridade. Analisando as crenças do ponto de vista do eixo de centralidade/perifericidade, identificamos que 55,9% delas estavam localizadas nuclearmente com um destaque importante para as crenças primitivas de consenso zero e 44,1 %, localizadas na periferia, sendo que as crenças derivadas foram as numericamente mais destacadas entre as periféricas.

Tabela 12 - Distribuição dos tipos de crenças segundo o referencial de Rokeach (1981) dos 200 participantes acerca dos comportamentos de risco estudados. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Total	
	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	534	41,2
Autoridade- Tipo C	191	14,7
Derivada- Tipo D	315	24,3
Inconseqüente- Tipo E	257	19,8
Total	1297	100

Conforme a tabela 12, a crença do tipo B (41,2%), ou primitiva de consenso zero, foi a que mais apresentou emissão pelos participantes, seguida da derivada e da

inconsequente. As crenças do tipo B são aquelas que são extremamente resistentes a modificações, pois elas se originam de experiências pessoais e não dependem de um suporte social. Na figura 2, estão demonstradas as dimensões periféricas e centrais do total das crenças emitidas pelos 200 participantes:

Figura 2 - Distribuição das crenças segundo referencial de Rokeach (1981) dos 200 participantes de acordo com o grau de centralidade e perifericidade.

Passaremos agora a descrever as crenças identificadas na primeira avaliação (chamada doravante de pré-teste) anterior ao contato com a estratégia de persuasão. Na tabela 13, apresentamos os comportamentos de risco identificados no relato dos 200 participantes, segundo o tipo de crenças do referencial de Rokeach (1981).

Tipo D	38	20	53	25	35	29	36	25	35	20	315	24,3
Tipo E	15	9	56	13	2	4	74	13	16	55	257	19,8
Tipo B	111	93	49	100	23	10	37	22	45	44	534	41,2
Total	168	123	171	143	93	69	166	89	148	126	1297	100

As crenças perfizeram um total de 1.297 distribuídas entre os dos tipos B, C, D e E, identificadas para dez comportamentos de risco: fumar, ingerir bebida alcoólica em excesso, ingerir alimentos ricos em gordura, não adotar medidas de alívio do estresse, não controlar o diabetes, ingerir açúcar em excesso, não realizar exercícios físicos, acrescentar sal em excesso aos alimentos, não controlar a pressão arterial alterada e não controlar o peso corporal em excesso.

Considerando os tipos de crenças por comportamento de risco, identificamos um predomínio das crenças do Tipo B para os seguintes comportamentos: fumar, ingerir bebida alcoólica em excesso, não aliviar o estresse, não controlar o diabetes; já, nos comportamento de ingerir açúcar em excesso, foram as crenças do tipo D as mais emitidas.

Nos comportamentos ingerir alimentos ricos em gordura, não realizar atividade física, acrescentar sal em excesso aos alimentos, não controlar níveis pressóricos altos, não controlar o peso corporal em excesso, as crenças do tipo E foram as que mais se destacaram.

Considerando que as crenças centrais dos tipos “B” e “C” perfizeram 55,9% em oposição às crenças periféricas dos tipos “D” e “E” que perfizeram 44,1%, podemos afirmar que, no cômputo geral, o sistema de crenças para os comportamentos de risco

que tornam as pessoas vulneráveis para ocorrência de eventos coronarianos tende à centralidade. Mas, para as crenças que favorecem comportamentos de risco, ocorre uma inversão quanto à dimensão periférica/central, e as crenças estão situadas mais na periferia do sistema de crenças, conforme passaremos a descrever em cada comportamento.

Merece menção a pouca expressividade das crenças do “tipo C”, ou seja, crenças que advêm da influência de autoridade, tais como profissionais que atuam na área de saúde, uma vez que os comportamentos de risco são conteúdos temáticos para processos educativos de promoção de saúde. Possivelmente a dificuldade de acesso da população aos recursos de atendimentos de saúde no local em que os dados foram coletados, conforme apresentado na caracterização da população, talvez esse seja um dos fatores intervenientes para a pouca expressividade das crenças do “tipo C”. Outra possibilidade é que o diálogo com os profissionais de saúde possa ser incipiente.

Passaremos agora a descrever cada tipo de comportamento estudado.

8.2.1. Comportamento de fumar

No pré teste, identificamos 168 crenças sobre os comportamentos que favorecem ou não o hábito de fumar, conforme mostra a tabela 14, sendo 100 delas para o comportamento de não fumar e 68 para o comportamento de fumar.

Tabela 14 - Distribuição das crenças sobre o comportamento de fumar identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos que não favorecem o hábito de fumar	Comportamentos que favorecem o hábito de fumar	Total

	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	67	67	44	44	111	66,1
Autoridade- Tipo C	4	4	-	-	4	2,4
Derivada- Tipo D	26	26	12	12	38	22,6
Inconseqüente- Tipo E	3	3	12	12	15	8,9
Total	100	100	68	100	168	100

Como nosso pressuposto está alicerçado nos possíveis benefícios que a técnica da persuasão possui quando usada como estratégia comunicacional favorecedora do deslocamento de comportamentos não-saudáveis (hábito de fumar passivamente e/ou ativamente) para comportamentos saudáveis e protetores da saúde (não consumir ativa ou passivamente o tabaco e seus derivados), apresentaremos e discutiremos, a seguir, somente as crenças que favorecem o comportamento de fumar. O fato de termos identificado 100 sujeitos que possuíam crenças que não favoreciam o comportamento de fumar é muito importante, uma vez que, nos últimos anos, vêm sendo intensificadas políticas governamentais para o abandono do uso do tabaco.

O fato de a maioria das crenças estar localizada nuclearmente equívale a dizer que está prevista uma dificuldade para se obter o deslocamento do sistema de crenças da amostra avaliada, uma vez que há uma estabilidade no sistema de crenças, o que as tornam resistentes à mudança.

Ao perguntarmos aos entrevistados se eles eram tabagistas, identificamos os seguintes resultados: 67,5% (135) referiram nunca ter fumado; 28,5% (57) eram fumantes, sendo 32 homens e 25 mulheres, e 4% (8) eram ex-fumantes, sendo todos eles homens. A prevalência de fumantes encontrada em nosso estudo é semelhante à apontada por outras estatísticas: cerca de 30% da população mundial consome cigarros (MION-JR & NOBRE, 2002). Trata-se de uma questão que precisa ser trabalhada pelos profissionais de saúde, uma vez que o tabagismo é um risco evitável para doença coronariana e/ou cardiovascular. Além dos fumantes ativos, também merecem atenção os fumantes passivos.

De acordo com Ferreira; Carneiro (1999), os fumantes passivos convivem em ambientes de fumantes quer seja no trabalho ou em ambiente familiar, respirando a fumaça do cigarro. Em curto prazo, poderão apresentar irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça, aumento de alergias e, em longo prazo, poderão apresentar problemas pulmonares, aumento da pressão arterial, infarto e angina e até mesmo câncer. A consequência do tabagismo socialmente é preocupante uma vez que as famílias podem ser afetadas pela poluição tabagística em seus respectivos ambientes. Outras repercussões negativas do consumo do tabaco podem ser identificadas, como, por exemplo, nas famílias de baixa renda, uma vez que o dinheiro que é usado para comprá-lo poderia ser aplicado em outras atividades como no lazer, com a alimentação, etc. Para o sistema de saúde, ocorrem os gastos com hospitalização, tratamento de indivíduos afetados pelo cigarro.

Com base nas informações contidas no quadro 3, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós-teste 1 e no pós-teste 2.

Quadro 3 - Crenças favoráveis ao comportamento de fumar, identificadas no pré-teste e pós-teste 1 e 2, segundo deslocamento ou não. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
05	B(-): “O cigarro me acalma, ele me dá uma calma”	D(+): “A calma que eu sinto vem da nicotina do cigarro, e a nicotina não faz bem para ninguém”	B(-): “Muita coisa na minha vida, o cigarro me ajudou a passar, acalmar, por isso eu fumo”
10	E(-): “Sei que o fumo é prejudicial, mas para mim, eu gosto, é uma forma de alívio”	D(+): “Depois que vi aquele filme, estou tentando diminuir o número de cigarro que fumo, acho que o meu pulmão já está preto”.	E(-): “Sei que estou prejudicando minha saúde por um lado, mas é tão gostoso fumar”.
11	B(-): “o cigarro me deixa mais confiante, não sei explicar, quando tudo fecha na vida, lá está ele em cima da mesa”.	C(+): “Aquilo que você me mostrou não me sai da cabeça (CD-ROM). Vejo que me apeguei ao que não devia. Quanta sujeira a gente manda para o pulmão”.	B(-): “O dia-a-dia da gente é difícil, e o danado do cigarro está em toda a parte, e eu corro para ele e ele me acolhe”.
17	B(-): “Para mim o mundo fica vazio sem o cigarro. Ele é o meu grande companheiro e por isso tenho fumado muito”	D(+): “Depois que vi aquele filme no computador, com aquela imagem da mulher fumando e a fumaça escurecendo o pulmão. Eu sempre ouvia, mas nunca levei a sério”.	B(+): “Está sendo muito difícil, lutar contra a falta do cigarro, mas precisava fazer alguma coisa por mim. Agora, deixo o cigarro em casa e saio para trabalhar, fico o dia todo fora e sem ele. Parece que eu me vi naquele filme, como um RX”.
28	B(-): “O cigarro alivia o nervoso, por isso que acho que não é um vício ruim”.	D(+): “O fumo, pode trazer benefício num momento, mas depois começa afetar a saúde”.	B(-): “Acredito que o cigarro deixa as pessoas mais tranquilas”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
36, 59,68	D(-): “Não tenho nada contra o cigarro, porque os meus amigos que fumam dizem que ele ajuda a aliviar a tensão e que é melhor do que se viciar em calmantes”.	D(+): “Vi naquele filme da enfermeira, que o cigarro provoca dentro da pessoa, acho que as pessoas deveriam evitar pegar esse vício”.	D(+): “Depois que assisti o CD, tenho dito para meus amigos que eles deveriam parar de fumar, fazer algum esforço, um tratamento, quem sabe. O cigarro faz um grande estrago dentro da pessoa”.

53	D(-): “Fumo porque meus avós fumaram até morrerem e nunca tiveram nada”.	D(+): “Estou fazendo de tudo para deixar de fumar. Alguma coisa me animou depois que assisti o CD. Sei que posso vir a ter algum problema no coração ou no pulmão”	D(-): “Tentei largar esse vício, mas não consegui, desanimei. Até fui no médico. Espero ter a mesma sorte dos meus avós que fumaram e não tiveram nada”.
55	D(-): “Vejo as pessoas com quem convivo fumarem e dizerem que o cigarro acalma, ajuda a desabafar e acho que é verdade, porque as vezes elas estão nervosas, fumam e se acalmam”.	D(+): “A calma que o cigarro dá nas pessoas é uma calma traiçoeira, um dia vem a rasteira”	D(+): “Tenho conversado com meus amigos fumantes a respeito das coisas que vi naquele filme, acho que aquelas explicações tinham que ser mostradas pra muita gente. Às vezes você vai ao médico mas ele não tem tanto tempo para explicar as coisas para as pessoas. Só fica dizendo para parar, e aí as pessoas sentem como se estivessem sendo ameaçadas”.
64	D(-): “eu fico vendo as pessoas que fumam dizerem que não deixam de fumar porque o cigarro faz bem, e acho que deve ser mesmo, porque, se fosse tão ruim como fala na tv, ninguém fumaria”	D(+): “eu penso que muitas coisas podem fazer uma pessoa a ter um infarto, mas o cigarro pode dar um empurrãozinho a mais...”	D(+): “muitas coisas podem levar as pessoas a terem problemas como: de coração pressão alta e até de infarto. Quem fuma deveria pensar mais nisso...”
85	E(-): “Eu até me arrependo de fumar, mas gosto, é muito chic soltar a fumaça”.	D(+): “o cigarro deixa o pulmão cheio de ponto preto de fumaça: eu vi no filme”	E(-): “Eu gosto fumar, e nada consegue fazer eu parar”.
86	E(-): “Fumo e prefiro acender o meu cigarro do que me livrar desse vício. Eu adoro fumar”.	D(+): “Agora sei que meu vício me trará alguma consequência. Entendi isso naquele CD”.	D(+): “o cigarro acaba fazendo da gente um escravo. Eu tenho fumado menos, mas sei que ainda é pouco. O cigarro está me prejudicando”

continuaç
ão

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
-------------------	--	--	--

106	E(-): “ <i>não fumo, mas eu gosto do cheiro do cigarro, principalmente aqueles com sabor. Quando sinto, dou um jeito de ficar bem perto</i> ”.	D(+): “ <i>Eu tenho esse costume bobo de ficar perto de quem fuma, acho que é porque, quando eu era pequena, eu achava legal, bonito e aí fiquei com isso pra mim... Mas eu fiquei intrigada com tanta coisa ruim que tem num simples cigarro e o que sai pela fumaça pra gente... Eu quero mais é me livrar disso. Não quero ter problemas no pulmão nem no coração</i> ”	D(+): “ <i>Eu tenho evitado ficar perto de quem fuma, porque não quero ficar com o pulmão daquele jeito...Acho que parece que eu também estava viciada, porque eu sinto falta e tenho muita dor de cabeça</i> ”
100	E(-): “ <i>fumo porque as horas que eu passo fumando são mais agradáveis</i> ”	C(+): “ <i>tive uma gripe forte e precisei ir ao médico, ele me disse que eu tenho que parar de fumar, porque já está afetando o meu pulmão</i> ”	E(-): “ <i>A gente se acostuma com o danado do cigarro. Gosto de acender e ficar brincando com ele por entre os dedos</i> ”
145	E(-): “ <i>não fumo, mas acho que todo esse negócio de que a fumaça do cigarro é prejudicial para quem está do lado é um disparate, eu fico do lado de quem fuma, adoro o cheiro de cigarro</i> ”	D(+): “ <i>quem fuma pode até ter infarto algum dia</i> ”	E(-): “ <i>gosto de cigarro, acho legal...</i> ”
153	D(-): “ <i>Conheço tanta gente que fuma até mais que eu e não sente nada, nenhum cansaço e eu fumo e também não sinto nada</i> ”.	D(+): “ <i>Depois que vi aquele CD, passei uns dias meio preocupado, e tomei a decisão de parar de fumar. Acho que eu estava me envenenando e sou muito novo para fazer isso</i> ”.	D(+): “ <i>Parei de fumar, as pessoas tem me incentivado, mas não é fácil, o danado é poderoso. Quando estou vacilando, fico lembrando que no cigarro tem até veneno de rato</i> ”.
200	B(-): “ <i>Fumo e o cigarro até que pode fazer mal, mas eu controlo, quando meu corpo fica cheirando muito cigarro, diminuo um pouco</i> ”	D(+): “ <i>vejo os médicos e você dessa pesquisa informando as pessoas sobre o infarto e muitas outras coisas. O infarto pode levar a pessoa pro buraco. O cigarro pra mim, comecei só pra experimentar e tô fumando até hoje, a gente sabe do risco, mas é difícil parar...</i> ”	B(-): “ <i>é tosse, pigarro, isso eu vejo as pessoas falarem que têm, eu ainda não tenho isso, acho que nem vou ter porque sei me controlar, cigarro pra mim é bom porque me sinto melhor</i> ”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
02	B(-): “O cigarro me faz sentir bem, forte”.	B(-): “O cigarro me dá força, alívio, sei até que pode fazer algum mal a alguém, mas para mim é diferente”.	B(-): “Fumar me ajuda a sentir bem”.
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
25	D(-): “Meu pai fumou a vida toda e nunca teve nada, nunca sentiu nada, nem perdeu o fôlego”.	D(-): “A gente ouve falar muita coisa ruim do cigarro, mas acho que tem gente que é mais forte e vive muitos anos apesar de fumar”.	D(-): “Acho que o cigarro só faz mal para algumas pessoas, veja o caso dos meus pais, fumou desde pequeno e morreu de velhice”.
31	B(-): “vejo muita gente que diz que o cigarro faz mal para o pulmão, mas ele ajuda muita gente a ficar menos nervoso”.	B(-): “Acho que o cigarro acalma quem fuma”.	B(-): “O fato de uma pessoa fumar alivia o nervoso”.
35	B(-): “A gente se acostuma em deixar o cigarro resolver os nossos problemas, mas ele não resolve, ele só nos acalma”	B(-): “Acho que o cigarro faz mal, mas ele tem a parte boa que é ajudar quando as coisas dão errado; parece que ele ajuda a esclarecer o pensamento”.	B(-): “Acho que o cigarro é como uma pessoa, tem o lado bom e o ruim. Na parte boa, a gente se apegando, na ruim, a gente precisa aprender a dominar”.
40	B (-): “Fumo porque o cigarro me faz sentir mais forte, me dá coragem para as coisas”.	B(-): “Já tinha visto alguma coisa sobre o efeito do cigarro na TV, mas o que esse pessoal não diz é o que de bom o cigarro faz para algumas pessoas. Se a senhora fizer uma pesquisa, vai descobrir”.	B(-): “O cigarro só me faz sentir melhor, acho que ninguém entenderia isso”.
41,47,51, 72,73, 76, 83	B(-): “O cigarro tira a ansiedade”.	B(-): “O cigarro ajuda a aliviar a ansiedade”.	B(-): “O cigarro diminui a ansiedade”.
84	B(-): “o cigarro só faz mal para quem fuma demais, quem fuma pouco não tem problema nenhum, porque, se fuma aqueles com filtro, a sujeira já fica retida nele”	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração

Continua

Continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
88	B(-): “ o fumo é um companheiro ideal porque eu bebo também e uma coisa puxa a outra”	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração
90	B(-): “fumo porque me distrain e me acalma”	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração
93	B(-): “fumar é um vício bom de se ter, me sinto melhor fumando”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
95, 142, 177	D(-): “meus tios fumam e acho que não faz mal ou tem pessoas que o fumo não afeta em nada, não dá nem infarto...”	D(-):sem alteração	D(-):sem alteração
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
98	B(-): “acredito que quem fuma deve ter suas vantagens porque senão deixariam de fumar. A gente vê tanta propaganda na TV e revista... Penso que o cigarro deve trazer algum benefício pra quem fuma”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
110	B(-): “eu penso que o fumo faz a pessoa se sentir mais confiante, decidida”	B(-): sem alteração	B(-):sem alteração
112, 139	B(-): “o fumo ajuda as pessoas a passar o tempo e a aliviar os problemas”	B(-):sem alteração	B(-): sem alteração
116	B(-): “as pessoas que fumam dão a impressão de serem mais fortes em tudo...”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
118	E(-): “não sou fumante, mas gosto do cigarro, porque acho um homem mais elegante quando ele fuma”	E(-):sem alteração	E(-):sem alteração
119, 134	B(-): “o cigarro torna as pessoas mais calmas....”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
122	E(-): “gosto muito de ficar vendo as pessoas fumarem, são atraentes”	E(-):sem alteração	E(-):sem alteração
116	B(-): “as pessoas que fumam dão a impressão de serem mais fortes em tudo...”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
122	E(-): “gosto muito de ficar vendo as pessoas fumarem, são atraentes”	E(-):sem alteração	E(-):sem alteração
124	E(-): “gosto do cheiro do cigarro, principalmente o sem filtro”	E(-):sem alteração	E(-):sem alteração
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
125	E(-): “acho mais interessante as pessoas que fumam do que as que não fumam, a fumaça dá um ar de mistério”	E(-):sem alteração	E(-):sem alteração
127,132	B(-): “eu acredito que, se o fumo matasse tanto assim, o governo já deveria Ter tirado do mercado, eu acho que a culpa não é só do fato da pessoa fumar, tem muita coisa que a gente come que é pior que fumar um cigarro”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
130	B(-): “eu acho que o cigarro é um bom conselheiro pra quem fuma”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
138	B(-): “o cigarro causa problema no pulmão, pra circulação ele não afeta em nada”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
150	B(-): “Acredito que fumar não faça mal para o coração porque ele alivia o estresse”	B(-): “Fumar pode ser prejudicial para algumas pessoas que já têm algum problema que nem a bronquite”	B(-): “Não acredito em tudo o que dizem do cigarro, ele é um excelente calmante”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
152	E(-): “Sou fumante e fumo os de corda por que acho mais saborosos”.	E(-): “ Fumo há mais de 30 anos, e eu gosto, gosto do danadinho”	E(-): “Não tem nada mais gostoso do que ficar bem quieto com os pensamentos e fumar”
155	B(-): “não há nada melhor para mim do que uma boa tragada, é melhor que um banho, relaxa...”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
161, 162	B(-): “fumo porque o fumo me distrai e me alivia a ansiedade”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
183	B(-): “o problema chega, eu fumo e a fumaça leva tudo embora...”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
184	B(-): “o médico, em todo lugar, todo mundo fala que fumar não presta. Eu digo pra senhora, presta e muito, para mim foi a melhor coisa que inventaram...”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
185	B(-): “eu vou falar realmente o que eu penso, espero não chatear a senhora, o cigarro para mim é melhor que um psiquiatra, como ele eu penso, me acalmo e toco a vida pra frente”	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
186	D(-): <i>“todo mundo que eu conheço fuma e só tem coisa boa a dizer, como eu, o cigarro só ajuda a gente a desligar dos problemas...”</i>	D(-):sem alteração	D(-):sem alteração
188	B(-): <i>“Acredito que o fumo ajuda a tranquilizar”.</i>	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração
190	B(-): <i>“O cigarro acalma, tranquiliza, pode ser até um efeito da nicotina, mas não deixa de ser uma ajuda para a pessoa”.</i>	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
181,191, 194	B(-): <i>“Acredito que o fumo funcione como um relaxante para mim”.</i>	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
197	B(-): <i>“não me importo com que os outros falem a respeito do cigarro, eu me sinto bem fumando, o cigarro só me dá prazer”</i>	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração
199	B(-): <i>“o cigarro me tira todo o nervosismo, é um amigo fiel”</i>	B(-):sem alteração	B(-):sem alteração

Os conteúdos das crenças que favorecem o comportamento de fumar (ativo ou passivo) identificadas no pré-teste possuem quatro sentidos: 1) o efeito relaxante do cigarro e de sua fumaça; 2) a aproximação de um padrão comportamental considerado atraente; 3) sensação de acolhimento e 4) sensação de poder. Na avaliação seguinte (pós 1), os sentidos destas crenças apresentaram modificação (deslocamento), passando a: 1) a relação causal estabelecida pelos participantes entre o hábito de fumar e a razão pela qual sentem-se mais calmos ou menos estressados quando fumam; 2) a repercussão dos malefícios do cigarro sobre o pulmão, ou outras estruturas corporais, sobre a saúde e 3) o preço/valor das sensações agradáveis do uso do cigarro como um efeito traiçoeiro.

Os conteúdos das crenças na pós-teste 1 para aqueles que se mantiveram favoráveis ao comportamento de fumar passivo e/ou ativo (quadro 3) possuem quatro eixos de significados: 1) a necessidade de acalmar-se e reduzir a ansiedade; 2) a priorização do prazer; 3) o longo tempo entre exposição e aparecimento de danos à saúde gera um descrédito quanto aos malefícios do consumo do tabaco e seus derivados e 4) a intensidade do contato com propagandas e com pessoas que fumam e exposição a elas. Destacamos os conteúdos identificados na pós-teste-2 para interrupção do hábito de fumar que abordavam: 1) presença de produtos danosos à saúde nos componentes do cigarro; 2) malefícios do cigarro sobre o organismo.

Atualmente estima-se que 30% da população mundial consuma cigarros, e 20% das mortes ocorridas em países desenvolvidos estão diretamente associadas ao consumo de cigarro. No Brasil, conforme citado por Ferreira; Carneiro (1999), dos 150 milhões de habitantes, 30 milhões são fumantes, e algumas estimativas atribuem que cerca de 290 mil pessoas morrem anualmente no Brasil vítimas do efeito do cigarro.

Ao analisarmos o eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças, identificamos as seguintes modificações: das 11 crenças categorizadas como sendo do tipo E (inconseqüentes), 06 se deslocaram para crenças categorizadas como sendo do tipo D (derivadas) e 01 para o tipo C (autoridade). Das 12 crenças derivadas negativas, 06 passaram a positivas; das 46 de consenso zero, 03 modificaram para D e uma para B e outra para C.

Conforme os dados anteriormente mencionados, constatamos que os sujeitos que tiveram suas crenças localizadas mais centralmente no sistema de crenças foram menos propensos a modificá-las, fato esperado do ponto de sistema do sistema, uma vez que o

mesmo possui maior estabilidade na parte central, sendo mais difícil de ser reestruturado.

Considerando as crenças identificadas nas avaliações pré e pós 1 (quadro 4), o teste de McNemar e o teste χ^2 apresentaram valores que, pela regra de decisão, permitem afirmar que a estratégia de comunicação persuasiva produziu mudança estatisticamente significativas nas crenças sobre o comportamento de fumar entre os participantes, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que fumar não é um comportamento saudável.

Quadro 4 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 (3 semanas) a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças pós- teste 1 que favorecem o comportamento de risco de fumar (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não fumar (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de fumar (comportamento não saudável)	50	18	68
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não fumar (comportamento saudável)	-	100	100
Total	50	118	168
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		18	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

O quadro 5 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período das avaliações pré e pós-2 por análise comparativa. Os dados confirmam que, passados 3 meses, houve uma diminuição significativa do número de pessoas que acreditavam que fumar é prejudicial à saúde. Algumas das pessoas que haviam mudado de crença três semanas depois de assistirem ao CD-ROM, voltaram a manter a crença no comportamento de fumar. Para essas pessoas, o fato de terem assistido ao CD-ROM não as influenciou a ponto de manterem suas crenças modificadas.

Quadro 5 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 (3 meses) a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento fumar (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não fumar (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré que não favorecem o comportamento de fumar (comportamento não saudável)	59	9	68
Crenças no pré que favorecem o comportamento não fumar (comportamento saudável)	-	100	100
Total	59	109	168
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		9	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

O quadro 6 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de fumar.

Quadro 6 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de fumar. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do (pós-2) que favorecem o comportamento de fumar (comportamento não saudável)	Crenças do pós-2 que favorecem o comportamento de não fumar (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós-1 que favorecem o comportamento de fumar (comportamento não saudável)	52	-	52
Crenças no pós-1 que favorecem o comportamento de não fumar (comportamento saudável)	7	109	116
Total	59	109	168
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		7	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, confirmam que a diferença entre o número de pessoas que acreditavam que o fumo era prejudicial à saúde no pós-teste 1 é significativa quando comparada com o pós-teste 2 (após 3 meses). Houve uma diminuição significativa do número de pessoas que, no pós 1, tinham passado a acreditar que fumar era prejudicial à saúde.

Ficou evidenciado que ocorreu uma diminuição significativa na quantidade de pessoas que, no pós-1, tinham sido influenciadas pela comunicação persuasiva a acreditar que o comportamento de fumar não era saudável.

Ao elaborarmos o conteúdo do CD-ROM, procuramos associar também imagens reais às informações retiradas em banco de dados científicos, que pudessem dar mais credibilidade ao conteúdo das mensagens, de forma coerente e consistente, e que seriam narradas pela personagem simbolizada na figura de uma mulher, representando um de profissional da área de saúde.

Tivemos por meta principal a desconstrução da crença da imagem atraente e do efeito relaxante do comportamento de fumar, para a construção de uma imagem real do efeito nocivo do cigarro e da fumaça do cigarro aos fumantes ativos e passivos. Criamos para tanto, uma imagem de uma pessoa fumando, cujos pulmões foram colocados em posição de primeiro plano. E, graças ao efeito do programa de *flash*, a fumaça foi adentrando o trato respiratório até chegar aos pulmões, cada vez sob o efeito visual do escurecimento dos alvéolos pulmonares. Foram reforçados, pela narrativa, conteúdos referentes aos efeitos da nicotina sobre o trato respiratório e sobre o sistema nervoso central.

Foi mostrada uma figura de um cigarro aceso, indicando os principais componentes da fumaça, enquanto a narradora mencionava os efeitos nocivos desses componentes sobre o corpo humano, sempre perspectiva de que fumar pode levar a pessoa ao risco de ter um infarto.

A nicotina provoca vários efeitos no sistema nervoso central (SNC) de uma pessoa, envolvendo desde respostas de estimulação como também de inibição. É capaz

de provocar a liberação de neurotransmissores, como dopamina, norepinefrina, acetilcolina e betaendorfinas em diferentes áreas do SNC, gerando efeitos como: melhora da performance física, redução da ansiedade, da tensão, sensação de relaxamento, sensação de recompensa e desejo aumentado de reutilização da droga (MION-JR; NOBRE,2002).

Embora muitos dos entrevistados possam já ter tido acesso a informações sobre os malefícios do cigarro, os estímulos ainda gerados pelos meios de comunicação de massa transformam os indivíduos fumantes em verdadeiros símbolos de *status*, poder e sucesso, o que provavelmente faça com que a população absorva a mensagem de independência, auto-afirmação, competitividade, etc.

A tentativa frustrada de interromper o consumo do tabaco pôde ser identificada entre os participantes. De acordo com as diretrizes apresentadas pelo Instituto Nacional de Oncologia e respaldadas pelo Ministério da Saúde (INCA & Ministério da Saúde, 1999), há recomendações de três estratégias de interrupção do hábito de fumar: 1) interrupção abrupta, quando o interessado em parar de fumar agenda uma data, preferencialmente significativa para si, a partir da qual faz abstinência total do consumo do tabaco; 2) interrupção gradual com escalonamento da redução num prazo de uma semana e 3) interrupção por adiamento que preconiza o adiamento de cada dose ao máximo.

A interrupção não-monitorada terapeuticamente tem sido uma das principais causas de insucessos para a interrupção do hábito de fumar, sendo utilizadas algumas escalas para caracterizar o tipo de dependência, a prontidão de um usuário para

interromper o uso do tabaco (LARANJEIRA ET AL. 2000; INCA & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; FAGESTRÖM, 1979).

De acordo com Arreguy-Sena et al. (2003) e Gomes et al. (2003), que contemplam relatos de abordagens educativas aplicadas durante a consulta de enfermagem em pessoas atendidas a nível secundário num Hospital Universitário do interior de Minas Gerais, o êxito da interrupção do consumo do tabaco, sem o acréscimo de medicamentos, depende em parte da habilidade de o profissional manejar terapêuticamente, por meio da utilização da triangulação de técnicas, abordagens como: a dependência ao cigarro enquanto um objeto e a conscientização dos usuários para os comportamentos vinculados ao hábito de fumar que precisam ser reestruturados em seu cotidiano.

Cabe destacar que, como a argumentação contida na comunicação persuasiva visava fornecer informações aos sujeitos sobre o fato de o comportamento de fumar ser prejudicial à saúde, as crenças que se modificaram passaram para o tipo D, isso reflete, como descrito por Rokeach (1981), o fato de que, quando elaboramos um conteúdo visando dar credibilidade a uma nova afirmação, se a mensagem persuasiva for de uma fonte fidedigna, ela modificará a crença da pessoa-alvo.

Outro fato interessante é que a totalidade das crenças modificadas no pós-teste 1 não se manteve no pós-teste 2, isso pode ser justificado pela falta de continuidade do estímulo da comunicação persuasiva, ou pela presença de fatos internalizados e de grupos de referência: *“meus avós fumaram até morrerem e nunca tiveram nada”*. Alguns estudos têm demonstrado que, se os estímulos persuasivos puderem ser mais constantes, como é o caso de algumas propagandas de televisão, poderiam provocar

estados de discordância entre o sistema de crença original da pessoa e os estímulos despertados pela mensagem persuasiva. O fato de os sujeitos deste estudo terem sido expostos apenas durante 04 dias à comunicação persuasiva talvez possa explicar tal situação.

As crenças que permaneceram modificadas ao longo dos três meses foram nove. E, se observarmos a sequência pré e pós, perceberemos que a comunicação persuasiva foi capaz, por exemplo, no caso do sujeito 17, de despertar estados antes não suspeitados ou não percebidos, ou seja, de provocar um conjunto de efeitos sobre o receptor, em consonância com a meta desejada pela pesquisadora, que era modificar a crença do comportamento de fumar.

Na verdade, quando o sujeito relata *“eu me vi naquele filme como um RX”*, é como se ele expusesse a sua autoconsciência – *“meu pulmão também pode estar escurecendo”* – e trouxesse esse novo significado ao seu próprio sistema de crenças, gerando uma auto-identidade/identificação e consolidasse a crença como do tipo B, fato este que pode ser confirmado inclusive com a influência na mudança do comportamento. A imagem do pulmão, nesse caso, foi utilizada como um signo para estimular um significado ao sujeito.

Disso, podemos afirmar que confirmamos a H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de fumar – e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.2. Comportamento de ingerir bebidas alcoólicas em excesso

Conforme demonstrado na tabela 15, foram 26 crenças identificadas que favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso, ficando sua distribuição assim caracterizada: 21(80,8%) participantes apresentavam crenças categorizadas como sendo do tipo B, ou seja, primitivas de consenso zero; 3 (11,5%) apresentaram crenças categorizadas como sendo do tipo E, ou seja, inconseqüentes e 2 (7,7%) apresentaram crenças do tipo D, ou seja, derivadas. O fato de encontrarmos mais crenças que não favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso é importante devido ao fato de este não ser um comportamento saudável.

Tabela 15 - Distribuição do comportamento de risco ingerir bebidas alcoólicas em excesso identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos que não favorecem o hábito de ingerir bebida alcoólica em excesso		Comportamentos que favorecem o hábito de ingerir bebida alcoólica em excesso		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	72	74,2	21	80,8	93	75,7
Autoridade- Tipo C	1	1,0	-	-	1	0,8
Derivada- Tipo D	18	18,6	2	7,7	20	16,2
Inconseqüente- Tipo E	6	6,2	3	11,5	9	7,3
Total	97	100	26	100	123	100

Quando analisamos o sistema de crenças dentro do eixo de centralidade e perifericidade, podemos identificar um deslocamento do sistema para a centralidade, predominando as crenças do tipo B, o que equivale a dizer que o comportamento de risco “ingerir bebida alcoólica em excesso” apresenta resistência para modificação, uma

vez que se encontra nuclearmente dentro do sistema de crenças o que lhe possibilita uma estabilidade ao processo educativo.

Em nossa amostra, o comportamento de consumir bebida alcoólica foi relatado por 26 (21,1%) participantes (18 do sexo masculino e 8 do sexo feminino), com 30 anos ou mais, podemos considerar uma prevalência baixa de uso de bebida alcoólica, comparada com os percentuais apontados por estatísticas mundiais, nas quais varia em cerca de 65% a 75% o número de adultos que ingerem bebidas alcoólicas (KULLER,1997).

O consumo *per capita*, em 1991, de etanol puro foi de 3,6 litros no Brasil (WILLIANS et al, 2002). Em estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, que avaliou exames toxicológicos em vítimas fatais, a prevalência da alcoolemia variou entre 36,2% em vítimas de suicídio e 64,1% em vítimas de afogamento (CARLINI-COTRIM; CHASIN, 2000). Em outro estudo realizado por Gazal-Carvalho (2002) sobre a prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas atendidas em unidade de trauma, o número maior de vítimas estava relacionado à agressão (46%), pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 44 anos.

Com base nas informações contidas no quadro 7, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós 1 e no pós 2.

Quadro 7 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de interromper ou ingerir bebidas alcoólicas. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós 1	Tipos de crenças identificadas no pós 2
-------------------	---	--	---

038	B(-): “acho que a pessoa, pra beber, tem saber se controlar, assim não faz mal, beber duas ou três cervejas não afeta em nada o fígado”	D(+): “acho que a gente fica mais pensando no que a gente ouve com o povo, quando ele fala do estrago que a bebida faz no fígado. A gente nem imagina que pode fazer mal também pro coração”	D(+): “acho que a gente tem que beber com moderação. É como o povo fala. Se uma cerveja não prejudica a saúde, é isso que quem gosta tem que beber”
-----	---	--	---

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós 1	Tipos de crenças identificadas no pós 2
67	B(-): “bebo, 3 vezes na semana, cerveja porque ela me refresca, me deixa mais disposto para enfrentar as coisas, e, bebendo só duas cervejas por dia, não faz mal a ninguém”	(B): inalterada	(B): inalterada
79	D(-): “Bebo porque vi um cardiologista na TV falar que um copo de vinho é antioxidante, mas eu bebo muito mais que isso, então acho que deve ajudar mais...”	(D): inalterada	(D): inalterada
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós teste 2
81	(B): “bebo cerveja porque me abre o apetite, ajuda a digestão e faz bem, porque, antes, eu tinha a sensação de fartume, estômago inchado, mas agora tudo acabou...”	(B): inalterada	(B): inalterada
85	(B): “bebo cerveja diariamente porque me dá sensação de bem-estar”	(B): inalterada	(B): inalterada

90	(B): <i>“eu sou chegado numa bebida, ela ajuda a gente a passar o dia, tem gente que fala que eu maltrato as pessoas quando bebo, mas eu não ligo pra isso”</i>	(B): inalterada	(B): inalterada
33	B(-): <i>“eu só bebo de fim de semana e acho que isso não afeta em nada a saúde da gente, bebo mais ou menos umas dez cervejas, e eu me sinto melhor, mais confiante”</i>	(B): inalterada	(B): inalterada

Continua

Continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
80	B(-): <i>“eu bebo só socialmente, de fim de semana, ou em alguma festa que vou, aqui tem muita festa. Mas acho que não afeta o fígado não, porque eu só bebo meia dúzia de cerveja”.</i>	(B): inalterada	(B): inalterada
88	B(-): <i>“Acho que quem não bebe vive criticando quem gosta de beber, e pôr todos os defeitos na pessoa, eu bebo todo dia, ou cachaça ou cerveja, e me sinto melhor quando bebo”</i>	(B): inalterada	(B): inalterada
93	B(-) <i>“eu bebo mas não dou vexame como umas pessoas que a gente sabe, eu bebo pra descansar do dia e é muito bom, a gente joga conversa fora”</i>	(B): inalterada	(B): inalterada
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós teste 2

124	B(-): “ <i>eu bebo quando me dá vontade, aí eu bebo mesmo, minha esposa não gosta por que diz que eu ofendo as pessoas, mas acho que o tanto que eu bebo não prejudica minha saúde</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada
138	D(-): “ <i>conheço muita gente que bebe bem mais que eu, e nunca teve problema nem de cirrose...</i> ”	(D): inalterada	(D): inalterada
142	B(-): “ <i>eu acho que a bebida foi uma das melhores invenções dos homens porque ela estimula a gente...</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
150	B(-): “ <i>eu sou chegado numa cerveja, bebo bastante de fim de semana, a gente reúne os amigos e é aquela festa. Não vejo que dano isso possa ter pra vida da gente</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada
152	B(-): “ <i>a bebida é uma velha companheira minha, eu penso que passar sem ela é muito difícil, mas não bebo exagerado, bebo todo dia um pouco só</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada
155	B(-): “ <i>bebo um pouco de fim de semana, tem gente que não gosta por eu ser mulher, mas acho que isso é coisa do passado. Eu bebo porque me agrada, fico mais solta, alegre</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada
161, 112, 116, 145, 166, 199	B(-): “ <i>Bebo de fim de semana em casa, umas cervejinhas, acho bom, distrai a gente, as pessoas ficam mais alegres</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada

174, 188, 181	E(-): “ <i>eu bebo porque gosto, a bebida é gostosa...</i> ”	E(-): inalterada	E(-): inalterada
162	B(-): “ <i>eu bebo de fim de semana umas 12 cervejas, a cerveja não é que nem pinga que faz mal, prejudica o fígado, a cerveja ajuda a gente a urinar melhor...</i> ”	(B): inalterada	(B): inalterada

Conforme consta no quadro 7, o conteúdo das crenças identificadas no pré, no pós 1 (realizado 3 semanas após apresentação do CD-ROM) e no pós 2 (realizado 3 meses após a apresentação do CD-ROM) contemplou temáticas diversificadas: a quantidade, o horário de consumo da bebida, o exercício do controle sobre a quantidade que é ingerida, a sensação de frescor, relaxamento, bem-estar, a melhora no apetite e na digestão, a oportunidade de intensificação do convívio social ao beber, o fato de a bebida ser anti-oxidante.

Identificamos uma dicotomia no horário em que as bebidas são ingeridas, ou seja, a intensificação da ingestão ocorre nos momentos de lazer e/ou descanso, estando presente a ligação do consumo da bebida com o fim de semana ou com o momento de trabalho. Apenas um participante apresentou modificação na crença após a intervenção, com base no conteúdo da crença identificada no pós 1 que inclui o coração como sendo também alvo do malefício da ingestão de bebida alcoólica em excesso. No CD-ROM, foram abordados os malefícios da bebida alcoólica, em relação ao coração, ao fígado, juntamente com uma figura real de um fígado deteriorado pela ação do álcool.

Ao analisarmos o eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças, identificamos uma tendência à centralidade, sendo 21 crenças categorizadas como sendo

do tipo B (consenso zero), sendo que somente uma delas se deslocou para crença categorizada como sendo do tipo D (derivadas) na primeira intervenção, sendo similar ao ocorrido na segunda avaliação.

Conforme os dados anteriormente mencionados, constatamos que, como a maioria dos sujeitos tiveram crenças localizadas mais centralmente no sistema de crenças, estes foram menos propensos a modificá-las, fato esperado, uma vez que o mesmo possui maior estabilidade no ponto central, sendo mais difícil de ser reestruturado por processo educativo.

O quadro 8 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 8 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Pré	Crenças do pós-teste 1 que favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento não saudável)	26	1	27
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento saudável)	-	96	96
Total	26	97	123
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		1	

Estatística Qui-quadrado	3,841
Regra de decisão	Não significativo

Considerando as crenças identificadas no pré e pós 1 (quadro 8), o teste de McNemar e o teste χ^2 apresentaram valores que, pela regra de decisão, permitem afirmar que não houve mudança significativa nas crenças dos indivíduos que foram estudados, ou seja, não foi significativo o aumento do número de pessoas que, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que ingerir bebida alcoólica em excesso não é um comportamento saudável. Para analisar os dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós 2 (CD-ROM), foram aplicados o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 . Novamente, pela regra da decisão, os dados foram considerados não significativos, ou seja, apenas um dos participantes passou a acreditar, após ter assistido ao CD-ROM, que ingerir bebida alcoólica em excesso não é um comportamento saudável. O quadro 9 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2, por análise comparativa.

Quadro 9 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças (do pós-2) que favorecem o comportamento ingerir bebida alcoólica (comportamento não saudável)	Crenças do (pós- 2) que favorecem o comportamento de não ingerir bebida alcoólica (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de ingerir bebida alcóolica (comportamento não saudável)	25	1	26

Crenças no pré teste que favorecem o comportamento não ingerir bebida alcoólica (comportamento saudável)	-	97	97
Total	25	98	123
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		1	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Não significativo	

O quadro 10 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “ingerir bebida alcoólica em excesso”.

Quadro 10 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças (do pós-2) que favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do (pós-2) que favorecem o comportamento de não ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós-1 que favorecem o comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento não saudável)	25	1	26
Crenças no pós-1 que favorecem o comportamento de não ingerir bebida alcoólica em excesso (comportamento saudável)	-	97	97
Total	25	98	123

Testes estatísticos	Resultados
Estatística teste	1
Estatística Qui-quadrado	3,841
Regra de decisão	Não significativo

Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados não significativos, ou seja, houve uma mudança de comportamento entre o pós-1 e o pós-2. Como as crenças do tipo B ou primitiva de consenso zero estão ligadas aos conceitos internos que o indivíduo formula sobre si mesmo, independente da concordância com os outros, esses sentimentos podem ser geradores de medos, ansiedade, dúvidas sobre o seu autovalor, identidade, competência (ROKEACH, 1981). E a bebida alcoólica, assim como o cigarro, proporciona ao indivíduo sensações de alívio destes autoconceitos depreciativos a ele mesmo e funcionando como um anteparo social. Observamos, por meio da emissão das crenças, que elas estão mais relacionadas às questões de alívio, convívio, lazer, bem-estar, etc. Por isso que o conteúdo do CD-ROM versou, no que tange a este comportamento, sobre os efeitos do álcool no coração e no fígado.

Fotheringham (1966), ao se referir ao efeito da instrumentalidade, atribui que a dissuasão pode provocar uma ação direcionada para rejeitar ou refutar a mensagem. Portanto, nesse comportamento, apenas uma pessoa teve a adoção ou aceitação da mensagem formulada, os outros 25 rejeitaram. A falta de adesão ao comportamento de não ingerir bebida alcoólica em excesso deve-se a dois fatores intervenientes: o tempo e a descontinuidade do contato com mensagem persuasiva, uma vez que o processo de

retenção de informação/aprendizagem é potencializado quando os fatores anteriormente mencionados são continuamente veiculados.

O consumo de álcool tem pelo menos quatro associações importantes com as doenças cardiovasculares: pode causar acidente vascular cerebral devido ao aumento da pressão arterial; pode aumentar os níveis de HDL-c; pode diminuir a agregação plaquetária, reduzindo os níveis de fibrinogênio e aumentando a atividade fibrinolítica; pode precipitar a miocardiopatia alcoólica (89g de álcool - o equivalente a oito bebidas alcoólicas por dia) (KULLER,1997). Também pode estar associado a arritmias cardíacas (fibrilação atrial, *flutter* atrial e outras taquicardias supraventriculares) e morte súbita.

Tendo em vista que o consumo de álcool está relacionado a diferentes tipos de doenças, torna-se de extrema importância que o profissional da área da saúde esteja preparado para o atendimento a essa clientela. Por isso torna-se importante também identificar as crenças que possam estar contribuindo para a adesão a este comportamento, sempre considerando que a crença é apenas uma variável envolvida na aquisição de tal comportamento.

Conforme orientação da 4ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o consumo de etanol não deve ultrapassar a 30ml/dia para os homens e 15 ml/dia para mulheres. Neste estudo identificamos que 26 indivíduos ingeriam muito mais bebida alcoólica do que o recomendado (4ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2002), embora sejam controversos os estudos referentes ao consumo de bebida alcoólica e o efeito protetor que ele pode trazer ao coração.

O consumo de vinho ou uísque não foi referido por nenhum dos entrevistados a maioria referiu ingerir a cerveja, e o sujeito 88 relatou ingerir cachaça também.. Tal fato chamou-nos a atenção uma vez que a renda *per capita* é baixa e a região possui plantação de cana de açúcar em seu entorno. O fato de a cerveja ser o produto de escolha pode ter sofrido a influência da intensificação das propagandas televisionadas, uma vez que, nesse grupo, existe o hábito de assistir televisão. Esse também poderia ser um fator interveniente, uma vez que a mensagem persuasiva passada por meio do CD-ROM apresentou menor intensidade de exposição quando comparada à propaganda veiculada na televisão.

Em estudo realizado sobre a frequência das propagandas de bebida alcoólica veiculadas na televisão, constatou-se que, entre o horário das 20 às 24 horas, a cada 24 minutos e 19 segundos, é veiculada uma propaganda sobre bebida alcoólica (NAVEILLAN; CORNEJO; LÓPEZ; SAINT JEAN,1987). Um fato que nos chamou a atenção foi que a quantidade de bebida ingerida apresentou variação desde ser usada em maior quantidade nos fins de semana (7 a 12 cervejas), ou em quantidades menores de consumo, que variaram de 02 a 03 cervejas por dia, ambas estão acima do recomendado. Sabe-se que reduzir o consumo de bebida alcoólica em indivíduos hipertensos pode diminuir o nível da pressão arterial (PUDDEY; BEILIN; VANDOGEN, 1985).

Disso, pode-se afirmar que refutamos H1 – a comunicação persuasiva não foi capaz de modificar as crenças no comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso e refutamos H2 – a comunicação persuasiva não deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.3. Comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso

Na tabela 16, apresentamos as crenças identificadas sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura.

Tabela 16 - Distribuição do comportamento de risco ingerir alimentos ricos em gordura identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Tipos de crença	Comportamentos que não favorecem ingerir alimentos ricos em gordura		Comportamentos que favorecem ingerir alimentos ricos em gordura		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	29	46,8	20	18,3	49	28,7
Autoridade- Tipo C	13	21	-		13	7,6
Derivada- Tipo D	17	27,4	36	33	53	31
Inconseqüente- Tipo E	3	4,8	53	48,7	56	32,7
Total	62	100	109	100	171	100

Foram 171 crenças identificadas a respeito do comportamento de risco de ingerir alimentos ricos em gordura, ficando sua distribuição assim caracterizada: 32,7% (56) de crenças do tipo E (inconseqüentes); 31% (53) de crenças do tipo D (derivadas), 28,7% (49) de crenças do tipo B (primitivas de consenso zero) e 7,6% (13) de crenças do tipo C (autoridade).

Quando analisamos o eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças dos 200 participantes, identificamos que, como 63,7% foram categorizadas como sendo do tipo D e E, o sistema de crenças tende à perifericidade, o que equívale a dizer que, se

um processo educativo for bem estruturado, ele terá boas chances de alterar o sistema de crenças dos participantes.

Com base nas informações contidas no quadro 11, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós-teste 1 e no pós-teste 2.

Quadro 11 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de interromper ou ingerir alimentos ricos em gorduras. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
01	D(-): <i>“a comida em casa é feita na banha de porco porque sustenta mais, é mais forte”</i>	D(+): <i>“eu guardei bem pra mim aquilo sobre o colesterol no sangue eu vi naquele filme”.</i>	D(-): <i>“aqui em casa, a gente sempre fez comida com banha de porco, e carne de porco entra pela porta da frente, desde quando eu era criança, a gente come assim, penso que, se não fez nenhum mal até agora, não faz mais”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
07	D(-): <i>“só como comida feita na banha de porco. Ela deixa o organismo mais forte. Penso até que o coração. Ele fortalece os músculos e as veias. Minha avó quem ensinou a nossa família a cozinhar assim, ela sempre dizia que era mais saborosa”</i>	D(+): <i>“a gordura pode entupir as veias do coração e, se a gente não tiver muito dos faxineiros, pode até dar um infarto... tenho pedido aqui em casa para manear um pouco na banha”</i>	D(-): <i>“voltei a comer do jeito de antes. Acho que, se eu cheguei com essa idade e ainda não tive problema no coração, só de pressão, como diz minha neta, vô o senhor está mais forte que nós. Você pode comer de tudo...”</i>

08	D(-): “eu cozinho com banha de porco e, até agora, nunca tive nada, meu colesterol sempre deu alto, o médico até falou para parar, mas meus pais cozinham a vida toda com banha de porco e nunca tiveram nada, acho que é tudo fantasia de médico...”	D(+): “eu estive pensando sobre o infarto, e em todas aquelas coisas que a gente pode fazer para evitar. Eu entendi o que o colesterol faz.... Eu preciso é me cuidar...”	D(+): “andei diminuindo as gorduras da comida aqui de casa, o pessoal ficou bravo, mas eu disse: ‘não quero ver ninguém com problema de coração aqui por causa da minha comida’”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
10	E(-): “eu adoro comer, sei que a gordura entope as veias, mas eu como mesmo assim, gosto demais...”	C(+): “sei que tem coisas que posso fazer para melhorar meu colesterol faxineiro, como fazer exercício, sei isso devido aquele filme, sempre estou lembrando disso..”	C(+): “estou tomando agora um remédio que é para diminuir o colesterol, tenho feito caminhadas também, mas sinto falta de comer as minhas comidas”...
11	E(-): “eu como muita carne de porco, para mim é uma das coisas de que mais gosto”	C(+): “depois que assisti aquele CD, comecei a diminuir um pouco as gorduras”	C(+): “diminuí um pouco o tanto de comida com gordura que a gente come em casa, e comecei a prestar mais atenção nas coisas que compro para comer, acho que foi efeito daquele filme”
12	E(-): “eu como carne gorda porque gosto, prefiro porque é mais saudável”	D(+): “dependendo do que a gente come, pode levar a ter algum problema no coração. Tenho comprado mais verduras aqui pra casa, a gente come muita carne”	D(+): “tenho conseguido colocar mais verde na nossa comida, achei que o pessoal tem aceitado melhor agora, lembro daquela balança do filme, que a gente tem que equilibrar a comida que come”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 2
13	B(-): “como de tudo, acho que o meu tipo de alimentação não tem influência no colesterol. Meu colesterol é alto. O que faz o colesterol alterar é a cabeça da gente”	D(+): “tenho andado de bicicleta diariamente, vamos ver se o colesterol abaixa mesmo?”	B(-): “fiz exame e o colesterol abaixou pouco, acho que o problema é devido à influência da cabeça da gente mesmo, muito problema”

17	B(-): “eu acho que a gente jamais deve evitar comer carne de porco, carne gorda, gordura, porque é uma comida muito boa e forte, e faz bem para a saúde”	D(+): “a gente sempre ouve falar alguma coisa sobre colesterol, gordura. Acho até que a medicina, aquelas explicações que tinha naquele filme...mostram pra gente que a gordura, se for muita, prejudica a gente, eu até acredito nisso..”.	B(-): “tenho comido de tudo, deixei de ligar pro colesterol, nunca me deu nada mesmo de doença, só a pressão alta”
25	B(-): “como muita gordura e cozinho com gordura de porco, acho que ela é mais saudável e ajuda a gente a ser mais saudável, porque não tem agrotóxico”	D(+): “toda vida a gente cozinhou assim, é difícil pra gente até pensar em mudar, fiquei pensando isso, eu tenho 71 anos, comi assim a vida toda...acho que a gente pode ajudar quem é mais novo a evitar de um dia ter infarto”	B(-): “eu penso que a gordura pode fazer a pessoa ter problemas de entupir a veia do coração, mas, no meu caso, eu acho que não tem problema porque o que poderia me acontecer mais é morrer, mais isso a gente já espera pra qualquer momento...”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
69	E(-): “eu me sinto bem melhor quando como carne mais gorda, principalmente porque eu gosto”	D(+): “eu fico pensando como o coração da gente pode ser tão perfeito e a gente acaba intoxicando ele com tanta coisa que não deveria. A gordura de porco pode trazer benefício pra quem se esforça muito mas pra quem fica mais em casa, sem fazer muita coisa entope as veias”	D(+): “a senhora não sabe como é difícil comer pouco daquilo que mais a gente gosta, é pior que parir um filho”.

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 2
-----------------------	---	--	--

85	E(-): “estou acostumado a comer com gordura a minha comida e eu gosto muito, gosto demais...”	D(+): “o colesterol pode entupir a veia do coração, isso eu sei daquele filme, tem o faxineiro (HDL)”	D(+): “tenho procurado diminuir a gordura, olha, mas é difícil, tem dia que não resisto. Mas, aos poucos, vou tentando...acho que a gente tem que melhorar, procurar melhorar sempre, senão a doença pega ...”
87	D(-): “como com gordura e como muita carne de porco, carne gorda, porque eu gosto. Minha avó dizia que era uma carne muito saudável”	D(+): “se a gente fosse mais esperto, evitava muita coisa na vida da gente. A comida é feita na banha, a gente até pensa em evitar, mas, quando vê, tá todo mundo comendo e o regime da gente volta pra traz”	D(-): “eu sempre comi carne com gordura, banha, porco, acho que não faz nada pra gente não, minha família comeu assim sempre e só um morreu de infarto e olha que a minha família é grande”
100	D(-): “ouvi na televisão que a gente tem que evitar a gordura nos alimentos e eu abuso porque não sou obesa, só um pouco gorda”	C(+): “li outro dia uma reportagem sobre o colesterol de um médico e gostei muito, Como uma gordurinha pode fazer uma coisa dessas (infarto)”	C(+): “depois que vi tanta coisa sobre o colesterol, ando diminuindo a gordura da minha comida, espero que assim possa ajudar as minhas veias”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
04, 22, 26	E(-): “como mais carne gorda porque é mais saborosa, gosto mais”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
28, 45 48, 56, 14, 15, 9, 21, 23, 58, 30, 31, 164	D(-): “antigamente as pessoas comiam carne de porco e viviam mais, por isso acho que esse negócio de colesterol não tem nada a ver”	(D): Sem alteração	(D): Sem alteração
29, 33, 34, 138, 40, 43, 101, 55	D(-): “a gente cozinha com banha de porco desde criança, acho que a comida fica mais gostosa e é muito saudável”	(D): Sem alteração	(D): Sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
---------------------------	---	---	---

32, 38	B(-) “acredito que a gordura em si não oferece riscos à pessoa, por isso não evito comer. É mais saudável”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
35, 37, 63, 64, 140, 142, 147, 52, 44, 42	E(-): “gordura é o que eu gosto e comer o que a gente gosta não faz mal de jeito algum”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
41	B(-): “como comida com mais gordura sempre, porque acho que a gordura amacia a pele, fortalece o corpo e é mais nutritiva...”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
39, 79, 127, 128, 131, 137	(E): “eu adoro carne gorda, se alguém tira de mim, eu brigo e ponho de volta no prato”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
65, 78, 82, 83, 71, 73	(B-): “gordura para mim é fundamental, é como se fosse um combustível, não fico sem, senão o corpo enfraquece”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
77, 84, 86, 88, 89, 90, 94, 149, 152, 161, 174, 175, 181, 184, 185, 188, 191, 99	E(-): “prefiro comer carne bem gorda porque é melhor pra saúde e porque eu gosto”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
97, 125	B(-): “a carne com gordura, a comida feita na banha é um dos alimentos mais nutritivos que a gente possui, e, se a criação for caseira, melhor ainda, é saúde na certa”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
148	(B): “como com gordura de porco porque alimenta melhor, o óleo é fraco”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
155	(B): “o colesterol aumenta a gordura do sangue, eu como de tudo porque nunca tive problema de saúde”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
176	B(): “a carne mais gorda satisfaz mais a gente e dá mais energia e saúde”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
103, 76, 96, 113, 115, 117, 162, 163, 183, 197	(D): “como carne gorda, torresmo, banha desde pequeno, é carne mais forte e sustenta mais”	(D): Sem alteração	(D): Sem alteração
118, 130, 133, 45, 156, 169, 170, 173, 180, 190, 194	(E): “adoro o sabor da gordura, prefiro isso a qualquer outra carne”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
126	B(-): “sempre comi muita carne gorda e nunca tive nada”	(B): Sem alteração	(B-): Sem alteração
200	(B-) “a carne gorda tem mais vantagens que as outras porque, além de saborosa, ela ajuda na digestão e no funcionamento do intestino”	(B): Sem alteração	(B-): Sem alteração

Conforme consta no quadro 11, o conteúdo das crenças identificadas no pré abordou: a gordura dá mais sustento, ser um alimento forte, ser saudável, não ter agrotóxico, ser saborosa, apesar de seus malefícios serem identificados em algumas circunstâncias, fortalecer os músculos e as veias, amaciar a pele, o usuário não percebe o malefício dos alimentos gordurosos e o usuário que, por não ser obeso, pensa que pode comer alimentos gordurosos.

Neste estudo, 38,5% dos indivíduos apresentaram colesterol total na faixa entre 200-239 mg/dl e 27% encontraram-se acima desses parâmetros. Como podemos observar nesses dados, o consumo de alimentos ricos em gordura pode ser considerado alto, e a maioria dos participantes verbalizaram crenças que reforçam o seu consumo

pelo fato de considerarem que esses alimentos dão mais sustento, são mais saborosos, ou pela influencia de pessoas de destaque no convívio cotidiano, conforme identificado anteriormente.

A estratégia persuasiva utilizada no CD-ROM para comportamentos de “ingerir alimentos ricos em gordura” foi estruturada na técnica da demonstração do processo de formação da placa de ateroma no interior dos vasos sangüíneos e sua repercussão sobre o estado geral de suprimento sangüíneo e de oxigenação dos tecidos.

Acrescentamos o uso da técnica de apelo ao medo e parte da persuasão estruturada na correlação que existe entre alimentos ingeridos e o depósito de resíduos no interior do organismo. A figura da balança simbolizou o equilíbrio que deve predominar na escolha dos alimentos, permitindo que o entrevistado pudesse refletir sobre os benefícios e os malefícios de sua escolha, repercutindo, ou não, no acúmulo dos vários tipos de colesterol no interior de seu corpo ao longo de sua vida. As imagens foram apresentadas de forma a permitir ao entrevistado a sensação de que sua escolha dar-se-ia entre um comportamento mais saudável ou um de risco. Destacamos a importância da mudança no estilo de vida: alimentar por meio da escolha de alimentos atrativos e saudáveis.

Criamos um desenho no qual apresentamos dois personagens (faxineiro) com os quais estabelecemos a analogia do processo de limpeza com o acúmulo ou a remoção de colesterol HDL-C e LDL-C. Essa estratégia mostrou-se de impacto para a compreensão simplificada dos mecanismos auto-reguladores dos lipídios no organismo e visualmente atraente para os entrevistados. O instrumental de limpeza representado pela pá foi

vinculado aos benefícios que o entrevistado poderia desencadear com comportamentos saudáveis de ingestão alimentar.

No pós-1 (realizado três semanas após a apresentação do CD-ROM), o conteúdo das crenças versou sobre: os dados advindos do uso de gordura, as possibilidades de evitar danos ao corpo, o impacto do estilo de vida sobre o organismo, a importâncias de adoção de fatores saudáveis, a expectativa de a adoção de um comportamento saudável refletir nos exames laboratoriais de colesterol, a influência dos outros na manutenção de comportamentos saudáveis.

Foram 13 sujeitos que modificaram os conteúdos das crenças no pós 1 (exposição ao CD-ROM) e elas estão pautadas em uma dimensão de avaliação, de experimentação quase que em sua totalidade. Fotheringham atribui este momento como denominado de adoção. O sujeito experimenta se aquela informação tem credibilidade para o seu contexto pessoal e familiar. As crenças que sofreram modificações foram as do tipo inconseqüentes (05), derivadas (05) e de consenso zero (03). Segundo Rokeach (1981), as crenças derivadas são passíveis de serem modificadas desde que ocorra uma mudança na autoridade. No caso da comunicação persuasiva existente no CD-ROM, foi criada uma personagem que simbolizava um profissional da área da saúde, esta foi a narradora do conteúdo do texto existente. A essa personagem, que era uma mulher, foram creditados conhecimentos científicos que seriam sugeridos para serem acreditados pelos participantes.

Com relação às crenças de gosto, foram enfocados os benefícios e a visualização de alimentos com baixo teor de gordura. Procurou-se evitar a proibição. Já, no que se refere às crenças do tipo B, numa primeira avaliação, tenderam à modificação, mas o

passar do tempo e a descontinuidade da exposição do conteúdo da comunicação persuasiva do CD-ROM foram suficientes para que retornassem à situação original.

Alguns estudos têm demonstrado a influência dos veículos de televisão, rádio e impressa sobre crianças em idade escolar com relação ao hábito alimentar (MOYA DE SIFONTES; DEHOLAIN, 1996; BLANCO; BONVECHIO, 1997; SERRA, 2001). Tais estudos chamam a atenção para a mudança de hábitos alimentares, principalmente no que se refere ao crescimento do consumo de *fast food*, lanches rápidos com alto teor calórico em detrimento de uma alimentação equilibrada. Com relação à alimentação, ou preferência alimentar, referida pelos entrevistados, a maioria cozinha com banha de porco, prefere carnes mais gordas (vermelha), carne de porco. Carnes brancas não foram referidas.

No pós-2 (realizado três meses após a apresentação do CD-ROM), a temática contida nas crenças foi: a priorização do sabor em detrimento da saúde, a dificuldade em mudar comportamento, a necessidade de ajudar o organismo a manter-se saudável, não dar importância aos sinais, uma vez que não reconhece em si sintomas de alteração da saúde, não estabelecer o nexo causal em mudança de comportamento e saúde, a primazia dos hábitos familiares, o esforço por estabelecer uma mudança nos hábitos alimentares pela inclusão de alimentos saudáveis e a facilidade de controlar colesterol de tratamento farmacológico.

Ao refletirmos sobre as temáticas apresentadas no conteúdo das crenças identificadas no pós-teste-2, observamos que existe um conflito entre sabor/prazer *versus* saúde, isto significativamente nos remete à dicotomia que muitas vezes é veiculada pela mídia, por um lado é incentivada a refeição rápida e calórica, que gera

aumento do colesterol, aumento de peso; e de outro são valorizados determinados padrões estéticos: corpo físico ideal, magro e musculatura bem definida.

Com relação aos hábitos alimentares herdados dos familiares, essa questão está arraigada ao convívio social, ao aconchego do lar, ao cheiro de determinados alimentos que remetem a algumas ocasiões prazerosas, etc. Por isso as crenças derivadas deste contexto tornam-se mais difíceis de ser alteradas, principalmente levando em consideração os vínculos afetivos que estão alicerçados. Isso nos remete a compreender porque apenas 07 pessoas permaneceram no pós-teste-2, tendo comportamentos favoráveis a não ingerir alimentos ricos em gordura.

O quadro 12 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 12 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento não saudável)	62	13	75
Crenças no pré que não favorecem o comportamento de não ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento saudável)	92	-	92
Total	154	13	167
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		13	
Estatística Qui-quadrado		3,843	
Regra de decisão		Significativo	

Os dados demonstrados no quadro 12 confirmam que ocorreu uma mudança significativa na crença dos indivíduos estudados, foi significativo o número de pessoas que acreditam que a ingestão de gordura em excesso não é saudável.

O quadro 13 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Quadro 13 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento não saudável)	62	7	69
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de não ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento saudável)	-	102	102
Total	62	109	171
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		7	
Estatística Qui-quadrado		3,843	
Regra de decisão		significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, embora tenha havido um decréscimo, ainda é significativo o número de participantes que, após terem visto o CD-ROM, continuam acreditando que ingerir alimentos ricos em gordura é um comportamento saudável.

O quadro 14 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2, por análise comparativa, para o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso”.

Quadro 14 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de não ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento não saudável)	62	-	62
Crenças no pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de não ingerir alimentos ricos em gordura (comportamento saudável)	7	102	109
Total	69	102	171
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		7	
Estatística Qui-quadrado		3,843	
Regra de decisão		significativo	

Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes mantiveram as crenças de que ingerir alimentos ricos em gordura não é saudável.

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura

em excesso - e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia dos sistema de crenças.

8.2.4. Comportamento de não aliviar o estresse

Na tabela 17, descrevemos os tipos de crenças identificados entre os 200 participantes para o comportamento de aliviar ou não o estresse.

Tabela 17 - Distribuição das crenças no comportamento de risco de não aliviar o estresse identificado no pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos de não aliviar o estresse		Comportamentos de aliviar o estresse		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	24	58,5	76	74,5	100	69,9
Autoridade- Tipo C	-	-	05	4,9	5	3,5
Derivada- Tipo D	5	12,2	20	19,6	25	17,5
Inconseqüente-Tipo E	12	29,3	01	1	13	9,1
Total	41	100	102	100	143	100

Foram 143 crenças identificadas a respeito do comportamento de risco de “não aliviar o estresse”, ficando sua distribuição assim caracterizada: 100 (69,9%) crenças do tipo B (primitivas de consenso zero); 25 (17,5%) crenças do tipo D (derivadas), 13 (9,1%) crenças do tipo E (inconseqüentes) e 5 (3,5%) crenças do tipo C (autoridade).

Quando analisamos o eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças dos 200 participantes, identificamos que, com relação às crenças que não favoreciam a

busca de formas de se aliviar o estresse, 58,5% foram do tipo B, que são crenças mais centrais, difíceis de ser alteradas no sistema de crenças dos participantes.

Com base nas informações contidas no quadro 15, a seguir, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós-1 e no pós-2.

Quadro 15 – Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós-1 e pós-2 para comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
04	B(-): <i>“me considero uma pessoa estressada, já tive que tomar calmante. Acho que não prejudica o coração e sim, os nervos, porque mexe só com eles. Não consigo fazer nada que possa me acalmar. Aliás, acho que nem penso nisso, fico moendo os meus pensamentos...”</i> .	D(+): <i>“vi naquele filme algumas coisas que poderia ajudar a gente a se acalmar, a desligar do estresse. Acho que o estresse prejudica a saúde da gente”</i> .	B(-): <i>“não consigo fazer nada que consiga me acalmar. Acho que sou assim mesmo”</i> .
05	(B): <i>“para mim não tem coisa melhor para acalmar o meu estresse do que fumar”</i> .	(D): <i>“o estresse pode deixar a gente com problemas de saúde como o infarto, eu vi isso naquele CD”</i> .	B(-): <i>“a minha receita para me acalmar é fumar um bom cigarro, a fumaça desfaz os pensamentos da gente”</i> .

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
11,14	E(-):“sou uma pessoa estressada, mas prefiro nem ficar fazendo alguma coisa para me acalmar, não gosto, o nervo é maior...”	(D): “eu assisti aquele CD e fiquei concentrada em ver o que me acalmaria, das coisas que estavam dizendo lá: ouvir música, conversar com alguém... Tanta coisa! Acho que a gente nem pensa em nada na hora do nervoso. O estresse, se a gente não aliviar, pode afetar até o coração”	(D): “eu comecei a ouvir as músicas sertanejas que gosto. Acho que isso tem me ajudado um pouco, mas a gente tem muito problema, quem sabe fazendo assim aos poucos eu consiga um jeito de me acalmar. Sempre lembro das paisagens do filme”.
17	(B): “sou uma pessoa estressada, não consigo controlar. Acho que o estresse dá desânimo. Deixa a gente sem forças para lutar pelas coisas, aí eu fumo, pois me acalma”.	(D): “eu sempre fumei para me acalmar. Agora estou tentando parar porque não posso mais ficar do jeito que eu estava. Acho que o nervoso pode prejudicar muita a saúde de uma pessoa. Acho que como fala naquele cd, a gente tem que ver uma coisa que possa aliviar o estresse da gente, nem que seja dar uma volta no quarteirão”.	(D): “a gente sempre deixa a saúde da gente pra depois. Para mim, as coisas não têm sido muito fáceis, mas eu estou procurando melhorar. Já estou tentando parar de fumar e isso já deixa a gente muito nervosa, tenho chupado bala pra acalmar, e desligar um pouco disso”.
21	(B): “me considero uma pessoa muito nervosa, qualquer coisa me aborrece se não for do meu jeito, às vezes, nem eu me tolero, ainda não descobri o que fazer com isso...”	(C): “o médico me falou que o estresse provoca muitas doenças”	B(-): “eu sou uma pessoa nervosa e gosto de fazer as coisas do meu jeito. Não tenho feito nada pra mudar”.
22	(B): “sou uma pessoa fechada, e acho que isso não é bom, guardo tudo pra mim, eu acho que eu deveria falar as coisas, mas não faço...”	(C): “o médico me disse que o estresse, é, pode virar doença”	B(-): “eu creio que o estresse serve para alertar as pessoas. Eu não tenho feito nada por isso”.
23	D(-): “sou muito nervosa e, quando eu fico assim, as pessoas me dão um copo d’ água com açúcar, acho que o açúcar ajuda a acalmar a gente”	D(+): “acho que a gente tem que aprender a desligar do nervoso. É bem isso que diz naquele filme pra gente. É preciso procurar uma maneira pra aliviar o que a gente tá guardando dentro da gente”	D(+):“eu descobri que conversar é um grande remédio, melhor que água com açúcar. Acho que isso veio desde pequeno, quando minha mãe me dava água com açúcar pra acalmar e eu acostumei. Acho que o estresse traz muitos problemas pra saúde e pode dar um infarto”.

Continuação

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
26	E(-):“sou nervoso, e prefiro ficar sem falar ou fazer nada...”	(D): “eu acho que cada um tem que descobrir o que acalma de fato. Do jeito que eu estava fazendo era pior, mas ainda tenho pensado no que posso fazer para aliviar o meu estresse. Penso muito em tudo que vi naquele cd, mas não é fácil”	(E): “andei animado uns tempos, mas aí vêm outros problemas e fica aquela bola de neve e a gente acaba desanimando. Prefiro ficar do jeito que estava, sem fazer nada...”
28	(B): “acho que, quando a gente guarda muita coisa, fica sentida, e isso ajuda a ficar mais estressada... eu não acho que qualquer coisa que a gente faça que não seja resolver esse problema possa aliviar... Até agora eu não consegui...”	(D): “o estresse pode aumentar a pressão da gente, e até dar um infarto”	B(-):“eu não tenho conseguido aliviar meu estresse com caminhada ou outra coisa, sei até que é importante pra mim, mas desanimei...”
33	(B): “me considero uma pessoa estressada, sempre que eu tenho um problema, eu fico martelando ele na minha cabeça, ela quase explode, não sei se isso é bom pra saúde, mas não consigo fazer diferente”	(D): “a gente ouve falar e tudo que vi naquele CD me deixou pensativa porque muitas coisas eu posso fazer para aliviar o meu estresse..”	B(-):“a gente vive tão sem ânimo que deixa de lado as coisas que realmente deveriam ter importância. Andei tentando costurar para ver se me acalmava, pois é umas coisas que gosto de fazer, mas nem isso consegui levar adiante, desanimei”
46	(B): “sou muito estressado, principalmente se alguma coisa dá errado, eu viro um bicho... e quase me acabo com isso...”	(D): “o estresse causa problemas ao coração e também pode dar problemas de estômago, por isso a gente tem que procurar um jeito de melhorar isso, eu tenho pensado em como eu posso tentar fazer isso comigo...”	B(-):“a gente acaba ficando enrolado nos problemas e deixa eles tomarem conta da vida da gente. Não tenho conseguido me desligar deles, uns dias, até tentei andar um pouco de cavalo, pra tirar os pensamentos dos problemas, mas depois tudo voltou”.

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
70	B(-): “acho que sou muito nervoso, às vezes, é tanto que tenho dor no estômago, diarreia, fico sem fome, acho que isso não é bom. Mas ninguém sabe a receita pra aliviar isso não é, nem eu...”	B(+): “às vezes, precisa vir alguém e mostrar o que de certa forma a gente já imaginava e ajudar a gente. Eu comecei a ir pescar aos fins de semana no rio aqui perto. Tenho me sentido melhor, porque lá eu fico me policiando pra fugir dos problemas. Eu penso que, fazendo assim, eu esteja evitando doenças pra mim”	B(+): “descobri que pescar me acalma e eu estou fazendo isso sempre. Tenho conseguido dormir melhor e me sinto mais animado.”
100	(B): “sou um pouco estressada, às vezes, fica mais difícil, eu nem sei o que faço, mas não consigo fazer nada que possa mudar isso”	(C): “tive um problema de pressão outro dia e precisei ir ao médico do posto, ele me passou uns calmantes.... e eles estão me ajudando”	B(-): “depois daquela vez que tive aquele problema de pressão, tenho tomado calmante, o médico deixou pra mim a receita. Acho que o remédio é o único que dá jeito para o estresse”
130	E(-): “sou muito irritada com as coisas, mas prefiro não falar nada, não gosto de incomodar os outros...”	(D): “o estresse pode afetar a pressão de uma pessoa e a saúde dela”.	(D): “eu tenho procurado uma maneira de conseguir me acalmar mais, de procurar fazer alguma coisa que me desligue dos meus problemas, mas é muito difícil, mas tenho tentado, entrei num curso de pintura que tem aqui na cidade, tem gente que me falou que ajuda a gente a ficar mais calma”
133,180	E(-): “quanto estou nervoso, prefiro ficar quieto com os pensamentos, depois eu passo mal....”	(D): “muitas pessoas dizem que o estresse pode levar a gente pro hospital. Eu também acho. Aquele filme que você mostrou tem várias coisas que a gente poderia fazer pra tentar aliviar ele, sempre penso nisso, em o que me faria me sentir melhor”	(D): “uma pessoa estressada é mais triste, tem muitas dificuldades na vida, as pessoas dizem isso e eu acho também. Eu tenho assistido mais televisão porque é uma coisa que eu gosto de fazer e eu desligo um pouco dos problemas enquanto assisto”
183	(B): “eu costumo guardar tudo o que sinto, e sofro muito, dívidas, desespero...não sei o que a gente pode fazer para aliviar”	(C): “passei mal esta semana, tive muitos aborrecimentos, o médico falou que a pressão subiu demais... Estou à base de calmante e remédio de pressão. Agora me sinto melhor...”	(C): “tenho controlado meu estresse com calmante que o médico receitou, eu tenho dormido mais e isso tem me ajudado”

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
19	(B): “o nervoso que passo são as dívidas, não adianta fazer nada diferente do que conseguir dinheiro para pagar as contas, dinheiro sim, isso acalma...”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
27	E(-): “sempre passo mal com meu nervoso, mas não gosto de incomodar ninguém...”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
29	B(-): “minha vida é cheia de problemas, não consigo me livrar deles, dá desânimo. Às vezes, nem sei o que fazer para a gente desligar um pouco. Também acho que isso não resolveria em nada as coisas...”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
30	(B): “acho que os meus problemas ficam todos guardados no coração por isso que passo mal sempre, não sei fazer diferente”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
32, 150, 176	B(-): “acho que o nervoso que carrego afeta tudo por dentro, chega a roer, por isso que acho que tenho esses problemas de saúde, acho que a raiva fica interna...”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
34	(D): “vejo tanta gente fazendo um tanto de coisa pra melhorar o estresse, e nada acontece, parece que fica pior. Acho que isso não dá certo não... pintar, andar...”	(D): Sem alteração	(D): Sem alteração
37 41, 40, 44, 56, 50	(B): “meu nervoso é escondido, fico triste, acho que prejudica a pressão porque ela sobe, mas não consigo fazer nada, pra melhorar isso”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
38, 43, 48	(D): “ <i>eu, quando fico nervosa, tomo chá de alecrim, porque me ensinaram que é bom. Eu tomo, mas nem sei se faz efeito, já acostumei</i> ”	(D): Sem alteração	(D): Sem alteração
71	(B): “ <i>acho que a pessoa estressada é como um rádio fora do ar... e acho que, pra sintonizar de novo, precisa deixar muito tempo passar</i> ”	(B): Sem alteração	(B): Sem alteração
88, 47, 39, 64	(E): “ <i>sou estressado, nervoso, nem sei se isso prejudica alguma coisa, se for, nem ligo...</i> ”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração
89	(E): “ <i>eu detesto meu serviço e isso que me deixa estressado, mas não faço nada, prefiro não fazer nada, não gosto de fazer nada</i> ”	(E): Sem alteração	(E): Sem alteração

Conforme consta no quadro 15, o conteúdo das crenças identificadas no pré abordou: o próprio descontrole ou impotência diante de situações corriqueiras ou eventuais, gerando a necessidade de suporte farmacológico, de uso do tabaco (droga de adição), o uso de água com açúcar, de chá, bem como a necessidade de estar em silêncio ou introspectivo para reelaborar seu conflito, a necessidade de extravasar seu nervosismo, de somatizar e de se sentir desanimado diante do tumulto em que se encontra.

Neste estudo, os indivíduos que, segundo a escala de Holmes-Rahe para avaliação do estresse, foram classificados como sujeitos a adoecer devido ao estresse somam 48,5% do total. Dentre os fatores identificados como propulsores do estresse,

destacamos a perda de pessoa significativa, dificuldades financeiras, problemas conjugais e sexuais.

Percebemos, ao refletir sobre os conteúdos das crenças e a escala de Holmes-Rahe, que os fatores mencionados estão intimamente ligados a dificuldades das relações interpessoais/afetivas e profissionais/financeiras. Verificamos também que, em muitas situações corriqueiras do dia-a-dia, a dificuldade em se expressar, em conversar sobre os problemas acaba gerando mais conflitos e a busca muitas vezes de alívio em medicamentos. Embora a cidade onde foi realizado o estudo exiba características próprias, pela tranquilidade, e não possua a agitação das grandes cidades, fatores como dificuldades ou perda de emprego foram muito mencionados pelos entrevistados.

Utilizamos como estratégia persuasiva no conteúdo do CD-ROM a ênfase nos benefícios de se procurar formas de aliviar o estresse. Foram criadas telas contendo paisagens campestres, flores, riachos e sugeridas outras formas como ouvir música, conversar com amigos etc. A maioria das crenças identificadas no pré-teste foram de consenso zero, seguidas de inconseqüentes.

No pós-1 (realizado três semanas após a apresentação do CD-ROM), o conteúdo das crenças versou sobre reflexões a respeito dos malefícios do estresse sobre o organismo e a busca de alternativas que variaram do uso de apoio farmacológico a adoção de comportamentos considerados pelos participantes como capazes de auxiliá-los a superar o estresse.

Observamos a medicalização como um fator influenciador no comportamento dos indivíduos em detrimento de outras formas de alívio do estresse. Geralmente os sinais de estresse estão acompanhados de desânimo, dores, e a busca de resolução

imediate dos sintomas, por exemplo, a dor, faz com que os indivíduos busquem a solução no medicamento.

Gostaríamos de ressaltar que a busca de práticas alternativas que podem influenciar o alívio do estresse, conforme sugerido no CD-ROM, poderia ter obtido mais adeptos caso o tempo de exposição dos participantes ao conteúdo fosse maior. Foram considerados também fatores como características individuais, ambiente em que a pessoa está inserida, poder econômico e questões culturais que poderiam influenciar na resposta do indivíduo ao estresse. Hellman (1994) resalta que as diferenças dos tipos de personalidade podem afetar a resposta do indivíduo ao estresse, além da idade, histórico de saúde entre outros fatores. Corroborando essa afirmativa, as crenças mais frequentes foram as do tipo B, estas crenças estão ligadas a questões do eu e do autoconceito e são mais centrais dentro do sistema de crenças de uma pessoa.

Embora no pós-teste 1, 28 conteúdos de crenças tenham sido modificados, no pós-teste 2 esse número foi reduzido à metade.

No pós-2 (realizado três meses após a apresentação do CD-ROM), a temática contida nas crenças foi: a busca de situações prazerosas (tais como andar de cavalo, costurar, ver tv, pescar, conversar, distrair, dentre outras) e um sentimento de impotência diante da falta de autocontrole.

O quadro 16 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 16 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	26	18	44
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	-	99	99
Total	26	117	143
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		18	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

O teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 mostram que as mudanças foram consideradas significativas, pois, 3 semanas após terem assistido ao conteúdo do CD-ROM, os participantes passaram a acreditar que não aliviar o estresse não é um comportamento saudável. O quadro 17, a seguir, contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa. Os dados mostram que foram significativas as modificações após 3 meses, no sentido de os participantes voltaram a acreditar que estresse não influencia a saúde de forma prejudicial.

Quadro 17 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	35	9	44
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	-	99	99
Total	35	108	143
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		9	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

O quadro 18 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “não aliviar o estresse”.

Quadro 18 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não aliviar o estresse. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento não saudável)	26	-	26
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de aliviar o estresse (comportamento saudável)	9	108	117
Total	35	108	143
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		9	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos.

O estresse tem sido apontado como um dos grandes fatores de risco para doenças cardiovasculares. O estresse induz a ativação do sistema nervoso central e pode elevar a pressão arterial, alterar os níveis de colesterol no sangue, estimular o consumo do tabaco e o aumento de ingestão de alimentos por fatores motivacionais internos. Práticas de relaxamento ou a realização de atividades físicas são consideradas medidas úteis para o alívio da tensão, favorecendo a diminuição dos efeitos do estresse.

Disso, podemos afirmar que refutamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de não aliviar o estresse e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.5. Comportamento de não controlar a diabetes e não dosar a glicemia no sangue

Na tabela 18, descrevemos os tipos de crenças identificados entre os 200 participantes para o comportamento de não controlar a diabetes e não realizar exames de glicemia.

Tabela 18 - Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar a diabetes e não dosar a glicemia no sangue identificado no pré-teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Crenças nos comportamentos que não favorecem o controle do diabetes e da glicemia no sangue		Crenças nos comportamentos que favorecem o controle do diabetes e da glicemia no sangue		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	5	55,6	19	22,4	24	25,8
Autoridade- Tipo C	-	-	33	38,8	33	34,5
Derivada- Tipo D	2	22,2	33	38,8	35	37,6
Inconsequente- Tipo E	2	22,2	-	-	2	2,1
Total	9	100	85	100	94	100

Foram 94 crenças identificadas, sendo que o sistema de crenças ficou assim caracterizado: 35 (37,6%) crenças foram categorizadas como sendo do tipo D (derivadas); 33 (34,5%) crenças foram categorizadas como sendo do tipo C (autoridade);

24 (25,8%) crenças foram categorizadas como sendo do tipo B (primitivas de consenso zero) e 2 (2,1%) categorizadas como do tipo E (inconseqüentes).

Quando analisamos o eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças, com relação às crenças no comportamento de não controlar a diabetes e os níveis glicêmicos, 5 (55,6%) foram classificadas como sendo do tipo “B”, o que equivale a dizer que o sistema de crenças tende à centralidade, sendo crenças de difícil deslocamento dentro do sistema devido à estabilidade com que elas estão localizadas, mesmo diante de programas educativos bem estruturados.

A diabetes é caracterizado por defeitos na secreção, ação da insulina ou ambos, levando à hiperglicemia que ocorre com o decorrer do tempo, causando lesões em vários órgãos como olhos, rins, sistema cardiovascular. São dois tipos principais de diabetes, a do tipo I, que é originada da destruição auto-imune das células pancreáticas produtoras de insulina levando à deficiência sistêmica desse hormônio; e a do tipo 2, que corresponde à resistência à ação da insulina. Alguns fatores ambientais são descritos na literatura como causa dessa doença, tais como infecções, citotoxicidade, sedentarismo, obesidade, desnutrição, estresse, entre outros. O diabetes do tipo 2 é o mais comum e está associado ao estilo de vida e aos hábitos da cultura moderna (FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHI JUNIOR, 2003; IOCHIDA, 2003).

No Brasil, conforme relatado por Malerbi; Franco (1992), a prevalência de diabéticos é de 7,6% na população entre 30 e 69 anos. Esta prevalência também é alta no Estado de São Paulo, ou seja, 9,5% das pessoas são diabéticas, quando comparada com outros estados brasileiros. A elevação dessa prevalência sofre alteração devido à

alteração de hábitos alimentares, com dietas hipercalóricas, carboidratos e gorduras saturadas (SARTONELLI; FRANCO,2003).

Nesta amostra dos 200 participantes, 17 eram diabéticos (8,5%) e 2 descobriram se diabéticos durante este estudo. Das 9 pessoas que expressaram suas crenças em comportamentos que não favoreciam o controle da diabetes: 3 eram diabéticos, 2 com IMC alterado, 7 hipertensos, 4 com idade acima de 60 anos e 6 eram mulheres. Em estudo realizado por Coeli et al (2002), ao estudar a mortalidade por diabetes em idosos, sendo estas mortes mais freqüentes em domicílio e entre as mulheres.

Analizamos, a seguir, as crenças dos 200 participantes para o comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue, conforme apresentado no quadro 19.

Quadro 19 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré e pós 1 e 2 para comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
08	(B-): “Graças a Deus não tenho diabetes, e não convivo com quem tem. Acho que, para conviver com alguém que tenha diabetes, a gente tem que ficar preocupado com o que a pessoa não pode comer, eu acho muito ruim...”	(B): “Eu acredito que a diabete não é uma doença que a pessoa tem que cuidar senão morre”	(B+): “Eu acho que a pessoa que vive controlando o diabetes pode chegar ao fim da vida sem muitos problemas”.

continua

continuaça

o

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
25	(E): “Eu não sou diabético, mas, se fosse, eu morreria por ter que ficar sem poder comer doce...”	(D+): “Uma das coisas que pode levar a pessoa ter problema no coração, infarto é a diabete, eu já tinha visto isso numa revista, na tv e naquele CD do infarto”.	(E): “Não consigo imaginar minha vida sem um doce...”
39	(D-) “Conheço umas pessoas que têm diabetes que nem eu e que também não seguem esse regime doido que os médicos mandam. Nunca aconteceu nada com elas. Eu tenho diabetes e não fico fazendo regime também, quando percebo alguma coisa diferente, eu corro pra farmácia e compro o remédio da receita e começo a tomar...”	(D+) “Eu gostei de ver naquele filme que a gente tem que olhar os pés também. Eu acho que os pés eu nem olho. E que, se a diabete estiver alta, pode afetar o coração. Mas eu ainda estou naquela de ensaio... tenho tomado o remédio todo dia agora... mas, na comida, eu facilito...”	(D+): “Tenho procurado seguir um ritmo na minha alimentação, pra ver o que acontece... tenho comido menos doce...”
67	(B-): “Eu acho que o açúcar no sangue vem daquelas pessoas que têm problema de anemia, o sangue fica ralo e fraco. Eu acho que elas têm que comer mais uma comida mais forte”	(D+): “Quem tem diabete se deixar ela sempre alta, pode ter problemas de coração”.	(B-): “eu acredito que a diabete deixe a pessoa com o sangue fraco”.
99	(E): “Eu gosto muito de coisa açucarada, melada mesmo. Pra mim açúcar demais só faz mal pra criança, porque dá lombriga”.	(D+): “Depois que você descobriu no seu estudo que eu tenho diabete e passou aquele filme, eu só tenho que agradecer. Fui ao médico, tenho feito outros exames de sangue e estou fazendo regime e tomando remédio. O diabetes, se eu não fizer o regime certo, pode me deixar cego ou engrossar o sangue”.	(D+): “Estou firme no regime que o médico me passou. E pensar que eu devo isso ao estudo da senhora, e as coisas que vi naquele filme têm me orientado a não desistir. Minha família tem me ajudado bastante também”.

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
32	(B): “Nunca imaginei que pudesse ter essa doença, você é quem descobriu nessa pesquisa. Diabetes para mim era doença de rico, porque eles gostam de comer só o que não presta...”	(B): “Olha, estou numa briga porque o médico passou um regime maluco. Onde já se viu nessa idade que estou ter que fazer um regime....o que um velho pode querer mais da vida... não faço mesmo...”	(B): “Eles estão passando apertado comigo. Tenho comido tudo escondido, eu não sinto nada. Acho que essa doença é invenção para proibir a gente das coisas... Aquele filme que a senhora mostrou explica o problema do açúcar no sangue, eu entendi, mas eu falo pra senhora, não consigo entender como foi me aparecer essa diabete...”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
35	(D-): “Nunca havia feito esse exame para saber se a gente tem açúcar no sangue, é a primeira vez que faço. Nunca quis saber se tinha diabetes ou não. A gente ouve falar que essa é uma doença muito ruim, que não pode comer nada e que perder as pernas...”	(D-): “Para mim essa doença é tudo de ruim, eu estou sofrendo porque não consigo ficar sem comer as coisas. O povo dizia a coisa certa, essa doença deixa a gente sem poder comer nada...”	(D-): “Minha diabete vive sem controlar, eu não me adaptei a esse sistema de ficar sem poder comer as coisas. Tenho medo que me aconteça coisa ruim. A gente só ouve falar que essa doença é traiçoeira, quando tá sem controle”.
41	(B-): “Só quem tem essa doença é que sabe como ela te derruba. Você perde o gosto pelas coisas...”	(B-): inalterada	(B-): inalterada
93	(B-): “Eu acredito que aquelas que aparecem quando a pessoa não é criança é doença que não precisa preocupar porque não precisa tomar insulina...”	(B-): inalterada	(B-): inalterada

Conforme consta no quadro 19, o conteúdo das crenças identificadas no pré abordou o fato de a diabetes: gerar a necessidade de controle somente quando manifesta sintomatologia e ser decorrente da fraqueza do sangue ou de erros alimentares. Outro

conteúdo identificado nas crenças que merece menção é a dubiedade que envolve a gravidade da doença. Para alguns entrevistados, a diabetes foi considerada uma doença grave e fatal para adultos, e para outros, ela foi considerada uma doença não tão grave, uma vez que a maioria dos entrevistados a considerou grave somente quando há necessidade do uso de insulina. Alguns entrevistados mencionaram o fato de não terem se submetido à dosagem de glicemia no sangue.

No pós-1 (realizado três semanas após a apresentação do CD-ROM), o conteúdo das crenças versou sobre a dificuldade de as pessoas diabéticas conseguirem mudar seus estilos de vida, principalmente quando considerada a necessidade de implementar uma reeducação alimentar, sobre as possíveis complicações desencadeadas a médio e longo prazo pela doença e sobre o medo que têm aqueles que não são diabéticos de virem a ser.

Apesar do medo das complicações comum entre os diabéticos, a rejeição ao regime alimentar foi uma tônica nos conteúdos das crenças do pós-2 (avaliação realizada após três meses em que foi apresentado o CD-ROM). Há afirmações de alguns entrevistados sobre o assumir dos riscos da ingestão de açúcar em excesso, tendo em vista a dificuldade que sentem de viver sem o açúcar. O controle do regime alimentar, quando obtido, foi considerado como uma garantia para a qualidade de vida, e a adesão para comportamentos saudáveis surgiu entre pessoas que possuem conhecimento recente de suas doenças.

No quadro 20, explicitamos o processo de deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 20 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não controlar diabetes e não dosar a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de controlar a diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não controlar diabetes e não dosar a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	4	5	9
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar o diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	1	84	85
Total	5	89	94
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		1,8	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Não significativo	

Apresentaremos, a seguir, a análise dos dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós-1 e de pós-2 (CD-ROM), para a qual foram aplicados na análise estatística o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 . O teste de McNemar é útil para verificar se o comportamento de um grupo muda após a aplicação de uma determinada intervenção.

Os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados não foram considerados significativos, uma vez que não houve alteração significativa das crenças, ou seja, embora os indivíduos tenham assistido ao conteúdo do CD-ROM no pós-1, as mudanças que ocorreram nos comportamentos não foram significativas.

O quadro 21 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Quadro 21 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não controlar a diabetes e a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de controlar diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de não controlar diabetes e não dosar a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	7	2	9

Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	-	85	85
Total	7	87	94
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		2	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Não significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré teste e pós- teste 2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados não foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após assistirem pela segunda vez ao CD-ROM, não alteraram seus comportamentos de não controlar a diabetes ou não dosar a glicemia no sangue.

O quadro 22 subsidiará a análise comparativa do processo de deslocamento de crenças ocorrido no período de pós- teste 1 e pós- teste 2 para o comportamento de “não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue”.

Na comparação realizada nas situações de pós- teste 1 e pós- teste 2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados não foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM na primeira e na segunda vez, não apresentaram mudança nas crenças comportamentais de controlar diabetes ou dosar a glicemia no sangue.

Quadro 22 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de controlar o diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não controlar o diabetes e não dosar a glicemia no sangue (comportamento não saudável)	5	1	6
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de controlar o diabetes e dosar a glicemia no sangue (comportamento saudável)	2	86	88
Total	7	87	94

Testes estatísticos	Resultados
Estatística teste	0,33
Estatística Qui-quadrado	3,841
Regra de decisão	Não significativo

Utilizamos a técnica do apelo ao medo ao apresentarmos uma fotografia de um pé diabético com lesões em fase de cicatrização, recomendando pelo canal auditivo a necessidade de avaliação periódica dos pés, dos cuidados com o mesmo e mencionando a importância da escolha de calçados adequados à saúde dos pés.

Apesar de a mensagem neste comportamento apresentar a mesma estrutura das demais mostradas nos comportamentos anteriores, todas baseadas nos benefícios de se abandonar os comportamentos de risco à saúde, pudemos identificar que, no caso específico da diabetes, a estrutura perdas x ganhos, moldada nas mensagens, para o entrevistado não foi influente, pois, conforme o nosso entendimento, a dificuldade de alteração do comportamento ou o significado da perda para os participantes foi maior do que o significado do ganho. Fhotheringam (1966) afirmou que, muitas vezes, poderemos evidenciar efeitos indesejados, como podemos verificar na reestruturação cognitiva das mensagens “eu acredito que a diabete deixa o sangue fraco” ou “não consigo imaginar minha vida sem doce”, ambas culminando com a rejeição ou a descontinuidade.

O aumento da glicose no sangue provoca uma série de agravos ao sistema cardiovascular independente do tipo do diabetes (1 ou 2). O diabetes sido uma situação mais comum na população devido ao aumento de peso e ao envelhecimento pelo qual a mesma está passando (MION-JR ; NOBRE, 2002).

O diabetes constitui um dos fatores de risco para doença arterial coronariana, além de acarretar outras complicações aos indivíduos, tais como: complicações de artérias cerebrais e daquelas localizadas nos membros inferiores e comprometimento renal. Muitos estudos têm apontado para a dificuldade em se conseguir a adesão aos regimes médicos prescritos e ao controle do diabetes. Embora tais pontos tenham sido abordados neste estudo numa linguagem mais simples, inclusive pontuando os sinais e sintomas do diabetes, os resultados não foram significativos.

Disso, podemos afirmar que refutamos H1 – a comunicação persuasiva não foi capaz de modificar as crenças no comportamento de controlar o diabetes e refutamos H2 – a comunicação persuasiva não deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.6. Comportamento de ingerir açúcar em excesso

Na tabela 19, apresentamos as crenças identificadas para o comportamento de risco de ingerir açúcar em excesso.

Tabela 19 - Distribuição das crenças sobre o comportamento de risco de ingerir açúcar em excesso, identificado no pré-teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos de ingerir açúcar em excesso		Comportamentos de não ingerir açúcar em excesso		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	3	25	7	12,3	10	14,5
Autoridade- Tipo C	-	-	26	45,6	26	37,7
Derivada- Tipo D	6	50	23	40,4	29	42
Inconsequente- Tipo E	3	25	1	1,8	4	5,8
Total	12	100	57	100	69	100

Foram 69 crenças categorizadas das falas dos 200 entrevistados, ficando assim distribuídas: 29 (42%) foram categorizadas como sendo do tipo D (derivadas); 16 (37,7%) foram categorizadas como sendo do tipo C (autoridade); 10 (14,5%) foram categorizadas como sendo do tipo B e 4 (5,8%) categorizadas como do tipo E (inconseqüentes).

Considerando as crenças que favoreceram o comportamento de ingerir açúcar em excesso, as crenças do tipo D perfizeram 50% e as do tipo E, 25%, sendo caracterizado o sistema de crenças segundo o eixo de centralidade/perifericidade como mais situado na periferia do sistema de crenças, ou seja, haverá uma possibilidade de deslocamento do sistema de crenças se processos educativos estruturados forem utilizados.

Com base nas informações contidas no quadro 23, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós-teste 1 e no pós-teste 2.

Quadro 23 – Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré-teste	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 2
09	(D-): “Eu não costumo fazer exame de sangue pra saber se a diabete tá alta porque isso não vale nada. Um colega vivia na farmácia toda semana vendo isso e acabou tendo que operar a perna. Eu acho que isso deixa a pessoa mais preocupada”.	(D+): “Acho que, se a pessoa começar a dar valor a sua saúde, poderá viver mais”.	(D+): “Li outro dia num jornal o quanto tem pessoas que nem sabem que têm diabetes, porque não fazem o exame de sangue. Eu fiquei lembrando daquele pé que mostra no CD. Tudo porque a pessoa não se cuidou...”

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 2
79	(E-): “Acho que, se uma pessoa gosta de comer doce, ela tem que comer mesmo, mesmo que seja diabética, tudo o que a gente faz com gosto não faz mal”.	(D+): “O açúcar em excesso no organismo pode engrossar o sangue no corpo da gente e provocar outras doenças”.	(D+): “A diabetes é uma doença que pode ser controlada e as pessoas que a possuem têm que se cuidar”.
98	(E-): “Eu como muito doce quando menstruo, mas é muita vontade, gosto muito de doce, acho que ele me acalma...”	(D+): “A diabetes exige da pessoa que ela fique atenta, não abusando das coisas: alimentação...”	(D+): “Não devemos abusar do açúcar em excesso porque pode dar diabetes”
156	(E-): “Gosto muito de doce, coisas bem doce, sei que faz mal para o estômago, mas pra diabetes não...”	(D+): “Comecei a procurar verificar como está a minha diabetes depois que vi aquele filme. Eu não estava tomando direito nem o remédio, porque não estava sentindo nada....”	(D+): sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré-teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 2
32	(B-): “Acredito que gostar e comer muita coisa doce o organismo vai acostumando e passa a não fazer mais mal”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
36	(B-): “O doce é tão suave de paladar, que acho que não faz mal para a gente. O médico até falou pra diminuir por causa da diabetes, mas eu não faço”.	(B-) : sem alteração	(B-): sem alteração
38	(D-): “Eu tenho diabetes, mas sigo o que meus pais sempre diziam: o doce, açúcar só fazem mal para quem tem o organismo fraco. Eu sempre como e não sinto mal...”	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração
39	(D-): “Eu não coloco adoçante para preparar o que eu tomo, uso açúcar mesmo; porque algumas pessoas me disseram que dá câncer”	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração
41	(B-): “Acho que o doce ou as coisas que são feitas com açúcar são as coisas melhores da vida”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração

56	(D-): <i>“Sempre antes de sair de casa, tomo um copo de água com açúcar bem doce. E isso não altera em nada a minha diabete. Eu tomo porque acho que o meu organismo vai funcionar melhor... Faço isso desde criança, minha mãe que me ensinou...”</i>	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração
82	(D-): <i>“Não faço nenhum regime, quando sinto que meu corpo começa a ressentir, uso adoçante e me sinto melhor. Fico vendo outras pessoas fazerem isso também e dá certo”</i>	(D-) sem alteração	(D-) sem alteração
94	(D-): <i>“Eu vejo tantos produtos dietéticos nas prateleiras do supermercado; e a maioria das pessoas que tem diabete que eu conheço coloca açúcar mesmo. Eu acho que evitar coisas doces não deve influenciar em nada porque senão eles não fariam isso...”</i>	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração

Ao analisar as crenças dos entrevistados no período do pré-teste, foi possível identificar os seguintes conteúdos: a priorização do prazer e o paladar suave das coisas doces, a vinculação do desejo intensificado para ingestão de alimentos doces à proximidade do período menstrual, a aceitação de informações advindas de pessoas que acreditam que os adoçantes são “cancerígenos”, o descrédito a respeito dos malefícios do uso do açúcar e a impossibilidade de dosagens periódicas de açúcar no sangue serem capazes de conferir imunização contra as complicações do diabetes não controlado.

Ao observarmos as crenças que foram modificadas (4) , sendo 3 do tipo E e uma do tipo D, podemos identificar os seguintes posicionamentos: 1) não adianta monitorar (glicemia), 2) comer o que se gosta não faz mal, 3) comer doce traz benefícios/acalma, 4) comer doce faz mal para o estômago e 5) comer doce não faz mal para a diabetes. Conforme descrito por Rokeach (1981), as crenças do tipo D (derivadas) podem ser

modificadas por uma mensagem persuasiva, desde de que a fonte utilizada para tal seja fidedigna. Para Fotheringham (1966), o estímulo necessário para que uma mudança ocorra está no significado despertado no receptor.

Na mensagem persuasiva contida no CD-ROM, procuramos, na elaboração dos argumentos, fazer com que eles fossem compondo-se de forma gradativa, ou seja, partissem de enunciados menores para maiores. Dessa forma, buscamos fazer com que o conteúdo sobre o que é a doença diabetes conduzisse o participante a concluir que: realizar exame de glicemia é importante para se saber se é diabético ou não; controlar os níveis glicêmicos implica o equilíbrio alimentar, bem como ressaltamos que o desequilíbrio dessas ações poderia levar à hipoglicemia ou hiperglicemia (descritos os sinais e sintomas) e apresentamos alguns exemplos de afecções decorrentes desse desequilíbrio (pé diabético).

Na pós-teste-1, identificamos os seguintes conteúdos de crenças: o fato de o açúcar engrossar o sangue e a possibilidade de se ter um tempo maior de vida caso o açúcar sanguíneo possa ser controlado a partir da dieta e a valorização do exame de glicemia.

Dentre os conteúdos identificados nas crenças provenientes do pós-teste-2, houve: a importância da redução do consumo do açúcar para evitar o surgimento da diabetes e o controle da diabetes por redução do consumo de açúcar.

O quadro 24, a seguir, contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 24 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós-1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	8	4	12
Crenças no pré que não favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	-	57	57
Total	8	61	69
Testes estatísticos		Resultados	

Estatística teste	4
Estatística Qui-quadrado	3,841
Regra de decisão	Significativo

O quadro 25 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Quadro 25 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	8	4	12

Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	-	57	57
Total	8	61	69
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		4	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que controlar o consumo do açúcar constitui um comportamento saudável.

O quadro 26 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “ingerir açúcar em excesso”.

Quadro 26 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-1 e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento ingerir açúcar em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	Total

Crenças no pós-1 que favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento não saudável)	8	-	8
Crenças no pós-1 que não favorecem o comportamento de ingerir açúcar em excesso (comportamento saudável)	-	61	61
Total	8	61	69
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		-	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Inconclusivo	

Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados não foram conclusivos, uma vez que teste avalia a variação.

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de ingerir açúcar em excesso e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.7. Comportamento de não realizar atividade física/exercício físico

Na tabela 20, apresentamos as crenças identificadas para o comportamento de risco de não realizar atividade física/exercício físico.

Tabela 20 - Distribuição das crenças no comportamento de risco de não realizar atividade física/exercício físico identificado no pré-teste realizado com

os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos de não realizar atividade física		Comportamentos de realizar atividade física		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	27	22,9	11	22,4	38	22,7
Autoridade- Tipo C	1	0,8	18	36,7	19	11,4
Derivada- Tipo D	17	14,4	19	38,8	36	21,6
Inconseqüente- Tipo E	73	61,9	1	2	74	44,3
Total	118	100	49	100	167	100

A distribuição do total de crenças dos 200 participantes para o comportamento de não realizar atividade física/exercício físico ficou assim caracterizada: 44,3% (74) tiveram crenças categorizadas como sendo do tipo E (inconseqüente); 22,7% (38) foram categorizadas como sendo do tipo B (primitiva de consenso zero); 21,6 (36) foram categorizadas como sendo do tipo D (derivadas) e 11,4% (19) como sendo do tipo C (autoridade).

Com relação às crenças que favoreceram o comportamento de não realizar exercício físico devido à sua perifericidade, é possível, por meio de programas educativos bem estruturados, elas serem deslocadas, uma vez que o arcabouço estrutural das crenças é flexível e ajusta-se a mudanças com facilidade.

Com base nas informações contidas no quadro 27, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós-teste 1 e no pós-teste 2.

Quadro 27 - Crenças identificadas dos sujeitos nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
1	E (-) : <i>“Prefiro trabalhar na lavoura do que ficar perdendo tempo fazendo ginástica”</i>	D(+): <i>“Eu e minha esposa começamos a caminhar até a porteira todo dia, eu falei para ela: ‘vamos ver se essa coisa funciona mesmo’. O exercício era para mim a mesma coisa do meu trabalho, mas não é, a hora do trabalho é uma e do exercício é para gente desligar das coisas que preocupam a gente. Pelo menos é assim que acho agora.”</i>	B(+): <i>“A gente não parou mais de fazer caminhada. O exercício deixa a gente mais disposto e animado”.</i>
4	(E): <i>“Não faço exercício nenhum, minha vida é o sofá. Prefiro ficar vendo um programa de televisão, acho que sou preguiçosa mesmo”</i>	D(+): <i>“Disse para mim mesma: vou tentar fazer alguma coisa, as doenças estão aí, posso ter até infarto, o jeito é a gente prevenir. Estou andando, duas vezes na semana, a senhora não acha um bom começo... pelo menos das coisas que eu vi naquele filme, isso vai me ajudar um pouco”</i>	D(+): <i>“Eu emagreci um pouco, estou contente, acho que eu fiz uma boa troca: do sofá para a rua. Fazer exercício ajuda também a diminuir o colesterol”.</i>
6	B(-): <i>“Eu acredito que o exercício físico só vale para algumas pessoas, eu não faço porque não acredito que ele possa mudar alguma coisa pra mim”</i>	D(+): <i>“O exercício traz muitos benefícios para quem faz, diminui a pressão, ajuda a emagrecer. Outro dia arrisquei uma voltinha no quarteirão com a vizinha...”</i>	D(+): <i>“A gente sabe que o exercício faz bem pra saúde, a gente ouve na tv, assiste nesse CD que eu vi outro dia, mas eu ainda não consegui trazer isso pra mim.”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
---------------------------	---	---	---

9	E(-): “Nunca pensei em fazer algum tipo de exercício, e eu nunca tive gosto pra isso”.	D(+): “Disse para a minha filha, outro dia pois estava lembrando do filme; que tudo é ignorância da gente, no meu tempo ninguém falava de evitar o infarto, agora eu penso tanta coisa diferente...tenho me esforçado para me mexer mais, ativar a circulação do corpo”	D(+): “Fazer exercício é bom pra o coração eu já vi isto numa revista e depois naquele filme e passei a achar que é mesmo”.
11	B(-): “Acho que essa coisa de exercício a gente tem que ser ensinado desde criança, na idade que eu tenho, acho que só traz complicação	C(+): “Depois daquele dia em que assisti aquele filme sobre o infarto, fiquei muito pensativa, incomodada mesmo. Fui ao posto falar com o Dr. X, perguntar se eu podia fazer algum tipo de exercício. Agora estou fazendo caminhada bem cedinho. Estou fortalecendo meus músculos.”	C(+): “Estou fazendo caminhada, porque estou me sentindo mais disposta. Às vezes, desanimo porque faço sozinha, mas o médico falou que está sendo muito bom para mim.”
12,130, 133,136	E(-): “Não faço exercício porque não gosto’	D(+): “Arrisquei fazer uma caminhada outro dia, estava aborrecida com umas coisas, percebi que me fiquei mais calma...”	E(-): “Não consegui levar adiante, acho que é porque eu não gosto”.
14, 16	E(-): “Não faço exercício, não vejo necessidade, acho besteira; prefiro não fazer; o trabalho de casa já me cansa muito”	D(+): “Para mim, trabalhar era exercício, isso me fazia desgostar, pois é um trabalho de casa não termina nunca, um sacrifício; agora vi que pode ser diferente, que eu posso fazer outras coisas além de pegar na vassoura, outro exercício sem que seja essa coisa do trabalho...”	D(+): “Nunca havia imaginado que eu ainda estaria fazendo caminhada, e agora tenho até companhia, estou me sentindo mais leve, brigo menos em casa...”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
---------------------------	---	---	---

70	E(-): “eu não gosto de fazer nenhum exercício, prefiro ficar em casa”	D(+): “eu não queria fazer nenhum exercício porque achava que isso não valia a pena. Fiz uma caminhada outro dia e lembrei daquela passagem em que está aquele casal andando, fiquei pensando que eu posso também fazer isso como uma hora de lazer para mim”	D(+): “eu já estou fazendo caminhada, tem vez que arrango algum colega para ir comigo, outras vezes vou sozinho mesmo. O exercício está me fazendo sentir mais disposto. E acho que assim o sangue corre mais livre pelas veias, e eu melhoro o colesterol, não é? O bom! Igual o desenho que mostra o faxineiro com a pazinha”
18	E(-): “eu não gosto nem de ver as pessoas fazendo exercício”	D(+): “o exercício faz bem para o corpo porque melhora a circulação, diminui a pressão e a pessoa dorme melhor. Isso que eu tenho lembrado na minha cabeça... eu tenho me interessado mais em fazer algum tipo de atividade, até agora eu ainda não sei...”	D(+): “estou andando a tarde, espero não desanimar. O fato de estar fazendo um exercício tem me ajudado a ficar menos nervoso com as pessoas.”
19	D(-): “eu acostumei em ver minha mãe dizer que exercício era coisa de quem não tinha o que fazer, que acho que eu não faço por causa disso também...”	D(+): “acho que o fato de ter visto tantas vezes o CD, acabei ficando com vontade de experimentar fazer qualquer coisa, já que pode prevenir tanta coisa...”	D(+): “o exercício faz muito bem pra gente... Eu li isso naquele CD e ele me ajudou a enxergar isso...”
20, 21, 23	E(-): “eu prefiro não fazer nenhum exercício, não gosto”	C(+): “o exercício o médico até já tinha falado pra fazer, mas eu não dei ouvido. Eu sempre via aquelas pessoas suadas, correndo, e não via precisão nisso. Ver esse CD com todas essas coisas sobre o infarto é coisa pra gente pensar...”	C(+): “estou fazendo caminhada, quando não posso fazer, sinto falta. O exercício traz melhora de espírito e fortalece o músculo do corpo e do coração. O que eu ouvi era verdade...”
22	E(-): “Prefiro não fazer exercício porque na minha idade isso não tem influência, porque o corpo já está gasto”	C(+): “Eu fiz uma caminhada esta semana, antes fui conversar com o médico do posto, naquele filme diz que temos que procurar um médico antes de fazer um exercício...”	E(-): “Parei de fazer caminhada porque desanimei, perdi o gosto, sozinho não tenho ânimo pra essas coisas...”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
----------------	--	--	--

26	D(-): “Uma vez vi na televisão que um atleta morreu de infarto; a gente que não está acostumado deve ser pior ainda ... por isso tenho receio de fazer exercício”	D(+): “eu não tenho feito exercício porque tenho receio, mas eu agora sei que a gente tem que procurar um médico antes, para ver como está o coração da gente e os exercícios a gente tem que começar aos poucos para ir se acostumando...”	D(-): “as pessoas deveriam se preocupar mais em movimentar o corpo, porque é bom para a saúde e ajuda a não ter infarto. Eu sei isso com aquele filme...”
28,34	B(-): “Eu penso que essa mania de fazer exercício é coisa da moda. E é bom para os donos das academias, porque ganham muito dinheiro...”	D(+): “Realizar um exercício pode ajudar a pessoa a se prevenir de ter um infarto, mas eu não faço porque não tenho tempo”.	B(-): “As pessoas fazem exercício por luxo, vaidade, não pela própria saúde”.
33, 77	B(-): “Eu acredito que o exercício possa até ajudar as pessoas a manter a forma física, mas minha vida é tão atribulada que eu nem tenho tempo pra isso”	D(+): “fazer algum tipo de exercício, nadar, correr, é bom para estimular o coração a bombear melhor o sangue para o corpo e melhora o colesterol bom”	B(-): “eu não tenho praticado nenhum exercício porque ainda não achei um tempo pra isso, mas eu acho que ele ajuda as pessoas a se sentirem melhor”
39, 4651, 52 169 171 173	E(-): “eu prefiro gastar meu tempo com uma coisa que eu goste de fazer”	D(+) : “já ouvi dizer que o exercício, quando feito certinho, ajuda bastante a pessoa...e eu acho que deve ser mesmo, igual o que foi falado naquele CD”	D(+): “eu não tenho feito nenhum exercício por falta de tempo. Acho que muitas pessoas estão fazendo exercício e devem estar tendo algum benefício nisso, senão não fariam..”
55, 60	E(-): “Sei que fazer exercício me faria emagrecer, mas eu prefiro não fazer porque não gosto de sair de casa”	D(+) : “De vez em quando, tenho andado um pouco com a vizinha, mas nada certo, às vezes falho.... acho que alguma coisa ficou na minha cabeça com aquele filme.”	D(+): “Minha vizinha tem me ajudado, eu tenho andado um pouco à tarde, sinto melhora no corpo, acho que andar está estimulando o corpo”.

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós teste 2
61	B(-): “Não tenho esse costume de fazer exercício, isso é para quem fica atrás de corpo bonito, bronzeado, eu prefiro ficar do jeito que estou, sem ficar escravo disso, não tenho tempo para isso.”	D(+): “mas tenho feito nenhum exercício, mas acho que fazer um exercício ajuda a evitar que o coração sofra um infarto”	D(+): “não tem feito nenhum exercício, e penso que, assim que arranjar um tempo, começarei a fazer, acho que é importante para uma pessoa fazer, porque está cuidando da saúde”
65	B(-): “Eu acho que o exercício físico é um esporte para homens, eles precisam porque trabalham em serviços mais pesados que as mulheres”.	D(+): “O exercício fortalece os músculos do corpo e deixa o coração bater melhor, e, com o exercício, a gente pode evitar que nos aconteça um infarto”	B(-): “Eu acredito que o exercício melhora a circulação, mas eu também acho que isso é coisa mais pra homem que mulher, porque cria muito músculo e mulher musculosa é muito feio”
67	B(-) : “Eu acredito que estou jovem para ficar pensando em fazer exercício, eu não sinto nada; quando eu for mais velho, quem sabe pensarei nisso”	D(+): “o que você passou no computador me deixou muito pensativo, comentei com outras pessoas, decidi andar de bicicleta porque acho que ajuda evitar ter infarto um dia...”	B(-) : “acho que prevenir é uma boa mas eu ainda acho que é muito cedo pra isso, quando eu entrar nos cinquenta....”
81	D(-): “todo mundo que eu conheço diz se a gente começar a fazer exercício não pode parar, nunca mais, senão o músculo do corpo começa a ficar muito dolorido..”	D(+): “o exercício pode melhorar a circulação do corpo, e muitas outras coisas, como a pressão, o peso...”	D(-): “convivo com pessoas que sempre me falam que o exercício é bom para as pessoas que querem ser atletas, ou jogador...”
85, 98	E(-): “não gosto de fazer exercício porque me cansa muito”	D(+): “o exercício ajuda a melhorar o estresse”	D(+): “minha irmã me animou a praticar um exercício, diz ela que é bom para proteger de um infarto, ela viu naquele CD que você passou...”
87,117	E(-): “eu até gosto de fazer exercício, mas prefiro meu descanso”	D(+): “andei pensando naquelas coisas que eu vi no CD. Fazer um exercício é até fácil, depois a gente desanima...eu decidi fazer caminhada...”	D(+): “andei praticando um pouco, acho chato andar sozinho, mas vamos ver se diminui o colesterol mesmo”
100	B(-): “Não faço exercício, porque a gente vai morrer de qualquer jeito. ...”	C(+): “Agora estou fazendo caminhada no fim de semana, foi o jeito que eu encontrei pra fazer, mas é difícil, a gente tem que ter força de vontade. Quando faço, eu durmo melhor, durmo a noite toda.”	B(-): “Acho que eu desanimei, é muito sacrifício, depois eu penso, acho que eu tenho ainda uns anos pra gastar...”

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós 1	Tipos de crenças identificadas no pós 2
113	D(-): “Eu conheço uma pessoa que jogava futebol, nadava, vivia elétrico e teve infarto. Acho que fazer exercício não é tão bom assim”.	C(+): “Depois que meu colega faleceu, eu nem pensava mais nisso. Depois que assisti seu filme, fiquei meio interessado e eu sou um pouco teimoso... gosto de saber as coisas. Este fim de semana, joguei bola, depois de muito tempo. Cansei muito, muito tempo parado. Tô cheio de dores no corpo, mas me animei, até combinei outras partidas...O exercício ativa a circulação, fortalece o corpo...”	C(+): “Acho que o exercício físico pode ajudar e muito a ativar os músculos do corpo, você fica mais disposto, tem mais resistência e isso ajuda na saúde da gente. Agora estou jogando bola todo fim de semana e procuro andar mais a pé no centro da cidade do que de carro.”
115 183	E(-): “eu não me imagino fazendo isso, porque eu não consigo, não gosto”	C(+): “essa semana fui ao médico por causa do colesterol e ele pediu para fazer umas caminhadas, eu comecei a fazer, diz que ia ajudar a baixar”	C(+): “estou fazendo caminhada porque o médico pediu, espero que dê algum resultado, naquele filme que eu assisti da senhora, fala bastante coisa boa dele”(exercício)
118	D(-): “Sempre vejo nas revistas pessoas bem malhadas, fazendo propaganda de roupas de esportes. Um culto ao corpo, às formas do corpo e não à saúde”.	D(+): “o material que você mostrou aquela vez me ajudou a tirar um pouco da cisma que eu tinha de exercício físico; gravei bem aquela do colesterol, o meu colesterol anda alterado e estou fazendo caminhada para ver se melhora o colesterol bom”	D(+): “Continuo firme na minha opção de fazer exercício, sempre chamo alguma pessoa para ir comigo, mas quase sempre vou sozinha, quando a gente passa a compreender o valor dele, passa a fazer...”
140, 142	E(-): “sou muito preguiçoso e não tenho tempo para esportes, prefiro meu trabalho”	D(+): “a gente sempre ouve falar que é bom fazer exercício, que é bom para diminuir a pressão. Eu até penso em fazer, mas ainda não fiz...”	E(-): “não importo com isso, não gosto...”
145 156	E(-): “acho que exercício é pra quem tem vontade, quem gosta...”	D(+): “não sou de fazer exercício, eu acho que ele tem o seu valor. Como mostrou aquele dia o filme, ajuda a pessoa a dormir melhor, tem o infarto que ajuda a evitar, e muitas outras coisas..., mas eu não gosto”	E(-): “não sou fã de fazer exercício...não gosto”
180 190 200	E(-): “eu não gosto de praticar nenhum exercício”	D(+): “eu sempre ouço as pessoas dizerem que o exercício é bom porque abaixa um pouco a pressão, eu não consigo fazer, porque não gosto”	D(+): “eu ainda não estou fazendo nenhum exercício. Sei que ele ajuda a prevenir o infarto...”

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
10	<i>B(-): “Acho que exercício é até bom pra saúde, mas não faço, acho que eu tenho minha auto-estima baixa”</i>	<i>B(-): Sem alteração</i>	<i>B(-): Sem alteração</i>
15	<i>D(-): “Acho que fazer exercício é para quem gosta de ficar aí mostrando o corpo, se exibindo como aqueles artistas da novela...”</i>	<i>D(-) Sem alteração</i>	<i>D(-) Sem alteração</i>
27,29,30	<i>E(-): “Não faço exercício porque prefiro gastar o meu tempo com outra coisa.”</i>	<i>E(-): “Não faço, não perco tempo com isso, não gosto”</i>	<i>E(-): Sem alteração</i>
32	<i>B(-): “Eu venho de um lugar onde os moços mais à toa escolhiam fazer educação física; para mim, isso é coisa de quem não tem nada na cabeça”</i>	<i>B(-): “Eu disse da outra vez o que eu acreditava a respeito do exercício, e continuo pensando do mesmo jeito”</i>	<i>B(-) Sem alteração</i>
35	<i>E(-): “Não faço exercício porque não vejo graça em ficar correndo, tenho preguiça”</i>	<i>E(-): “A gente tem que gostar de fazer exercício para poder levar a sério alguma coisa, no meu caso eu não gosto”</i>	<i>E: “Não tenho gosto por isso, me canso à-toa”.</i>
36,127, 128	<i>E(-): “Só faço quando as coisas apertam, sou muito desanimada, começo e paro, não gosto”</i>	<i>E(-): “Eu sei que preciso fazer, mas não tenho ânimo pra isso, não gosto”</i>	<i>E(-): Sem alteração</i>
37	<i>B: “Acho que já fiz muito exercício na vida, trabalhei de enxada na roça, agora eu estou no meu descanso, não faço isso mesmo, podem até dizer que é preciso, mas não faço”</i>	<i>B(-): Sem alteração</i>	<i>B(-): Sem alteração</i>
38	<i>D(-): “conheço tanta gente que vive em academia e vejo que não serviu de nada”</i>	<i>D(-): Sem alteração</i>	<i>D(-): Sem alteração</i>
41	<i>D(-): “vejo muitas pessoas que conheço naquela empolgação para fazer um esporte qualquer, depois param, desanimam e volta todo o peso de antes...”</i>	<i>D(-): Sem alteração</i>	<i>D(-): Sem alteração</i>
42, 48	<i>E(-): “Não faço exercício, porque não gosto e tenho muita preguiça”</i>	<i>E(-): Sem alteração</i>	<i>E(-): Sem alteração</i>

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
43, 93, 79	B(-): “ <i>Não faço exercício porque acredito que isso não possa ajudar em nada, a cabeça da gente é que dirige tudo, ela que faz as coisas ruins acontecerem</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
44, 50	B(-): “ <i>eu acredito que, se uma pessoa tem um desgosto muito grande, é isso que vai lhe trazer a doença, não a falta de exercício</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
45	B(-): “ <i>eu acho muito difícil fazer um exercício do jeito que é o certo, toda semana, porque tem dia que a gente não tem vontade, não quer fazer e é quase que obrigado a fazer</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
47, 138	D(-): “ <i>eu não sou de fazer exercícios porque tem gente que sempre faz e não adianta de nada, fica doente até mais fácil...</i> ”	D(-): Sem alteração	D(-): Sem alteração
53	B(-): “ <i>eu acredito que o que melhora a saúde da gente é uma boa conta bancária, você se livra de um mundo de preocupações...</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
54	B(-): “ <i>não faço nenhum exercício, quero mais é um bom descanso, isso sim faz bem pra saúde...</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
56	E(-): “ <i>prefiro ficar quieto no meu canto do que ficar fazendo exercício, não gosto disso</i> ”	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
63, 58, 62	E(-): “ <i>não vejo necessidade de fazer, não gosto</i> ”	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
64	B(-): “ <i>acho que fazer exercício é modismo do povo, a gente não precisa sacrificar o corpo desse jeito, já basta a vida..</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração

Continua

Continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
66	B(-): <i>“eu acho que, se a pessoa tem uma vida boa, tranqüila, sem preocupações, não há necessidade de ficar fazendo exercício, é cassar um meio de ficar doente”</i>	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
73	D(-): <i>“eu acho que não é muito bom ficar fazendo essas corridas porque o filho de vizinha tinha essa mania, e um dia pisou em falso que quebrou o pé, agora ficou mancando pro resto da vida, por isso que eu acho que a gente deve pensar muito bem pra ficar fazendo isso, pode às vezes ajudar uma coisa e piorar a outra”</i>	D(-): Sem alteração	D(-): Sem alteração
76	B(-): <i>“Acho que o exercício é bom para os nervos do corpo. Mas eu não faço porque prefiro ficar em casa dormindo, o sono renova o corpo”</i>	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
83, 131, 137	E(-): <i>“Não faço exercício, nem vejo nada vantajoso nisso, e eu não gosto”</i>	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
84, 90	E(-): <i>“Acho que a gente tem que se poupar mais, poupar o corpo de um desgaste, por isso prefiro não fazer exercício”</i>	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
86, 88, 89, 78	E(-): <i>“Não tenho nada contra quem faça exercício, acho deve ter seus méritos, mas eu não gosto...”</i>	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
95	E(-): <i>“essa coisa de fazer exercício toda semana não me dá ânimo, não gosto”</i>	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
96	C(-): <i>“o médico me falou pra fazer exercício, aí eu perguntei a ele se ele fazia, e ele disse que não tinha tempo, aí achei que não era tão importante assim, porque ele, que é médico, também não arranja tempo...”</i>	C(-): Sem alteração	C(-): Sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
116	D(-): “ <i>não faço, porque acho que tudo tem seu tempo, a gente não deve forçar... minha tia vivia nadando, era esperta, todos diziam que ela tinha uma saúde de ferro, morreu de derrame...</i> ”	D(-): Sem alteração	D(-): Sem alteração
119	E(-): “ <i>eu gosto do meu corpo assim, por isso não faço exercício</i> ”	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
124	B(-): “ <i>eu acho que o exercício para mim não resolve mais nada, por isso que eu não faço, tem pressão alta e, se eu ficar esforçando o coração, ela vai subir mais ainda e eu vou passar mal</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
125	B(-): “ <i>eu não faço exercício porque não me sinto doente</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração
149, 150, 152, 155, 158, 162, 165, 175, 181, 184, 188, 191	E(-): “ <i>eu não gosto de fazer exercício</i> ”	E(-): Sem alteração	E(-): Sem alteração
151, 178, 185, 194	D(-): “ <i>eu acho que o exercício até tem lá seus benefícios, mas eu não faço, porque acho que já virou um comércio, e a gente não sabe até que ponto é bom mesmo</i> ”	D(-): Sem alteração	D(-): Sem alteração
176	B(-): “ <i>acho que para mim já passou a época de fazer exercício, agora é só ficar num ritmo mais tranquilo, porque as doenças já tão aí</i> ”	B(-): Sem alteração	B(-): Sem alteração

Foi muito diversificado o conteúdo das crenças identificadas no pré, pós-1 e pós-2, destacando-se: a dificuldade de inserir a atividade física no cotidiano, a sobrecarga de atividades, a indisposição para realizá-la, a inadequação da faixa etária para realizar uma atividade física, a vinculação da atividade física com a modelação corporal, a

interpretação de que as atividades do cotidiano substituem a necessidade de atividades físicas adicionais, dentre outros.

O quadro 28 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 28 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa usando a técnica de persuasão sobre o comportamento não realizar atividade física/exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	65	54	119
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento realizar atividade física (comportamento saudável)	-	48	48
Total	65	102	167
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		54	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Apresentaremos, a seguir, a análise dos dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós-1 e de pós-2 (CD-ROM), para a qual foram aplicados na análise estatística o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 . Os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes passaram a acreditar que realizar atividade física é um comportamento saudável após terem visto o CD-ROM.

O quadro 29 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Quadro 29 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de realizar atividade física (saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	77	34	111
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento saudável)	-	56	56
Total	77	90	167
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		34	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem, pela regra de decisão, afirmar que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que realizar atividades físicas constitui um comportamento saudável.

A estratégia persuasiva contida no conteúdo do CD-ROM enfatizou os benefícios de se realizar uma atividade física, exemplificando e comparando com as atividades desenvolvidas no cotidiano da pessoa. Foram criadas telas contendo imagens como do simples ato de varrer o chão, caminhada, prática de natação e até de uma dança, com a intenção de despertar as várias possibilidades da pessoa se engajar em uma atividade com a qual ela se identificasse. Um dos argumentos que foram apresentados pelos participantes da pesquisa para justificar a não-realização de atividades físicas foi a falta de tempo, o que também foi apontado em vários outros estudos como fator motivador para a desistência da prática de exercícios físicos (MION JR; NOBRE, 2002).

A maioria das crenças neste estudo versaram sobre questões de gosto, seguidas das de consenso zero e derivadas. Vários estudos têm demonstrado que a atividade física melhora a performance cardíaca das pessoas (GUIMARÃES; BACAL; BOCCHI, 1999; TAMAYO; CAMPOS; MATOS, 2001;GAZOLA, BAZOTTE; SOUZA, 2001; DÉA JUNIOR; IBSEN,2003).

Este foi um dos comportamentos que mais apresentaram mudança neste estudo, embora o tempo de exposição ao CD-ROM tenha sido pequeno, ele foi reforçado pelas apresentações anteriores ao estudo, na mídia, de matérias sobre a importância da

atividade física. E temos observado um aumento de propagandas veiculadas na televisão sobre a atividade física.

O quadro 30 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “não realizar atividade física/ exercício físico”.

Quadro 30 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós-teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não realizar atividade física/ exercício físico. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste1 que não favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento não saudável)	43	-	43
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de realizar atividade física (comportamento saudável)	34	90	124
Total	77	90	167
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		20	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pós- teste 1 e pós- teste 2, os valores permitem, pela regra de decisão, afirmar que os dados foram significativos, ou seja, os

participantes que apresentaram crenças para não realizar atividade física reconheceram a importância de tal atividade.

Ao ser exposto a uma comunicação persuasiva, o sujeito pode aceitar ou rejeitar a mensagem. Na adoção, o sujeito pode lançar mão da avaliação e ou da experimentação. No estágio de avaliação, é como se o sujeito representasse um tipo de “experimentação mental” e, se ela for satisfatória, ele realmente irá experimentar realizar tal intento. Ele pode, no caso da crença contrária à prática de exercício físico, experimentar se o fato de realizar um exercício físico vai lhe trazer benefício ou não. Quando a experimentação mental é insatisfatória, o sujeito rejeitará a possibilidade de realização de um exercício. Na experimentação de fato, os sujeitos utilizarão essa nova mudança com certa limitação e nela estarão envolvidas suas experiências diretas ou indiretas, que lhes fornecerão informações críticas de que eles precisam para adotar ou rejeitar a prática do exercício físico. O interessante é que nessa fase podemos observar que os sujeitos podem ser também influenciados por fontes de comunicação e também procuram apoio para os seus comportamentos e decidem continuar ou descontinuar a mudança.

A persuasão funciona como uma alavanca propulsora para motivar o sujeito a realizar a experimentação, ela o influenciaria injetando a percepção dos benefícios e vantagens para a sua saúde em realizar um exercício físico. Na dissuasão, a ação está toda organizada para adotar ou rejeitar a proposta de mudança e, finalmente, se todo o processo foi insatisfatório, ele decide por interromper a mudança.

Ao pensar em modificar as crenças de uma pessoa, devemos levar em consideração qual(is) o(s) valor(es) que ela atribui a determinado objeto ou fato que poderia(m) estar interligado(s) ao seu sistema de crenças.

Para ROKEACH (1981), se uma pessoa mantém pensamentos conflitantes sobre uma crença, ocorre um desconforto ou uma dissonância. Ou um sujeito pode ser confrontado com uma situação em que ele pode se comportar de forma congruente com suas crenças e valores.

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de não realizar atividade física – e H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.8. Comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos

Na tabela 21, apresentamos as crenças identificadas para o comportamento de risco de acrescentar sal em excesso aos alimentos.

Tabela 21 - Distribuição das crenças no comportamento de risco acrescentar sal aos alimentos identificado na pré-teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Tipos de crença Comportamento de não acrescentar sal em excesso		Comportamento de acrescentar sal em excesso		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	16	22,2	6	35,3	22	24,7
Autoridade- Tipo C	29	40,3	-	-	29	32,6
Derivada- Tipo D	21	29,1	4	23,6	25	28
Inconsequente- Tipo E	6	8,4	7	41,1	13	14,7
Total	72	100	17	100	89	100

O eixo de centralidade e perifericidade do sistema de crenças para o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos no total geral tende à centralidade, com 57,3% das crenças, o que as tornam mais resistentes a processos educativos, uma vez que estão alicerçadas próximas à estrutura nuclear do sistema de crenças. Mas, ao observarmos apenas as crenças no comportamento que favorece o acréscimo de sal em excesso aos alimentos, verificamos uma inversão na direção da periferia, pois 64,7% das crenças são do tipo D e E, o que possibilitaria o seu deslocamento conforme descrito por ROKEACH (1981).

Com base nas informações contidas no quadro 31, analisaremos os conteúdos das crenças na pré- teste, no pós- teste 1 e no pós- teste 2.

Quadro 31 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré-teste e pós-teste 1 e 2 para comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
07	<i>B (-): “eu tenho problema de pressão alta, mas eu penso que a comida mais carregada no sal não altera em nada a pressão, pelo contrário, o sal estimula a gente, porque dá mais paladar”</i>	<i>D(+): “engraçado! eu nunca havia parado para pensar no sal que já vem nos alimentos, eu sempre to colocando mais e mais. Às vezes, depois que como, me dá até dor de cabeça e aí eu bebo bastante água. Ando prestando a atenção no tanto de sal que eu estou pondo, acho que estou fazendo isso depois que vi aquela moça do CD com o saleiro. Acho que o sal modifica a pressão”</i>	<i>B (-): “a gente tem um costume em casa e depois que isso pega é difícil a gente mudar. Andei diminuindo o sal da comida uns tempos, mas comecei a me sentir mais fraco, aí parei, achei que era a falta do sal que o organismo estava sentindo, fiquei com receio”</i>

10	<i>B(-): “acredito que o sal retém líquido e incha as pernas da gente, mas, para o coração, não faz mal nenhum. Eu tenho problema de pressão, mas não dou bola pra isso não, até o remédio eu só tomo quando sinto que ela sobe”</i>	<i>C: “tive um ‘piripaque’ outro dia, fui parar no posto e o médico deu aquela bronca. Lembrei daquilo sobre o sal que vi no CD. Agora eu tenho diminuído o sal da comida, o pessoal em casa tem reclamado, mas eu disse é bom para todos”</i>	<i>C: “tenho conseguido comer com pouco sal, a minha família que não deu certo, agora faço a minha comida separada. A pressão alta pode me dar mais problemas ainda, como ter derrame ou infarto.”</i>
13	<i>E(-): “minha comida é mais carregada no sal porque a minha mãe gosta, e eu gosto também. Tenho problema de pressão alta”.</i>	<i>D(+): “eu já tinha percebido que minha pressão vivia subindo. Mas eu não ligava muito. Muitas pessoas já tinham me falado pra diminuir no sal, o médico também, e eu sempre achava que eles estavam errados, que não era pra tanto, que a pressão alta era mais por causa dos problemas financeiros... o sal também pode estar ajudando essa pressão subir também...”</i>	<i>D(+): “minha comida tem sido feita com pouco sal, porque o sal também pode aumentar a minha pressão.”</i>

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
14	<i>E(-): “eu prefiro que a minha comida seja mais puxada no sal, porque gosto e acho que assim eu não tenho problemas com a pressão”</i>	<i>D(+): “a pressão alta pode deixar a gente com problemas no rim ou pode ajudar a ter um infarto. Eu tenho tentado diminuir o sal da minha comida agora”</i>	<i>D(+): “eu tenho me sentido melhor depois que adotei o sistema de por pouco sal na minha comida, acho que realmente estava afetando a minha pressão”</i>
16	<i>E(-): “minha comida sempre foi mais carregada no sal, os outros até falam, mas eu gosto desse jeito”</i>	<i>D(+): “(...)eu não fazia muita idéia do que era o problema da pressão alta. Eu sempre via na tv ou o médico falava, mas não sei o que me passava na cabeça, que eu não ligava. E o que eu achei mais engraçado é que eu não sou de me preocupar muito com isso, mas alguma coisa naquele CD deixou pensando, sempre me vinha alguma cena na cabeça. E eu comecei a diminuir o sal da minha comida.”</i>	<i>D(+): “eu diminuí o sal da minha comida, agora ela é meio sonsa, porque o sal pode fazer a pressão subir e não quero ter um infarto como meu avô”.</i>
24	<i>E(-): “eu gosto de colocar muito sal na minha comida”</i>	<i>D(+): “eu tenho pressão alta e o médico até já havia me proibido de colocar sal na minha comida, mas eu não obedeci, acho que por cisma minha. Mas alguma coisa me fez ficar pensando esses tempos agora, e eu acabei por diminuir um pouco o sal da minha comida”</i>	<i>D(+): “eu tenho colocado pouco sal na minha comida, devido a minha pressão. Às vezes fico tentado a virar o sal na comida. ...”</i>
87	<i>E(+): “eu como a comida mais bem carregada no sal porque eu gosto. Gosto mais ainda porque, quando ela está bem salgada, porque eu tomo água bem geladinha e é uma delícia”</i>	<i>D(+): “eu havia pegado o gosto pelo sal...minha luta agora é para tentar diminuir o sal nos meus alimentos, porque faz a pressão subir e isto pode trazer o infarto”</i>	<i>D(+): “eu estou já algum tempo comendo uma comida mais sem sal, por causa da pressão. Muito sal não presta para quem tem pressão alta.”</i>
90	<i>D(-): “o povo diz que o sal é bom porque não deixa a pessoa ficar amolecida, fraca...”</i>	<i>D(+): “eu acho que o sal depois de tudo o que fiquei sabendo, não é bom para os rins e prejudica o funcionamento do coração”</i>	<i>D(+): “eu estou fazendo minha comida sem sal, todo mundo ficou assustado em casa, mas eu não liguei, minha pressão é o que importa agora”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
196	E(+): “ <i>eu tenho abusado do sal, porque eu gosto demais...</i> ”	C(+): “ <i>depois que eu 157i tudo aquilo sobre o infarto no CD, estou me alimentando com pouco sal</i> ”	C(+): “ <i>faz mais de dois meses que estou comendo com pouco sal, minha pressão tem diminuído e eu estou me sentindo bem melhor</i> ”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
32	B(-): “ <i>eu como comida com bastante sal porque ela ajuda a pressão a ficar alta</i> ”	B(-): sem alteração	B: sem alteração
37	B(-): “ <i>eu acredito que o sal não altera a minha pressão, o que faz ela subir é o nervoso, o desgosto</i> ”	B(-): sem alteração	B(-):sem alteração
40	B(-): “ <i>o sal só tem influência na pressão quando ela está baixa, aí ele ajuda ela a subir, na pressão alta não afeta em nada</i> ”	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração
47	D(-): “ <i>eu carrego no sal porque o sal ajuda a eliminar a infecção interna, aprendi isso com os meus pais</i> ”	D(-): sem alteração	D(-): sem alteração
89	D(-): “ <i>vejo sempre gente que passa mal porque ficou comendo comida sonsa e a pressão abaixou, por isso eu não ligo pra diminuir o sal da minha comida, e a minha pressão é alta</i> ”	D(-): sem alteração	D(-): sem alteração
94	B(-): “ <i>o sal faz mal é para os rins, não para o coração, por isso acho que não tem importância eu comer com muito sal, minhas pernas nem incham e o meu rim funciona bem porque tomo bastante água depois</i> ”	B(-): sem alteração	B(-): sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
130	<i>D(-): “meu problema de pressão começou depois que tive uns aborrecimentos, minha mãe também acha que é isso; por isso o sal não é que vai deixar a pressão alterada”</i>	<i>D(-): sem alteração</i>	<i>D(-):</i>
131	<i>E(-): “gosto da minha comida com muito sal...”</i>	<i>E(-): sem alteração</i>	<i>E(-): sem alteração</i>

Podemos verificar que os conteúdos das crenças na situação pré exposição ao CD-ROM versaram sobre: 1) o sal não alteraria a pressão arterial; 2) hipertensão arterial não é grave, sal não faz mal para o coração; 3) gosto.

Alguns estudos epidemiológicos identificaram a associação entre a quantidade de sal da dieta e os níveis pressóricos, sendo que o principal fator determinante das diferenças de pressão arterial observado entre as populações foi a quantidade consumida de sal (CIPULLO; MARTIN; BURDMANN; 2002; CARVALHO; BARUZZI; HOWARD; 1989; DAHL, 1972).

Segundo Barreto; Cyrillo (1990), o alto consumo de sal é um predisponente para doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal tem sido apontado como muito elevado, não só na preparação dos alimentos, mas também na sua conservação e na utilização de substâncias como condimentos (glutamato monossódico) presentes em alimentos como massas. Ainda segundo esses autores, na cidade de São Paulo, houve uma diminuição dos gastos domésticos com frutas e hortaliças e um acréscimo nos gastos com alimentos industrializados.

A quantidade de sal recomendada pela IV Diretriz Brasileira de Hipertensão (2002) seria de 6,7 g/dia (1 colher de chá) por 28 dias, isso produz uma diminuição da pressão arterial de 3,9 mmHg na sistólica e 1,9 mmHg na diastólica.

Ressaltamos os seguintes conteúdos das crenças identificadas no pós- teste 1: 1) relação do conteúdo do CD-ROM com a realidade; 2) o sal aumenta a pressão; 3) a pressão alta como causadora de problemas renais e cardíacos; 4) credibilidade na informação; 5) gosto pelo sal; 6) negação quanto aos malefícios do consumo de sal em excesso; 7) pressão alta como problema relacionado a aborrecimentos pessoais. Na pós- teste 2, os conteúdos das crenças foram: 1) o organismo fica fraco com pouco sal; 2) o sal aumenta a pressão e pode dar derrame, infarto; 3) sensação de melhora após redução do sal; 4) receio de ter infarto tal como um familiar.

Percebemos que houve modificações nos conteúdos das crenças, as do tipo (E) foram as que mais se modificaram. As do tipo D sofreram modificações devido à mudança da autoridade. Conforme descrito por Rokeach (1981), as crenças periféricas são as que são mais passíveis de mudança. Lembrando, o que explicita Fotheringham (1966), o sujeito experimenta, no que tange à persuasão à adesão à nova informação e à mensagem que foi veiculada através do CD-ROM. Mas ele pode rejeitá-la, e portanto, não sendo persuadido pela informação.

O quadro 32 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 32 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de risco de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	8	9	17
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	-	72	72
Total	8	81	89
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		9	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Apresentaremos, a seguir, a análise dos dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós-1 e de pós-2 (CD-ROM), para a qual foram aplicados na análise estatística o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 .

Os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que não acrescentar sal aos alimentos é um comportamento saudável. O quadro 33 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pré teste e pós- teste 2 por análise comparativa.

Quadro 33 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré e no pós-2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	11	8	19
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	1	70	71
Total	12	78	90
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		4	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que não acrescentar sal aos alimentos constitui um comportamento saudável. O quadro 34 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorridas no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “acrescentar sal em excesso aos alimentos”.

Quadro 34 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento acrescentar sal em excesso aos alimentos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento não saudável)	8	-	8
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não acrescentar sal em excesso aos alimentos (comportamento saudável)	4	77	81
Total	12	77	89
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		4	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que foi significativa a variação, ou seja, os participantes passaram a acreditar que a ingestão de sal em excesso não é saudável.

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de acrescentar sal em excesso aos alimentos - e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.9. Comportamento de não controlar níveis pressóricos altos

Na tabela 22, apresentamos as crenças identificadas para o comportamento de risco de não controlar níveis pressóricos altos.

Tabela 22 - Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar níveis pressóricos altos identificado na pré- teste realizada com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos de não controlar níveis pressóricos altos		Comportamentos de controlar os níveis pressóricos altos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primitiva 0%- Tipo B	11	33,3	34	29,6	45	30,4
Autoridade- Tipo C	-	-	52	45,2	52	35,1
Derivada- Tipo D	9	27,3	26	22,6	35	23,6
Inconsequente- Tipo E	13	39,4	3	2,6	16	10,9
Total	33	100	115	100	148	100

Foi identificado um total de 148 crenças no pré para o comportamento de “não controlar níveis pressóricos altos”, ficando as mesmas assim distribuídas: 52 (35,1%) crenças foram categorizadas como sendo do tipo C (autoridade); 45 (30,4%) foram categorizadas como sendo do tipo B (primitivas de consenso zero); 35 (23,6%) como do

tipo D (derivadas) e 16 (10,8%) como do tipo E (inconseqüentes). Como 65,5% das crenças estão localizadas nuclearmente, o eixo centralidade/perifericidade do sistema de crenças tende à centralidade, o que faz com que os conteúdos das crenças sejam mais difíceis de serem derrocados por um processo educativo, mesmo que este esteja bem estruturado.

Fato oposto ocorre com 34,4% das crenças (tipo D e E) que estão localizadas mais perifericamente em relação ao eixo central de estabilidade do sistema, quando avaliamos as crenças que favorecem o comportamento de risco para não controlar os níveis pressóricos altos. Conforme descrito por Rokeach (1981), essas são as crenças que mais facilmente seriam passíveis de mudança quando comparadas com as centrais.

Com base nas informações contidas no quadro 35, analisaremos os conteúdos das crenças no pré, no pós- teste 1 e no pós- teste 2.

Quadro 35 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré- teste e pós- teste 1 e 2 para comportamento de controlar ou não os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
05, 130	<i>D(-): “eu sempre ouço na televisão dizerem que a pressão dá muitos problemas, mas vi pouca gente morrer até hoje de problema de pressão”</i>	<i>D(+): “depois que ouvi aquelas explicações do CD, andei pensando em como eu ando sem ver a minha pressão e nem tomado direito os remédios. A pressão alta, se não estiver controlada, pode levar a gente ter problemas no coração”</i>	<i>D(+): “eu vi que muita coisa pode fazer a pessoa ter um infarto, por isso tenho visto a minha pressão mais de perto”</i>

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
07	<i>E(-): “eu tenho a pressão alta, mas não sou de medir, não gosto...”</i>	<i>D(+): “olhar a pressão, principalmente quem tem o problema, ajuda a pessoa a controlar melhor... eu tenho ido ao posto olhar uma vez na semana”</i>	<i>D(+): “acho que, depois que comecei a olhar a pressão mais vezes, voltei a tomar os remédios de forma certa. A pressão alta pode afetar muitos órgãos da gente”</i>
08	<i>B(-): “eu vejo muito pouco a minha pressão, porque ela está sempre alta, acho que o meu organismo já acostumou com ela alta e não faz mais mal para mim”.</i>	<i>C(+): “eu achava que a pressão ficava estacionada num nível e depois não tinha problema pra gente. Mas mudei de idéia sobre isso. A pressão ficando alta, pode afetar o rim e o funcionamento do coração. Agora tenho visto a minha pressão mais vezes”</i>	<i>C(+): “estou indo ver minha pressão na farmácia toda semana... acho que, fazendo assim, posso ter uma idéia de como ela está, o médico até já tinha me pedido isso, mas eu não estava fazendo porque achava que não valia de nada”.</i>
10,190,200	<i>E(-): “eu prefiro não ficar olhando a minha pressão, porque eu não gosto”</i>	<i>D(+): “eu não gostava de ficar vendo a pressão porque não gostava. Depois de tudo que fiquei sabendo, eu tenho ido olhar a pressão num farmacêutico bom aqui toda a semana.”</i>	<i>D(+): “vejo minha pressão toda a semana, tenho mantido ela mais controlada, o remédio também tenho tomado mais certo, ninguém quer ter um infarto, não é?”</i>
11	<i>B(-): “eu acredito que a pressão alta é problema para quem fica muito nervoso ou se altera com qualquer coisa”</i>	<i>C(+): “depois que assisti aquele CD, fiquei com mais interesse em olhar a minha pressão, estou indo olhar sempre que posso. Se a gente pode se beneficiar com isso, porque não fazer, não é mesmo?”</i>	<i>C(+): “estou indo ver minha pressão sempre, porque eu acho que eu tenho que me preocupar com a minha saúde.”</i>
13	<i>B(-): “eu acho que ficar olhando a pressão só traz mais problema, porque vai ficar mais preocupado ainda, por isso eu não olho mesmo, e o remédio eu só tomo quando a pressão sobe, porque acho que não devo ficar tomando quando ela está normalizada”</i>	<i>D(+): “bom, resolvi olhar mais vezes a pressão depois que a senhora esteve aqui e eu ví aquele CD. Na minha família, tem mais gente com problema de pressão e ameaço de infarto, então eu acho bom eu me cuidar”</i>	<i>D(+): “tenho olhado minha pressão toda semana, continuo firme, ela está até mais normalizada, e isso é bom para mim”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
14	<i>E(-): “eu não consigo ficar indo no posto ver a pressão, eu não gosto”</i>	<i>D(+): “eu vejo aquelas propaganda na televisão falando sobre o infarto, mas nada como a gente saber mais coisas, isso anima a gente a procurar melhorar pra gente”</i>	<i>D(+): “eu tenho olhado a pressão toda vez que vou ao centro da cidade, isso é toda semana, acho que mudei muito depois daquela vez que você esteve aqui”</i>
16	<i>E(-): “não gosto de olhar a pressão, prefiro não olhar”</i>	<i>D(+): “eu não era de olhar a pressão, porque não via importância nisso, agora tenho visto pelo menos a cada quinze dias”</i>	<i>D(+): “tenho olhado a minha pressão porque acho que ajuda a gente saber como esta indo o tratamento”</i>
17, 140, 67	<i>B(-): “acredito que a gente deve ir ver a pressão somente quando está sentindo alguma coisa”</i>	<i>D(+): “antes eu não via a pressão porque achava que era pior. Agora vejo que é uma forma da gente se voltar mais para o que está acontecendo com a gente, depois que as coisas piorarem, aí não tem mais jeito”</i>	<i>D(+): “tenho olhado a minha pressão toda a semana, acho que isso está me ajudando a tomar mais certo o remédio.”</i>
18	<i>E(-): “não fico vendo a pressão porque não gosto de ficar indo no posto olhar”</i>	<i>D(+): “vi aquele CD e senti que muita coisa a gente pode prevenir, principalmente com a doença do infarto, fui ver minha pressão essa semana, e ela estava alterada...”</i>	<i>D(+): “eu estou indo ver a minha pressão sempre que posso, às vezes fico sem ânimo, mais acabo indo...isso é importante para a minha saúde...”</i>
25	<i>E(-): “prefiro fazer qualquer outra coisa do que ficar olhando a pressão, eu não gosto”</i>	<i>D(+): “a gente sempre vê na televisão que pressão alta pode fazer isso e aquilo, mas a gente sempre acha que não é com a gente. Agora vejo que isso é para mim também, pois tenho pressão alta e preciso me cuidar...”</i>	<i>D(+): “cada vez mais tenho conseguido ir olhar a minha pressão, mas não é fácil, sempre fico querendo colocar outras coisas na frente, mas acho que o benefício disso é só meu, pra mim e a minha saúde.”</i>
26	<i>E(-): “eu não vejo a minha pressão porque não gosto de ficar olhando”</i>	<i>C(+): “lembrei daquele CD que você mostrou, porque tive um mal-estar e precisei ir ao médico, a pressão estava muito alta. Agora passei a olhar mais vezes...”</i>	<i>C(+): “vou sempre olhar a pressão, ela está difícil de controlar, mas tenho tentado, os remédios têm ajudado muito, o médico até falou que eu estou fazendo a coisa certa.”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
33,34	<i>B(-): “não costumo olhar a pressão porque isso não resolve nada, a pressão, quando ela cisma em subir, ela sobe, não tem como segurar, eu acho que é o nervoso que a gente guarda”</i>	<i>D(+): “eu sabia que o infarto podia ser efeito da pressão alta, e eu acho que eu não ligava uma coisa a outra comigo. Minha pressão está um pouco alta, sei porque andei olhando depois que você esteve aqui”</i>	<i>B(-): “eu não consigo ficar nesse regime dos médicos e a minha pressão sobe mesmo porque tenho muita mágoa guardada e, quando eu lembro as coisas, ela dana a subir, não tem remédio que dê jeito. Por tudo isso que eu fico sem olhar a pressão”</i>
55,133	<i>E(-): “não olho a pressão porque acho difícil ir até o posto e eu não gosto também”</i>	<i>D(+): “a pressão alta às vezes não dá nenhum sinal, por isso a gente tem que olhar sempre que puder”</i>	<i>D(+): “estou indo na farmácia porque achei mais fácil para olhar a pressão. Essa doença pode levar a gente para o buraco”</i>
59	<i>B(-): “a minha pressão alta vem da diabete, eu passo muito nervoso com ela, por isso que eu não olho a minha pressão”</i>	<i>D(+): “a gente sempre ouve falar alguma coisa da pressão na televisão, mas eu nunca dei muito valor, não sei explicar porque. Esta semana também não sei mas fui olhar a danada, acho que deve ser por causa daquele filme do infarto que você mostrou”</i>	<i>B(-): “minha pressão não tenho olhado porque acho que a diabete está controlada”</i>
65	<i>D(-): “acho que toda pessoa que fica olhando muito a pressão acaba ficando mais preocupada e eu tenho muito nervoso”</i>	<i>D(+): “eu acho que o infarto pode dar devido que a pressão fica muito alterada e começa a agitar o sangue.”</i>	<i>D(-): “todas pessoas que conheço que ficam atrás de ver pressão acabam tendo que tomar mais remédio ainda.”</i>
88,89	<i>E(-): “eu não gosto de ficar olhando a pressão, porque prefiro ficar sem saber”</i>	<i>D(+): “acho que a pessoa que controla a pressão fica mais atenta às mudanças no organismo”</i>	<i>E(-): “eu prefiro não olhar a minha pressão...”</i>

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós teste 2
32	<i>B(-): “eu não gosto de olhar a pressão porque vou precisar procurar um médico e isso é muito difícil para mim, prefiro deixar do jeito que está, é menos preocupação”</i>	<i>B(-): sem alteração</i>	<i>B(-): sem alteração</i>
35	<i>B(-): “acho que pessoas mais velhas é que precisam ficar olhando a pressão mais de perto, pra mim, não vejo necessidade agora...”</i>	<i>B(-): sem alteração</i>	<i>B(-): sem alteração</i>
36	<i>D(-): “não olho a minha pressão porque, quando ela sobe, me dá dor de cabeça e eu não tomo remédio, eu tomo é chá de alecrim, minha avó sempre dizia que era bom ter sempre um pé em casa.”</i>	<i>D(-): sem alteração</i>	<i>D(-): sem alteração</i>
38, 41, 80, 44	<i>D(-): “tanta gente tem problema de pressão mas não ficam vendo a pressão porque dizem que não presta ver”</i>	<i>D(-): sem alteração</i>	<i>D(-): sem alteração</i>
47	<i>D(-): “não fico olhando a minha pressão, eu tomo limão com sal que é bom para diminuir a pressão porque corta um pouco o sangue grosso da gente</i>	<i>D(-): sem alteração</i>	<i>D(-): sem alteração</i>

Com base no quadro demonstrativo das crenças identificadas, pudemos observar os conteúdos existentes na situação de pré exposição ao CD-ROM: 1) hipertensão não mata, não é prejudicial; 2) não gostar de ver pressão; 3) pressão alta como decorrência de estados emocionais; 4) tratar mediante sintomas; 5) hipertensão devido a outras doenças; 6) idoso é que precisa cuidar da hipertensão; 7) hipertensão tratada com chás, limão, etc.

A hipertensão arterial constitui um grave problema de saúde em nações industrializadas devido à sua alta prevalência e associação com o aumento do risco de doença cardiovascular (OKOSCHI et al, 2001). Estima-se que 15 a 20% da população brasileira tenha hipertensão arterial (CORREA, 2003). Dos sujeitos que apresentaram crenças que favoreciam o não-controle dos níveis pressóricos altos, apenas 3 não eram hipertensos.

No pós-exposição-1, os conteúdos das crenças versaram sobre: 1) o não-controle da pressão leva a problemas de coração; 2) avaliando os benefícios de se controlar a pressão arterial alterada; 3) estímulo para prevenção; 4) preferência em não olhar a pressão; 5) terapias alternativas.

Nessa avaliação dos conteúdos, chamou-nos a atenção o fato de que, para os entrevistados, o ato de apenas se verificar a pressão arterial tem o significado de “controlá-la”, uma vez que o sentido atribuído pelos profissionais de saúde a ação de controlar a pressão arterial envolve: tratamento medicamentoso, dietético; atividade física; aferição da pressão; comparecimento às consultas.

Alguns estudos têm demonstrado que a maior parte dos pacientes hipertensos apresentam uma baixa adesão ao tratamento e que muitos nem comparecem às consultas médicas regularmente e outros abandonam o tratamento (MONTEIRO JUNIOR, 2003; FUCHS et al, 1997).

Ao avaliarmos o tipo de crença que mais se deslocou, pudemos constatar que as crenças referentes à questão de gosto, preferência foram as que mais se destacaram. Essas crenças, conforme Rokeach (1981) descreveu, são crenças mais periféricas e podem ser alteradas mais facilmente. Ao nos reportarmos aos conteúdos tratados no CD-

ROM, identificamos que a maioria das mensagens versaram sobre os benefícios de se controlar a hipertensão arterial (dieta, medicação, atividade física, redução de peso, colesterol) e apresentaram sugestão para a escolha de alimentos que continham menos condimentos.

Na persuasão, as analogias, a comparação são recursos utilizados para se convencer uma pessoa (no caso, o entrevistado) a realizar ações no sentido da meta esperada (FOTHERINGHAM,1966). Segundo Roehm; Sternthal (2001), ao avaliarem o efeito do impacto das analogias persuasivas, nas quais são realçados os benefícios de um determinado produto sobre outro, concluíram que o indivíduo a ser persuadido tem que ter uma disposição para que tal ação aconteça.

O quadro 36 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré teste e pós- teste 1 por análise comparativa.

Quadro 36 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré- teste e no pós- teste- 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de

persuasão, sobre o comportamento não controlar os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de risco de não controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	23	25	48
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	-	100	100
Total	23	125	148
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		25	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Apresentaremos, a seguir, a análise dos dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós-1 e de pós-2 (CD-ROM), para a qual foram aplicados na análise estatística o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 .

O quadro 37 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem visto o CD-ROM, passaram a acreditar que controlar os níveis pressóricos altos constitui um comportamento saudável.

Quadro 37 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré- teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento de não controlar níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	29	19	48
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	-	100	100

Total	29	119	148
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		19	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem visto o CD-ROM, passaram a acreditar que controlar os níveis pressóricos constitui um comportamento saudável.

O quadro 38 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “controlar os níveis pressóricos altos”.

Quadro 38 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós teste 1 e no pós teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar os níveis pressóricos altos. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste2 que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não controlar os níveis pressóricos altos (comportamento não saudável)	24	6	30

Crenças no pós- teste1 que favorecem o comportamento de controlar os níveis pressóricos altos (comportamento saudável)	-	118	118
Total	24	124	148
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		6	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no não controlar os níveis pressóricos altos - e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

8.2.10. Comportamento de não controlar o peso corporal em excesso

Na tabela 23, apresentamos as crenças identificadas para o comportamento de risco de não controlar o peso corporal em excesso.

Tabela 23 - Distribuição das crenças no comportamento de risco não controlar o peso corporal identificado no pré- teste realizado com os 200 participantes, segundo o tipo de crença do referencial de Rokeach (1981). Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Tipos de crença	Comportamentos de não controlar o peso corporal em excesso		Comportamentos de não controlar o peso corporal em excesso		Total	
	n	%	n	%	n	%

Primitiva 0%- Tipo B	39	40,6	5	16,7	44	34,9
Autoridade- Tipo C	-	-	7	23,3	7	5,6
Derivada- Tipo D	8	8,3	12	40	20	15,8
Inconsequente- Tipo E	49	51,1	6	20	55	43,7
Total	96	100	30	100	126	100

Quanto às crenças mencionadas pelos entrevistados sobre não controlar o peso corporal em excesso na situação de pré- teste, obtivemos a seguinte distribuição: 49 (51,1%) foram do tipo E, 39 (40,6%) do tipo B e 8 (8,3%) do tipo D. Cabe destacar que, quando analisamos o eixo de perifericidade/centralidade do sistema de crenças, como 59,4% das crenças são do tipo “E” e “D”, o eixo fica deslocado para a perifericidade, ou seja, estamos diante de crenças que possuem uma certa flexibilidade dentro do sistema de crenças o que as torna mais fáceis de serem reestruturadas no sistema que quando comparadas às crenças centrais e passíveis de deslocamento por processos educacionais mais estruturados.

No quadro 39, apresentamos as crenças que favoreceram o comportamento de risco de não controlar o peso corporal em excesso, conforme identificação no pré, pós 1 e 2 – comunicação persuasiva.

Quadro 39 - Crenças dos sujeitos identificadas nas situações de pré- teste e pós- teste 1 e 2 para comportamento de controlar ou não o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
---------------------------	--	---	---

04	(B-): “Sempre fui gorda, não controlo o meu peso porque fico mais ansiosa, penso na comida que terei de deixar de comer, não me peso há muito tempo, se a senhora precisar me pesar, eu deixo, mas não quero saber o resultado. O fato de saber o peso significa o sofrimento que terei que passar...”	(D+): “Vejo que a gente pode fazer alguma coisa para se ajudar e prevenir o infarto. A gente sempre fica pensando mais no que vai deixar de fazer, não no que pode fazer. Isso que eu achei legal naquele filme. Comecei fazer caminhada e estou sentindo a diferença, o difícil é parar de comer, qualquer coisa eu desato a comer”.	(B-): “Vou ser muito franca, caminhar eu até estou conseguindo, mas diminuir a comida eu não consegui, sei que deveria procurar um tratamento com um médico, mas a comida me deixa mais calma, não sei explicar, uns sentem bem com o cigarro e eu é com a comida. É o meu vício”.
06	(E-): “Eu gosto muito de comer e esqueço de me pesar. Uma pessoa gorda tem aparência de saúde, tem a pele mais rosada, ri mais...”	(D+): “Fiquei lembrando daquele homem na balança, a gente sempre olha só pela aparência de uma pessoa, e imagina que o fato de ser gorda é sinal de saúde. Depois que me pesei aquele dia, voltei ontem e me pesei, eu ando engordando e acho que tenho que me cuidar”	(D+): “Ando diminuindo a minha comilança. Acho que uma doença como o infarto não é para a gente ficar brincando”.

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
07	(E-): “Prefiro não controlar o meu peso, porque quem faz isso são aquelas pessoas controladas com as coisas, eu gosto é de comer...”	(D+): “Fiquei analisando tudo o que vi naquele filme, já vivi e vi muita coisa nessa minha vida. O infarto pode levar a gente pro buraco de repente, eu tenho problema de pressão, e não sou lá rigoroso com os remédios e sei que estou correndo um risco...”	(E-): “Eu já vivi muito, o que vier ainda de vida pra mim estarei lucrando, por isso como de tudo...”

11	(E-): “ <i>Quase nunca peso, acho que até deveria porque percebo que estou engordando. Eu não gosto muito de ir até a balança...</i> ”	©: “ <i>Eu acredito que a gente tenha que fazer alguma coisa pra melhorar a saúde da gente, como as coisas que a enfermeira mostrou no filme aquele dia</i> ”	©: “ <i>Ando caminhando, diminuindo a minha comida, assisti também uma palestra sobre qualidade de vida que um médico veio dar aqui na cidade, e ele falou muita coisa parecida com o que a enfermeira tinha mostrado no filme. Alimentação, exercício, estresse. Eu, depois disso, me animei, mais ainda na minha luta...Acho que a saúde da gente é tudo na vida, se a gente perde, perde a vida...</i> ”
----	--	---	---

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste que alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
12	(E): “Nem me lembro que existe balança, ficar se pesando é para quem gosta, eu não ligo pra isso”	(D): “Andei me pesando depois das explicações que vi naquele filme. O peso a mais pode prejudicar o coração, piorar a pressão...”	(E): “acho difícil a gente evitar as coisas, fazer as coisas sozinha, a gente começa e pára, desanima”
15	(E): “Já me pesei muito, agora prefiro nem saber o meu peso, passo longe da balança...”	(D): “A vida da gente é muito corrida, e a gente acaba se preocupando com o que não deve. Vi de novo o meu peso, estou me policiando, mas é muito complicado. Agora sei que o peso é importante para a saúde do coração, mas é difícil mudar”	(D): “Engraçado como, quando a gente realmente quer uma coisa, a gente consegue. Diminui o meu peso: perdi 1,5kg. E foi só fechar a boca”.
16	(B): “Minha vida já foi ficar atrás de controlar o meu peso, aí desisti, acho que não vale a pena a gente ficar se privando das coisas, as doenças aparecem de qualquer jeito...”	(D): “Olha, eu fiquei pensando muito em todas as explicações do filme, e acho que o infarto é uma doença grave, inclusive meu avô morreu de infarto, de repente. Até achei que isso que foi dito no filme eu nem ligaria, mas sempre tenho lembrado, até me pesei por curiosidade novamente...”	(E): “Eu me acostumei a evitar a balança, ficar preocupada com o meu peso, que desisti de qualquer coisa, até sei que é bom pra mim....”
18	(E): “Eu prefiro ficar na minha vida despreocupada de controlar peso, do que ficar que nem essas modelos, um palito ambulante”.	(D): “Quando a gente pára e pensa em como podemos evitar uma doença dessas como o infarto, e que muitas das coisas, alimentação, exercício, diminuir o peso, a gente mesmo pode fazer e não custa nada, só da vontade da gente... é que percebo o quanto estava ligada em coisas que não tinha nada a ver...”	(D): “Tenho me pesado uma vez por mês para saber como estou, acho que é importante ver se preciso diminuir no garfo. Já sei que alguns quilos a mais podem me prejudicar pra frente... Acho que aos poucos eu vou conseguindo...”
19	(D-): “Não me peso porque conheço muita gente que faz regime de tudo quanto é jeito para emagrecer e não resolve nada, elas engordam de novo, esses tempos atrás, morreu uma moça nova de tanto que fazia regime...acho que essas coisas de ficar controlando o peso acaba deixando as pessoas neuróticas...”	(D+): “Olha, eu ouvi bem tudo o que vi naquele CD que você mostrou... eu sei que o infarto pode acontecer com qualquer um e que, se a gente facilitar, pode ser com a gente mesmo. Eu ainda estou pensando em muita coisa sobre o que vi...”	(D-): “Não tenho controlado o meu peso porque acho que isso, no meu caso, não é muito importante, quem deveria controlar o peso são aquelas pessoas muito gordas, eu ainda estou longe disso...”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
20	(E): “Prefiro não ficar controlando o meu peso porque quanto mais a gente controla mais engorda...”	(C): “O peso da gente, se estiver muito aumentado, pode afetar a pressão, colesterol. A gente até tenta controlar o peso, mas é difícil”	(C): “O peso pode contribuir para a pessoa ter um infarto, por isso a gente deve controlar o peso e a alimentação”.
21	(E): “Não controlo o meu peso porque me sinto bem, e também prefiro não ficar me pesando”.	(C): “Cuidar para que a gente não fique acima do peso pode ajudar a diminuir doenças futuras”.	(C): “Pesei este mês, meu peso está um pouco alto. Estou maneirando na comida... Assim, aos poucos, melhoro meu peso e melhoro a pressão”
22	(E): “Não sou de olhar o peso, eu não gosto, acho vaidade ...”	(C): “Uma pessoa muito gorda pode atrair doença”	(E): “Acho que o meu peso está bom pra mim, não sinto nada e a farmácia é longe...”
23	(E): “Prefiro ver a gordura no corpo do que os ossos apontando, a pessoa parece doente...”	(D): “Quando a gente ouve essas explicações sobre exercício, alimentação, me sinto animado para fazer”.	(D): “Tenho evitado comer demais, e olhado o peso de vez em quando, o médico falou que a pressão controlou um pouco. Acho que foi o efeito do exercício e da perda de peso”.
25	(B): “Estou com 71 anos, minha idade controlar o peso não influencia em nada, a gente já tem preocupação demais pra ficar arranjando mais outra. E eu me sinto bem com o peso que tenho”.	(D): “Acredito que, se uma pessoa está muito gorda, pode fazer mal pra ela. Até para andar é difícil, ela se cansa mais, o coração fica pesado”.	(B): “Eu acho que não preciso me preocupar com meu peso porque não sinto nada, já estou muito velho pra isso”
26	(D-): “Vejo tanta gente gorda, e tá todo mundo aí sadio, rosado, forte, é difícil até ficarem doentes”	(D+): “Eu sempre acreditei que as pessoas gordas é que tinham a saúde boa. É, a gente só aprende nessa vida...é, muita gordura pode levar ao infarto ou aparecer outra coisa”	(D+): “Acho que a gente deve controlar o peso, o que come e o que bebe, porque é uma maneira de cuidar da saúde. Mas tem uma coisa que eu ainda não consigo fazer que é a tal da caminhada”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
28	(B-): “Quando me irrita com alguma coisa, eu como, e aí a gente vai ganhando uns quilinhos a mais. Mas não sinto nada. Não sou de regime, e também não fico indo atrás de balança, nem de academia, isso tudo é uma grande besteira da moda”.	(D+): “Acho que a gente deveria se preocupar mais com a própria saúde. Mas não é o que acontece. A gente come tudo quanto é porcariada, ou porque a tv mostra muito e a gente acaba comprando. Acho que isso que você mostrou no CD, essas explicações sobre o risco de ter um infarto. Eu acho que depende de cada um de nós se conscientizar. Eu acho que estou indo num ritmo errado e eu tenho que melhorar, pois, qualquer coisa que me aperta, eu corro pra geladeira”.	(B-): “Eu deveria gostar mais de mim, cuidar mais da minha saúde. Mas a vida da gente sempre empurra pro outro lado. Eu é deveria estar mais querendo meu bem-estar não os outros, mas não é assim...”
34	(B-): “Não sou de ficar controlando o meu peso, e acredito que, quando uma pessoa está doente, uma das primeiras coisas que acontece com ela é emagrecer, por isso acho que é melhor ser mais gorda”.	(D+): “O peso da gente é importante porque, se for muito alterado (gordo), pode trazer problemas pra pessoa, para o coração, para pressão”.	(B-): “A gente sempre acha que nada vai acontecer com a gente, minha pressão vive descontrolada, mas nem assim eu me animo, talvez seja porque eu não esteja sentindo nada”
39	(D-): “Não controlo meu peso porque a gente ouve falar que ser gordo não é bom, mas é mais bonito ver uma pessoa gorda, parece que está tudo bem com ela”	(C): “A gordura em excesso pode fazer mal para o coração, ela pode entupir as veias, por isso a gente tem que controlar o que come e olhar o peso sempre”	(C): “Tenho visto meu peso, agora a comida tá difícil, não depende só de mim, tem as pessoas aqui em casa também. Eu falei que a gente tinha que manejar por causa do infarto, mas é cada vez mais difícil, ninguém acredita”.
46	(D-): “Quando percebo que estou engordando demais, tomo uns laxantes e perco um pouco de peso. Aprendi isso com pessoas amigas, e dá muito certo”.	(D+): “a gente precisa manter o peso, é bom pra tudo”.	(D-): “Não consigo deixar de comer tudo o que quero, acho mais simples e fácil revolver tomando laxante, porque aí a gente continua comendo de tudo e quanto quiser”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
52,173	(E): “Para mim, não adianta nada saber se tô gordo ou tô magro, eu não ligo pra isso mesmo, isso é pra quem gosta de regime, mostrar o corpo...”	(D): “Eu sempre achei que a gente se preocupar com o peso era mais uma vaidade. O infarto é uma doença que a gente precisa evitar, e uma das maneiras é moderar na alimentação”	(D): “Eu sempre achei que as pessoas gordas eram mais cheias de saúde. E os outros que faziam regime era por causa de por uma roupa, ir na piscina ou praia. A saúde sempre era esquecida. Eu acho que não só o infarto, a gente tem que pensar em mais doença. Eu tenho me preocupado mais com isso”.
77	(B): “Para mim, o bom da vida é a gente poder comer despreocupado o que quiser sem se preocupar com a balança. Não sou de olhar o meu peso”.	(D): “Depois que vi o filme, fiquei pensando em como eu poderia agir comigo mesmo. Tenho pensado muito nisso...”	(B): “Eu sempre fui muito despreocupado com as coisas e acho que tudo é muito difícil, talvez seja esse o meu ritmo, não tenho conseguido mudar muito. Acho que o infarto é uma doença muito séria, eu é quem não levo nada a sério”
85	(B): “Eu sei que tenho que controlar o meu peso, devido a diabetes, aliás, nem deveria comer as coisas que eu como, o médico já me alertou, mas não sei, parece que, quando a gente não pode comer, é que dá mais vontade. Mas eu não controlo o meu peso, porque acho que o meu problema é a diabete”.	(C): “Gostei de ver aquele filme que você mostrou outro dia. Minha vida é muito descontrolada, o médico vive me dando bronca. Mas acho que alguma coisa me fez ficar pensando... eu como muita coisa sem necessidade, isso me prejudica, não sou de seguir regime, mas, depois que eu vi aquela cena do pé, fiquei realmente preocupado...”	(C): “Tenho feito de tudo pra controlar minha alimentação e o meu peso, pois, assim, minha diabete sobe menos”.
87	(B): “Não controlo o meu peso, não dou muita importância pra isso. Não fico me privando de comer, a gente vai morrer mesmo, ou de barriga vazia ou cheia”	(D): “Eu tenho verificado o meu peso, depois que assisti aquele filme, achei que deveria saber como eu estava. Mas controlar a alimentação ainda estou engatinhando, é difícil...”	(B): “Eu sei que estou deixando de lado novamente o cuidado comigo mesmo, acho que é um grande relaxo...”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
99	(E): “Não acho que precise controlar o peso, prefiro não pensar nisso...”	(C): “A gente precisa olhar o peso para saber se estamos com umas gorduras a mais. O infarto a gente pode evitar”	(E): “Eu não gosto muito de ficar controlando meu peso, porque eu acho que não preciso”
113	(E): “Sei que andei engordando um pouco, vejo no espelho, nas roupas, mas não me pesei, traz preocupação”	(C): “Eu já fui ao médico uma vez para ver se fazia um regime, desisti fácil. A gente começa e pára. O filme que você mostrou é muito legal porque ensina de um jeito diferente a sempre pensar em cuidar da saúde da gente”	(C): “Estou me pesando mais vezes e me preocupado em me alimentar melhor, acho que assim a gente procura evitar que uma doença apareça de repente”.
115, 183	(E): “Prefiro não ficar controlando o meu peso, não tenho idade pra isso”	(C): “O médico me falou que a gente não deve abusar muito, depois a senhora vem com aquele filme, aí pensei: ‘tanta gente falando, vai ver que é verdade mesmo’”.	(C): “O médico me falou que a gente tem que se cuidar em qualquer idade, e ele está certo, a gente que às vezes fica meio desanimado e desiste das coisas fácil”
133	(E): “Gosto de comer de tudo, por isso não fico correndo atrás de balança...”	(D): “Tenho agora me pesado de vez em quando”.	(D): “Agora corro pra balança quando acho que passei dos limites. Minha alimentação, tenho procurado ler mais sobre isso, nas revistas...”
136	(E): “Não ligo pra ficar me pesando, ou controlando meu peso, a gente se preocupa à-toa, é tão bom comer sem preocupação, sem culpa...”	(D): “Eu acho que muita coisa pode nos fazer ficar mais perto de ter uma doença como o infarto, e não controlar o peso da gente pode ser uma delas. Ultimamente tenho procurado me policiar nesse sentido”	(D): “Tenho me sentido melhor depois que comecei a modificar algumas coisas na minha comida. Eu comia muita carne, vivia me sentindo muito cheia, com a digestão difícil. Agora, até me peso, penso que posso me ajudar um pouco...”
140	(B): “Não controlo o meu peso porque sei que estou gorda e não quero passar raiva, raiva de ficar sem comer...”	(D): “Eu penso sempre em comer, não desligo disso. Mas essas coisas que eu vi no filme ainda estão me fazendo pensar, até já fui a balança, mas me falta a danada da coragem de enfrentar essa luta”	(B): “O mais engraçado é que a gente sabe que a saúde é o maior bem da gente, e a gente se esquece de investir nela”

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
145, 146, 171, 142, 170, 190, 194, 200	(E): “ <i>eu nunca me preocupeí com meu peso, para mim tanto faz...</i> ”	(D): “ <i>Tenho verificado o meu peso porque, desde que vi aquele CD, entendi que isso era importante. O infarto acontece mesmo. O mais difícil é controlar a comida que a gente come</i> ”	(D): “ <i>Continuo verificando o meu peso, porque acho que a gente precisa saber quanto está pesando. A comida é que é difícil controlar...</i> ”
Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
13, 29, 30, 32, 163, 169	(B-): “ <i>Acho que uma pessoa que é mais gorda é mais alegre, brincalhona</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
33, 38	(E-): “ <i>Não controlo o meu peso porque o meu peso é bom, e também não gosto</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
37	(E-): “ <i>Não gosto de ficar olhando o meu peso, isso não vale de nada</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
40	(E-): “ <i>Eu prefiro passar em longe das balanças, não gosto de ficar sabendo o meu peso</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
41	(B-): “ <i>acho que pesar para mim não vai ajudar em nada, não vejo muita vantagem em ficar controlando o peso, porque eu me sinto bem assim</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
43,158	(E-): “ <i>Ficar olhando o peso é uma perda de tempo muito valiosa</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
44, 147	(E-): “ <i>Controlar o peso acaba deixando as pessoas doentes</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
45	E- “ <i>Sem alteração que come e o que não vai comer é para mim um disparate</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração

Continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
50, 152, 155	(B-): “Às vezes, <i>tenho um forte desejo de parar de comer do jeito que eu como, mas, depois, desisto. Controlar o meu peso me deixa muito entristecido</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
56, 130, 137, 138	(E-): “ <i>eu gosto demais de comer, me dá muita alegria comer, por isso não controlo nada</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
61, 127, 128	(E-): “ <i>Acho que essa coisa de regime, é só para quem tem tempo para perder com isso</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
63	(B-): “ <i>Acho que o fato de se evitar comer as coisas do jeito que a gente está acostumada é que prejudica a saúde da gente</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
64	(B-): “ <i>Não controlo meu peso e nem dou valor a isso porque acho que isso só traz doença para a pessoa, acaba ficando anêmico</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
71	(B-): “ <i>Não acredito que, se a gente ficar fazendo regime, controlando peso, vá trazer alguma coisa boa pra gente, o bom é você poder comer de tudo</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
72	(B-): “ <i>Eu acho que, se a pessoa ficar muito envolvida em controlar o peso, acaba envelhecendo antes do tempo</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
76,125	(B-): “ <i>Eu não controlo o meu peso porque não me sinto bem fazendo isso, pode até lá ter algum fundamento para os médicos, mas quem sabe mais da minha saúde sou eu</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
83,124	(B-): “ <i>Não controlo o meu peso, nem olho na balança porque sei que ela vai me dizer que eu estou gordo</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
84	(B-): “ <i>Eu até acho que deveria controlar o meu peso, mas evito porque, deixo pra depois, talvez eu não goste muito de mim</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
86, 88, 89, 90, 96,100	(B-): “ <i>Não vejo necessidade em controlar o meu peso, não me sinto gordo, acho que o meu peso é bom, e é melhor pesar um pouco mais, a gente fica mais alegre</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
93, 116, 126	(E-): “ <i>Eu prefiro não controlar o meu peso, porque isso só traz preocupação</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração
95, 98, 178	(B-): “ <i>Eu corro das balanças, porque ela vai me falar o que eu já sei....a gente sabe que está gorda...mas eu não quero mudar nada, porque eu sou assim...</i> ”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração
97, 176	(B-): “ <i>Eu já sofri muito com o meu peso, as pessoas viviam dizendo: ‘você tem que comer menos, não tem vergonha...’.</i> Chorava muito, agora eu acho que sou gorda não porque eu como muito, eu até nem como muito, acho que é porque eu durmo depois do almoço e isto faz eu engordar”	(B-): sem alteração	(B-): sem alteração

continua

continuação

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré- teste que não se alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 1	Tipos de crenças identificadas no pós- teste 2
101, 118, 151	(D-): “ <i>Eu acho que controlar o peso traz muito sofrimento pra quem tem que ficar vivendo em roda da balança, conheço pessoas que são assim, se come alguma coisinha a mais, ficam indo na balança todo dia</i> ”	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração
172	(D-): “ <i>A maioria das pessoas que conheço que entraram nessa de ficar olhando, controlando o peso desistiram porque não adiantou nada. Por isso eu não faço isso, e, só de imaginar que eu vou ficar sem comer o que eu quero, já me faz desistir</i> ”	(D-): sem alteração	(D-): sem alteração
181, 184, 185, 191	(E-): “ <i>Acho que a pessoa gorda é mais saudável, tem mais saúde e não precisa ficar controlando o peso</i> ”	(E-): sem alteração	(E-): sem alteração

Ao analisarmos os conteúdos das crenças que reforçam o comportamento de não controlar o peso corporal em excesso, obtivemos na pré- teste: 1) conhecimento do peso como um sofrimento; 2) ser gordo é ser saudável; 3) não gostar de controlar o peso; 4) preferência por comer; 5) regime como algo difícil de ser realizado; 6) atribuição do excesso de peso a outra doença; 7) sentimento de culpa; 8) imagem corporal.

No pós- teste 1, os conteúdos versaram sobre: 1) motivou reflexão (filme); 2) gordura em excesso faz mal para o coração; 3) interesse pela saúde; 4) interesse por atividade física. E, no pós- teste 2, os conteúdos foram: 1) a comida como forma de

alívio; 2) prevenção do infarto; 3) dificuldade em controlar o peso; 4) interesse por cuidar da saúde.

As crenças que mais se modificaram foram as do tipo E, que se referem à questão de preferência, gosto. No CD-ROM, foram mostrados os efeitos da hipertensão arterial sobre o coração e órgãos alvos. A avaliação da pressão arterial também foi sugerida, assim como a realização de atividade física e a adoção de uma alimentação saudável; o sal já foi discutido anteriormente. Observamos que ao ato de se pesar são atribuídos pelos sujeitos significados como: a balança representa algo a ser temido, evitado porque irá revelar uma identidade ou uma situação que se deverá resolver ou ignorar; significando a saúde.

O sujeito, ao assistir ao CD-ROM, pode rejeitar ou aceitar a mensagem que está sendo transmitida. A adoção (Fotheringham, 1966) poderá implicar a experimentação, como podemos observar pelas falas de alguns dos participantes: *“agora eu tenho verificado o meu peso”*. Dessa forma, se o efeito da experiência for satisfatório, a pessoa modificará sua crença e adotará tal comportamento. Ela também poderá sofrer outros estímulos externos que irão contra essa modificação. Por exemplo, estar exposta aos comerciais de televisão que estimulem o consumo de alimentos ricos em carboidratos, gorduras saturadas, etc.

O quadro 40 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-1 por análise comparativa.

Quadro 40 - Demonstrativo do teste estatístico realizado na pré teste e na pós- teste 1 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pré	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de risco de não controlar o peso corporal em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 1 que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de não controlar o peso corporal em excesso (comportamento não saudável)	57	39	96
Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento saudável)	-	30	30
Total	57	69	126
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		39	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Apresentaremos, a seguir, a análise dos dados referentes às crenças identificadas nas situações de pré, de pós-1 e de pós-2 (CD-ROM), para a qual foram aplicados na análise estatística o teste McNemar ou Binomial e o teste χ^2 .

Os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que controlar o peso corporal é um comportamento saudável. Utilizando-nos do teste de McNemar, verificamos que ocorreu uma mudança significativa nas crenças dos indivíduos, envolvendo a situação de pré e pós 1, ou seja, 3 semanas após os sujeitos terem assistido ao conteúdo do CD-ROM, ocorreu um aumento de crenças emitidas, no caso as derivadas, para adesão ao controle do peso corporal, isso devido à influência da comunicação persuasiva.

O quadro 41 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pré e pós-2 por análise comparativa.

Quadro 41 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pré teste e no pós- teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

pré	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de não controlar o peso corporal em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós- teste 2 que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pré teste que não favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento não saudável)	71	25	96

Crenças no pré teste que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento saudável)	-	30	30
Total	71	55	126
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		25	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Na comparação realizada nas situações de pré e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram considerados significativos, ou seja, os participantes, após terem assistido ao CD-ROM, passaram a acreditar que controlar o consumo do açúcar constitui um comportamento saudável.

O quadro 42 contém a apresentação do deslocamento de crenças ocorrido no período de pós-1 e pós-2 por análise comparativa para o comportamento de “controlar o peso corporal em excesso”.

Quadro 42 - Demonstrativo do teste estatístico realizado no pós- teste 1 e no pós-teste 2 a respeito do impacto da abordagem educativa, usando a técnica de persuasão, sobre o comportamento não controlar o peso corporal em excesso. Interior de São Paulo, jun a nov/2003.

Pós	Crenças do pós-2 que favorecem o comportamento de não controlar o peso corporal em excesso (comportamento não saudável)	Crenças do pós-2 que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal em excesso (comportamento saudável)	Total
Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de não controlar o peso corporal (comportamento não saudável)	56	1	57

Crenças no pós- teste 1 que favorecem o comportamento de controlar o peso corporal (comportamento saudável)	14	55	69
Total	70	56	126
Testes estatísticos		Resultados	
Estatística teste		11,26	
Estatística Qui-quadrado		3,841	
Regra de decisão		Significativo	

Ao compararmos o pós teste 1 e 2 , identificamos uma acentuada redução no número de sujeitos que acreditavam que o controle do peso corporal não deve ser realizado. Essa diferença é significativa quando comparada com o primeiro e o segundo pós. Na comparação realizada nas situações de pós-1 e pós-2, os valores permitem afirmar, pela regra de decisão, que os dados foram significativos.

A obesidade vem sendo considerada um dos graves problemas de saúde pública no mundo. Constitui também um dos fatores de risco para algumas doenças graves, tais como: diabetes, alguns tipos de câncer, distúrbios respiratórios e doenças cardiovasculares, das quais destacamos o infarto (ADES; KERBAUY, 2002). Neste estudo, ao avaliarmos o índice de massa corporal, identificamos que 44% dos sujeitos entrevistados se encontravam na faixa de sobrepeso e 23,5; 4,5 e 2,5% na faixa considerada obesidade grau I, II e III respectivamente.

Disso, podemos afirmar que confirmamos H1 – a comunicação persuasiva foi capaz de modificar as crenças no comportamento de não controlar o peso corporal em excesso - e confirmamos H2 – a comunicação persuasiva deslocou mais as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

9. CONCLUSÃO

As crenças constituem uma das variáveis que podem estar influenciando a forma como as pessoas aderem ou não a propostas terapêuticas ou a comportamentos saudáveis ou de risco. Os cinco tipos distintos de crenças, segundo Rokeach (1981), são harmonizados e formam um arcabouço de estabilidade ou de flexibilidade, dependendo da posição da crença dentro do sistema, à semelhança de um átomo. Assim, crenças mais nucleares são mais estáveis e, por isso, difíceis de serem deslocadas, bem como crenças mais periféricas são mais instáveis e por isso passíveis de serem modificadas mediante processos educativos bem estruturados.

Partindo do pressuposto de que a utilização de material educativo, baseado na teoria da persuasão, é capaz de deslocar crenças sobre comportamentos de risco para doenças coronarianas para comportamentos menos vulneráveis e de menor risco,

realizamos um estudo quase experimental com pré e pós intervenção numa cidade do interior de São Paulo. A amostra foi composta de 200 pessoas (50% mulheres e 50% homens) com o seguinte perfil: 36% possuíam idade compreendida entre 45-54 anos, 28% concluíram o 2º grau; 47% dispunham mensalmente de renda familiar de 2 salários mínimos, 44% apresentavam sobrepeso; após dosagem de colesterol, em 38,5% foi identificado nível acima dos recomendados e 22,5% dos participantes apresentavam medida da circunferência abdominal elevada; 48% estavam com níveis pressóricos elevados. A amostra foi similar à população de origem (cidade onde a pesquisa foi realizada).

Para viabilizar o processo de coleta de dados, foi produzido e validado um CD-ROM para os seguintes comportamentos: fumar, ingerir alimentos ricos em gordura, ingerir bebida alcoólica em excesso, não controlar os níveis pressóricos altos, acrescentar sal em excesso aos alimentos, não controlar a diabetes e a ingestão de açúcar em excesso, não aliviar o estresse, não controlar o peso corporal.

Num levantamento preliminar (pré-teste), identificamos 1.297 crenças dos tipos B,C,D,E, tendo sido as do tipo A excluídas em função de seus conteúdos já contemplarem comportamentos saudáveis. A maioria das crenças que foram identificadas eram do tipo D e E, ou seja, que apresentavam mais facilidade de ser alteradas. A adoção do teste estatístico de McNemar permitiu-nos identificar as situações nas quais houve mudança de comportamento significativa, sendo que o teste mencionado não se mostrou significativo para os comportamentos de: “não controlar o diabetes” e “ingerir bebida alcoólica em excesso”.

A trajetória metodológica mostrou-se apropriada e as técnicas de persuasão que subsidiaram a construção das mensagens contidas nos CD-ROM, apesar de não terem deslocado a maioria das crenças, causaram impacto favorável em muitas situações consideradas difíceis de ser desacomodadas dentro do sistema de crenças, fato identificado pela riqueza dos relatos dos participantes. Acreditamos que esse CD-ROM possa contribuir com os profissionais da área de saúde como coadjuvante, como um elemento que pode auxiliar na adesão de comportamentos saudáveis, uma vez que ele poderá ser utilizado em postos de saúde, hospitais, ambulatórios, consultórios como um recurso estratégico auxiliar durante o tempo de espera dos pacientes ou ser inserido nas consultas de enfermagem, em programas de reabilitação cardíaca.

A hipótese H1, ou seja, a comunicação persuasiva ser capaz de modificar crenças a respeito dos comportamentos de risco dos indivíduos com risco para desenvolver DAC e a hipótese H2, ou seja, a comunicação persuasiva ser capaz de deslocar crenças situadas na periferia do sistema de crenças de indivíduos pesquisados foram confirmadas.

Uma vez que a enfermagem possui um forte componente educativo implícito ou explícito, permeando a maioria das atividades profissionais que desempenha (assistência, administração, ensino, pesquisa e extensão), consideramos oportuna a aplicação de técnicas comunicacionais na prática clínica.

Embora já possuíssemos experiência com o referencial de crenças de Rokeach (1981), mais uma vez ele mostrou-se oportuno para explicar a dificuldade em se obter a adesão dos usuários às recomendações terapêuticas.

O presente trabalho possibilita o resgate de um compromisso profissional da pesquisadora, uma vez que os dados apresentados e discutidos sinalizam para a necessidade premente de intervenções adicionais, uma vez que a amostra estudada mostrou parâmetros de risco para muitos problemas cardiovasculares.

A persuasão, que em muitas situações vem sendo usada nas propagandas, mostrou-se oportuna para subsidiar reestruturações de comportamentos de não-adesão de propostas de vida saudáveis. O referencial de Crenças de Rokeach (1981) mostrou-se oportuno para explicar a dificuldade em se obter a adesão dos usuários para as recomendações terapêuticas. Gostaríamos de ressaltar que o tempo de exposição da intervenção constituiu-se um fator limitante para a consolidação das alterações das crenças.

Consideramos a persuasão uma importante estratégia para auxiliar os profissionais da área de saúde a influenciar no deslocamento das crenças.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicol. USP**, v. 13, n. 1, p.215-243, 2002.

ARISTÓTELES. Arte retórica. In: _____. **Retórica**. 1. ed. Espanha: Alianza Editorial, 1999. cap. 2, p. 23-54.

ARREGUY-SENA, C.; GOMES, E. A.; RESENDE, F.C. A. A sistematização da assistência de enfermagem na consulta de enfermagem para interrupção do uso do tabaco: subsidiando a construção da justiça social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55, 2003, Rio de Janeiro. **Anais Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Rio de Janeiro: Editora, 2003.p 34.

ARREGUY-SENA, C.; HENRIQUES, M. D. G. Crenças de mulheres com vida sexual ativa na escolha ou não de métodos contraceptivos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.79-94, abr. 2003.

BARRETO, S. A. J.; CYRILLO, D. C. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo na década de 1990. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 52-59, 1990.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento n. 1.

BELLENGER, L. A persuasão: da eloquência ao condicionamento psicolingüístico. In: _____. **A persuasão e suas técnicas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. cap. 1, p. 13-33.

BERTOLAMI, M. C. et al. Perfil lipídico de funcionários de indústria metalúrgica e sua relação com outros fatores de risco. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 3, n. 60, p. 293-299, 1993.

BLANCO, B.; BONVECCHIO, A.; TRAK, M. Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios del venozolano: publicitemos los alimentos com ética. **An. venez. Nutr.**, v. 1, n. 10, p. 44-57, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Preciso deixar de fumar... me ajuda?** 1999. 18p.

BRAUNWALD, E. Infarto agudo do miocárdio. In: _____. **Tratado de medicina cardiovascular**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 1991. v. 2, cap. 38, p. 1281-1354.

BRETON, P. **A argumentação na comunicação**. Bauru: Edusc, 1999. 188 p.
CARLINI-COTRIM, B.; CHASIN, A. A. M. Blood alcohol content and deaths from fatal injury: a study in the metropolitan área of São Paulo, Brazil. **Psychoactive Drugs**, v. 33, p. 269-275, 2000.

CARVALHO, J. S. M.; BARUZZI, R. G.; HOWARD, P. F. Blood pressure in four remote population in the Intersalt study. **Hypertension**, v. 8, p. 170-173, 1989. Suplemento n. 1.

CERVATO, A. M. et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 227-235, 1997.

CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V. Sódio e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, v. 28, n. 3, p. 97-101, maio 2002.

CITELLI, A. **Linguagem e persuasão**. São Paulo: Ática, 2000. 77 p.

COELEI, C. M.; FERREIRA, L. G. F. D.; DRBAL, M. M. et al. Mortalidade de idosos por *diabetes mellitus* como causa básica associada. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 135-140, 2002.

COLOMBO, R. C. R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto do miocárdio**. 1995, 164 p. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

CONOVER, U. J. **Practical nonparametrical statistics**. New York: John Wiley, 1996, 128 p.

CONTE, D.; FEIGES, M. A **Persuator: persuasão e influência**, Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2000, 192 p.

COOK, T. D.; CAMPBELL, D. P. Quasi-experiments: nonequivalent control group designs. In: _____. **Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings**. Boston: Houghton Mifflin Company, 1979. cap. 3, p. 95-145.

CORREA, P. C. R. P. Tabagismo, hipertensão e diabetes: reflexões. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, v. 29, n. 1, p. 19-23, 2003.

DAHL, L. K. Salt and hypertension. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 25, p. 231-244, 1972.

DANTAS, R. A. S. **O perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de campo de saúde**. 1996, 158 p. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

DEA JÚNIOR, I.; IBSEN, W. D. **Avaliação da frequência cardíaca, da pressão arterial e do volume expiratório, pré e pós-atividade física aeróbica, num grupo de indivíduos expostos à população atmosférica no Parque do Ibirapuera em São Paulo**. 2003, 93 p. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2003.

DEFLEUR, M. L.; BALL-ROKEACH, S. Etapas da evolução da comunicação humana, In: _____. **Teorias da comunicação de massa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. cap. 1, p. 17-60.

DEFLEUR, M. L.; BALL-ROKEACH, S. Estratégias teóricas para a persuasão. In: _____. **Teorias da comunicação de massa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. cap. 10, p. 290-312.

DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde**: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular. 1995, 275 p. Tese (Doutorado)–Universidade Brasília, Brasília, 1995.

DIRETRIZES BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E DEIRESTRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE DO DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **Arq. Bras. Cardiol.** v. 77, supl 3, nov, p. 47.2001.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002., SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBH), DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo, Campos do Jordão 1 a 3 fev. 2002, p. 1-40.

FAGESTRÖM, K. O. Measuring degree of physu]ucak dependence to tobacco smoling with reference to individualization of treatment. **Addic Behav**, v. 3, p. 235-241, 1979.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: standartized methodology. In: HURLEY, M. E. (Ed.). Classification of nursing diagnoses. **Proceedings of the Sixth Conference of the North American Nursing Diagnosis Association**. St. Louis: Mosby, 1986, p. 183-190.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. Symposium on validation models: the fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). Classification of nursing diagnoses. **Proceedings of the Tenth Conference the North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1992, p. 55-62.

FERREIRA, C.; CARNEIRO, M. T. R. C. **Prevenção das doenças do coração: fatores de risco.** São Paulo: Ateneu, 1999. 66 p.

FISHBEIN, M. **The relations between beliefs about an object and the attitude toward the object.** Readings in Attitude Theory and Measurement: New York: Wiley, 389-400, 1967.

MONEGO, E.T. Ingestão de sódio, potássio, cálcio e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C.C. **Doenças do coração prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1ª ed, 1998, cap. 20, p. 119-120.

FOTHERINGHAM, W. **Perspectives on persuasion.** Boston: Allyn and Bacon, 1966, 196 p.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Frequência de ingestão alimentar e desenvolvimento de obesidade e diabetes mellitus. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 19, n. 1, p. 32-42, 2003.

FREITAS, O. E. M. **A busca do fator persuasivo na publicidade impressa.** 2000. 168 p. Tese (Doutorado em Comunicação)—Escola de Comunicação e Artes (ECA), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FUSHS et al. Adesão ao tratamento. **Rev. Bras. Clin. Terap.** v. 17, n 2,, p. 83-87, 1997.

GAZAL-CARVALHO, C. et al. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2002.

GAZOLA, V. A. F. G.; BAZOTTE, R. B.; SOUZA, S. V. Atividade física no tratamento de portadores de *diabetes mellitus*. **Arq. Ciências Saúde**, v. 4, n. 1, p. 25-32, jan./abr. 2001.

GIANNOTTI, A. Stress psicológico: ambigüidade conceitual e fator de risco coronário. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v 3, n. 5, p 7-9, 1993. Suplemento A.

GOMES, N. D. **Formas persuasivas de comunicação política**: propaganda política e publicidade eleitoral. 2. ed. Porto Alegre: EDIPCRS, 2001. 135 p.

GOMES, E. A. et al. Disponibilização da consulta de enfermagem para interrupção do uso do tabaco: subsidiando a construção da justiça social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55. 2003, Rio de Janeiro. **Anais**, Rio de Janeiro, 2003.

GOTTO, E.; PHIL, A. F.; FARMER, R. B. Fatores de risco para coronariopatia. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 1991. v. 2, cap. 36, p. 1208-1240.

GUIMARÃES, G. V.; BACAL, F.; BOCCHI, E. A. Reabilitação e condicionamento físico após transplante cardíaco. **Rev. Bras. Med. Esp.**, v. 5, n. 4, p. 144-146, 1999.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 333 p.

HUISMAN, D. **Le dire et faire**. Paris: Sedes, 1983, 165 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa sobre padrões de vida, 1996-1997**. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE/CDDI. 1 CD-ROM

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1997-2001. PPV aprofunda investigação sobre indicadores sociais. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 22 jan. 2004.

IOCHIDA, L. C. Diagnóstico e tratamento ambulatorial do *diabetes mellitus*. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 29-35, 2003.

IRVING, J. et al. **Personality and persuasibility**. New Haven, Yale University Press, 1959.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 558-563, set./out. 1996.

KANNEL, W. B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. **JAMA**, n. 273, p. 1571-1576, 1996.

KANNEL, W.B.; McGEE, D.; GORDON, T.A A general cardiovascular risk profile: th Framingham study. **Am. J. Cardiol.**, v. 38, p. 46-51, 1976.

KULLER, L. H. Álcool e doença cardiovascular. In: AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Compêndio de cardiologia preventiva: 3**, São Paulo, Editora de Publicações Científicas, 1997, p. 246-252.

LARANJEIRA, R.; PILLON, S.; DUNN, J. Environmental tobacco smoke exposure among non-smoking waiters: measurement of expired carbon monoxide levels. São Paulo. **Med. J. Rev. Paul. Méd.**, v. 4, n. 118, p. 89-92, 2000.

LASSWELL, H. D. **A estrutura e a função da comunicação na sociedade**. São Paulo: Nacional, 1978. 132 p.

LEFÈVRE, F. Saúde, mídia e reificação. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1995. cap. 3, p. 138-48.

LIPP, M. N. et al. **Como enfrentar o estresse**. 3. ed. São Paulo: Icone, 1990. 145 p.

LITTLEJHON, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 410 p.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 541-547, 1996.

LUEPKER, V. R. Epidemiologia das enfermidades ateroscleróticas em grupos populacionais. In: AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Compêndio de cardiologia preventiva**: 3, São Paulo: Editora Publicações Científicas, 1997. p. 143-57.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. The brazilian cooperative group on the study of diabetes prevalence: multicenter study of prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. **Diabetes Care**, v. 15, p. 1509-1515, 1992.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998. 2259 p.

MION-JR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**: convencendo o paciente a reduzir o risco. São Paulo: Lemos, 2002. 192 p.

MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERN, A.; MATOS, A. F. G.; SUPLICY, H. L. **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 2001, p. 15-30.

MONTEIRO JUNIOR, F. C. Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, v. 29, n. 1, p. 40-44, 2003.

MOYA DE SIFONTES, M. Z.; DEHOLLAIN, P. L. Efecto de los medios de comunicación social en la adquisición de alimentos a nível familiar. **Arch. Latinoam. Nutr.**, v. 1, n. 36, p. 166-86, 1996.

NICOLAU, J. C.; NOGUEIRA, C.; MAIA, L. N.; RAMIRES, J. A. F. Evolução dos níveis de colesterol na população adulta de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 6, n. 4, p. 527-536, 1998.

OKOSCHI, M. P. et al. Hipertensão arterial sistêmica, diagnóstico, evolução e tratamento. **Rev. Bras. Clin Terap.** v. 27, n 6, p. 228-234, 2001.

OLERON, P. **L'argumentation**. Paris: Press Universitaires de France, 1983. 65 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disability prevention and rehabilitation. A guide for strengthening the basic nursing curriculum. Genebra, 1998.

PUDDEY, I. B.; BEILIN, L. J.; VANDOGEN, R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects: a randomized controlled trial. **Lancet**, v.223, n. 1, p. 647-651, 1985.

RAMAN, K.; MAAS, J. Estratégias e táticas de mídia. In: _____. **Como fazer sua propaganda funcionar**. São Paulo: Nobel, 1994. cap. 8, p. 87-99.

RAMOS, M. C. Saúde, novas tecnologias e políticas públicas. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1995. cap. 2, p. 51-66.

REBOUL, O. **Introdução à retórica**. (Trad.: Benedetti, I. C.). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 275 p.

REYZÁBAL, M. V. **A comunicação oral e sua didática**. Bauru: EDUSC, 1993. 355 p.

ROEHM, M. L.; STERNTHAL, B. The moderating effect of knowledge and resources on the persuasive impact of analogies. **Journal Consumer Research**, v. 28, n. 2, p. 257-271, 2001.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores, uma teoria de organização e mudança**. Rio de Janeiro: Interciência, 1981. 178 p.

ROSENSTOK, I.M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Educ. Monogr.**, v. 2, n. 4, p.354-387, 1974.

SANTELLO, J. A. F.; KRASILSIC, S.; MION-JR, D. O papel da hipertensão arterial na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 575-578, 1996.

SARTONELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, p. S29-S36, 2003. Suplemento n.1.

SERRA, G. M. A. **Saúde e nutrição na adolescência**: o discurso sobre dietas na revista Capricho, 2001. 136 p. Dissertação (Mestrado)—Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, M. A. D. **Quem ama não adoecer**: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. 9. ed. São Paulo: Best Seller, 1994.

SILVA, M. A. D.; SOUSA, A G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para o infarto do miocárdio no Brasil, estudo fricas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

STUCHI, R. A. G. **Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco**. 1999. 155 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades cooronarias. In: CONGRESSO DE LA SOCIEDAD CUBANA DE ENFERMERIA, 9., COLOQUIO INTERNAVIONAL DE INVESTIGACIÓN EM ENFERMERÍA, 1., 2000, Habana, Cuba. **Anais Congresso de la socieda cubana de enfermeria.** Habana, Cuba. Habana Editora Cubana; 2000. p. 60. Em cd-rom.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. Crenças dos portadores de doença coronariana sobre ingerir alimentos ricos em gordura e exame do colesterol. In: CONGRESSO DA SOCESP, 23., JORNADA DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA, 19., 2002 Campos dos Jordão. **Anais Jornada de enfermagem em cardiologia (SOCESP)** Campos do Jordão, 2002. p. 76.

STUCHI, R. A. G.; ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. A utilização dos escore de risco pela enfermagem para auxiliar na prevenção de doença aterosclerótica coronariana. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 13, n. 2, mar./abr. 2003. p. 86. Suplemento B.

TAMAYO, A.; CAMPOS, A. P. M.; MATOS, D. R. A influência da atividade física regular sobre o auto conceito. **Estud. Psicol.**, v. 6, n. 2, p. 157-165, 2001.

YUNES, R. C. Mudanças no cenário econômico. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde Brasil**. 2. ed São Paulo: Hucitec, 2000. p. 33-60.

WILLIAMS, B. et al. **International profiles: alcohol and other drugs**. Toronto: Addiction Reseach Foudation, World Health Organization, 2002.

WILSON, P. W. et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**, n. 97, p. 1837-1847, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: prevening, and managing the global epidemic**. Report of WHO consultation on obesity. 1998.

ANEXOS

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós Informado destinado a participantes

Eu (nome em letra de forma),RG N: concordo em participar como voluntário(a) da pesquisa cujo título provisório é “A persuasão como estratégia de deslocamento das crenças dos comportamentos de risco para doença coronariana e com risco para desenvolver doença arterial coronariana” que tem como objetivo: incentivar as pessoas a adotarem comportamentos que as auxiliem na prevenção do aparecimento do infarto, usando de um material educativo contido num cd-rom.

- a minha participação consistirá em:

- conceder três entrevistas sendo que o registro de minhas respostas será realizado pela pesquisadora antes e após eu ver um cd-rom produzido por ela.
- permitir que sejam coletados duas amostras de sangue pela pesquisadora (antes da primeira entrevista e após a terceira entrevista) em local(is) de minha preferência previamente definido por mim.
- assistir a um cd-rom que foi produzido pela pesquisadora durante um período de cinco dias e de duração de 15 minutos por dia em local e horário de minha preferência.
- permitir que sejam verificados: a minha pressão, o meu peso, minha altura, a medida da largura do meu braço e da minha cintura.

Estou ciente de que:

- terei os esclarecimentos antes e durante o período de realização da pesquisa sendo que, qualquer informação que eu solicitar me será fornecida no momento em que eu achar necessário;
- as respostas que eu fornecer serão anônimas, ou seja não haverá possibilidade de que eu seja identificado (a);
- terei o direito de parar de participar da pesquisa, em qualquer momento que achar conveniente, sem que isso corresponda a nenhuma despesa ou prejuízo para mim;
- os dados obtidos nessa pesquisa poderão ser usados para publicações e/ou apresentação em revistas, eventos científicos.
- terei coletado 10 ml de sangue de uma de minhas veias, durante a primeira e a terceira entrevista. Os materiais usados nesse procedimento: seringas, agulhas e luvas todos descartáveis. Será feita a limpeza da minha pele com algodão embebido em álcool a 70% no local em que a agulha for introduzida e

comprimido o local para evitar sangramento. O sangue coletado será para medir a taxa do colesterol e açúcar no meu sangue.

- não terei nenhum gasto financeiro durante a minha participação nesta pesquisa, sendo que qualquer custo ficará a cargo da pesquisadora.

- os gastos com materiais e com equipamentos serão da pesquisadora

- poderei conhecer e consultar os resultados dessa pesquisa no local em que ela for divulgada e com a própria pesquisadora

De acordo com a resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, a minha assinatura abaixo revela minha concordância em participar da presente pesquisa.

..... de de

Assinatura do participante Rosamary A G Stuchi

pesquisadora - Tef. 38-35317389

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ **RG;** _____ concordo em participar da pesquisa, cujo objetivo é avaliar o quanto um material didático pedagógico é capaz de deslocar as crenças nos comportamentos de risco para doença coronariana. Sei que a minha participação consistirá em dar minha opinião sobre o conteúdo do CD-ROM.

Para tanto, terei assegurado o meu anonimato, embora forneça dados sobre minha formação profissional. Também não terei nenhum ônus referente a minha participação.

Assinatura do participante:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Data:.....

Anexo 2 : Instrumento de validação do conteúdo do CD-ROM

Dados de identificação dos participantes:

Profissão:_____

Titulação: () mestrado () doutorado () outros especificar_____

Tempo de experiência Profissional (anos)_____

Área de atuação profissional: () docência () assistência

() outros especificar:_____ artigos publicado/tematica:_____ -

Instruções

Prezado colega, estamos realizando um estudo para avaliar o quanto um material didático pedagógico formatado em cd-rom e baseado na teoria de persuasão de Fotheringham é capaz de deslocar as crenças que favorecem a não adesão para a adesão de comportamentos de proteção dos indivíduos com risco para desenvolver doença coronariana. Por isso gostaríamos que desse a sua opinião sobre o conteúdo desse cd-rom.

Os itens deste questionário contemplam o uso de escalas de avaliação com 5 espaços para você colocar sua resposta. A maneira correta de responder será marcar com um X no espaço que melhor descrever sua opinião sobre cada questão. É necessário que cada questão contenha **apenas uma** resposta.

1) O conteúdo do CD-ROM contempla os comportamentos de risco para doença coronariana:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

2) A organização do cd-rom pôr assunto obedece a uma seqüência lógica:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

3) O vocabulário do conteúdo do cd-rom está adequado para o público alvo:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

4) Os conceitos e termos utilizados no texto escrito contidos no cd –rom estão corretos:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

5) O conteúdo do cd-rom atende ao objetivo do estudo:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

6) As mensagens são de fácil compreensão, claras e concisas:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

7)As figuras ilustrativas estão adequadas ao texto:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

8) A animação das figuras não desviam a atenção do público alvo de forma a provocar a distração:

1	2	3	4	5
CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO EM PARTE	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO PLENAMENTE

9) A quantidade de mensagem em cada tela está apropriada

1	2	3	4	5
CONCORDO	CONCORDO	NÃO TENHO	DISCORDO	DISCORDO
PLENAMENTE	EM PARTE	OPINIÃO	EM PARTE	PLENAMENTE

10) As referencias bibliográficas são atuais

1	2	3	4	5
CONCORDO	CONCORDO	NÃO TENHO	DISCORDO	DISCORDO
PLENAMENTE	EM PARTE	OPINIÃO	EM PARTE	PLENAMENTE

Anexo 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

N. entrevista: _____

Sujeito n. _____ Sexo: () feminino Masculino ()

Parâmetro lipídico: colesterol total: _____ LDL-c: _____ HDL-c: _____

ESCORES		
IDADE	HOMENS	MULHERES
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
Colesterol total		
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥280	3	3
HDL-C		
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-1	-3
PAS PAD		
<120 <80	0	-3
120-129 80-84	0	0
130-139 85-89	1	0
140-159 90-99	2	2
>160 >100	3	3

DIABETES		
SIM ()	2	4
NÃO ()	0	0

FUMO		
SIM ()	2	2
NÃO ()	0	0

SOMA TOTAL DOS ESCORES: _____

Identificar o risco absoluto com base no escore obtido

HOMENS																
ESCORE	≤															
	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
RISCO																≥
DAC EM	2	3	3	4	5	7	8	10	13	16	20	25	31	37	45	53
10	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ANOS																

MULHERES																			
ESC	≤																		
OR	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
E																			17
RISCO	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	10	11	13	15	18	20	24
DAC	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	≥27
EM 10																			%
ANOS																			

Anexo 2 - Instrumento de coleta de dados

Dados de identificação

Sujeito n.: _____ Exposição ao CD: 1 – 2 – 3 – 4

Entrevista n. 1 () data: _____ 2 () data: _____ 3 () data: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Grau instrução: _____ cor: _____

Renda familiar em n. de salários mínimos: _____

Área demográfica – cidade – () A () B () C () D

Antecedentes pessoais de doença (DM, IAM, ICC, Colesterolemia, tabagismo etc.): _____

Antecedentes familiares de doença (cardiovascular, DM, etc):

Faz algum tipo de tratamento:

Faz uso de algum tipo de medicamento atualmente (descrever):

Peso: altura: IMC:

Circunferência do braço: PA:

Circunferência abdominal:

Em sua vida cotidiana você é uma pessoa que:

1) Você pratica algum tipo de exercício físico? Especificar/frequência

O que leva você a realizar exercício físico?

O que leva você a não realizar exercício físico?

Você acredita que realizar exercício físico pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional/ ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você? Há quanto tempo você acredita nisso?

2) Você controla seu peso corporal? frequência

O que levou você a realizar controle do peso corporal?

O que leva você a não realizar controle do peso corporal?

Você acredita que realizar o controle do peso corporal pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

3) Você costuma controlar a sua pressão arterial elevada? Especificar/como controla? frequência

O que leva você a verificar a pressão arterial?

O que leva você a não verificar a pressão arterial?

Você acredita que realizar o controle da pressão arterial pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

4) Você é fumante? frequência.

O que levou você a fumar?

O que levou você a não fumar?

Você acredita que fumar pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

5) Você ingeri bebida alcoólica? Especificar a frequência.

O que leva você a ingerir bebida alcóolica?

O que leva você a não ingerir bebida alcóolica?

Você acredita que o fato de você ingerir bebida alcóolica pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

6) Você ingere alimentos ricos em gordura ? Frequência. Porque.

Você realiza exame do colesterol sanguíneo? Frequência. Porque.

Você acredita que ingerir alimentos ricos em gordura em excesso pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você? Há quanto tempo você acredita nisso?

7) Você se considera uma pessoa estressada? Porque?

Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir o estresse?

O que leva você a não realizar alguma coisa que faça diminuir o estresse?

Você acredita que estresse pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

08) Como tem sido preparados os alimentos em sua casa com relação a quantidade de sal?

Em sua casa existe um controle na utilização do sal no preparo dos alimentos/porque?

O que leva você a não realizar esse controle o uso do sal nos alimentos?

Você acredita que o sal pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional/veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

09) Você costuma separar um horário do dia para você relaxar/

O que levou você a realizar isso?

O que leva você a não separar um horário no dia para relaxar?

Você acredita que o fato de separar um horário durante o dia para relaxar pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

10) Como é a sua alimentação com relação a ingestão de açúcar? Frequência?

você acha necessário as pessoas controlarem a ingestão de alimentos ricos em açúcar? Por que.

Você acredita que o açúcar pode interferir no controle ou prevenção de doença? Por que?

Onde você obteve informações sobre esse assunto? Especificar.

O que você pensa desta pessoa/profissional ou veículo onde você obteve essas informações?

O que ela representa para você?

Há quanto tempo você acredita nisso?

11) Você passou por algum tipo de situações listadas abaixo, neste último ano?

Escala de Holmes-Rahe para avaliação do estresse

Acontecimentos	n. pontos
() Morte do cônjuge	100
() Divórcio/separação	73
() Ser preso	63
() Morte de pessoa querida da família	63
() Ferimento ou doença pessoal grave	53
() casamento	50
() demissão do emprego	47
() reconciliação com cônjuge	45
() aposentadoria	45
() doença grave em pessoa da família	45
() gravidez	40
() dificuldades sexuais	39
() Dificuldades sexuais	39
() Chegada de novo membro à família	39
() Adaptação a novo emprego ou negócio	39
() alteração da situação financeira	38
() morte de amigo (a) querido (a)	37

Continua

Escala de Holmes-Rahe para avaliação do estresse

	continuação
() mudança para outra área de trabalho	36
() variação na frequência de discussões com o cônjuge	35
() dívidas/problemas financeiros	31
() mudança de responsabilidade no emprego	29
() filho (a) saindo de casa	29
() dificuldades com os sogros	29
() façanha pessoal incomum	28
() cônjuge começa ou pára de trabalhar	26
() início ou término de estudos escolares	26
() alterações nas condições de vida	25
() revisão de hábitos pessoais	24
() dificuldade com o chefe	23
() mudança nas condições ou horário de trabalho	20
() mudança de escola	20
() mudança de tipo de lazer	19
() mudança de atividades sociais	18
() alteração nos hábitos de dormir	16
() alteração nos hábitos de comer	15
() férias	13
() natal	12
() transgressões (não graves) da lei	11
Total de pontos	

APÊNDICE

**ESTÃO REPRESENTADAS, ALGUMAS TELAS ILUSTRATIVA DO CD-ROM QUE
EXEMPLIFICAM UM DOS COMPORTAMENTOS (FUMAR)**