

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa embasou-se na premissa em Psicologia Social de que para promover mudanças comportamentais em saúde é necessário conhecer as crenças (positivas ou não) contidas na interpretação que o paciente fará a respeito do seu tratamento, além de verificar a força e a fonte da pressão social percebida por ele para que para concorde com as recomendações médicas. Neste estudo, utilizou-se a Teoria da Ação Racional - TAR, de M. Fishbein (1975), referenciada há mais de 25 anos no estudo do comportamento humano em saúde coletiva. Esta teoria pressupõe que o comportamento humano está sob controle da vontade pessoal, e, portanto o indivíduo poderia mudá-lo raciocinando sobre o que o leva a agir de determinada forma. Identificar e mensurar como são discernidas as vantagens e desvantagens em aderir a um tratamento médico proporcionaria maior êxito nas estratégias de intervenção em saúde coletiva, abordando pontos importantes não revelados pelos pacientes em um atendimento clínico usual, mas que influem na sua aderência terapêutica.

A hipertensão arterial é desencadeada ou agravada pelo estresse crônico – caracterizado por medo, raiva, ansiedade e frustração – e para enfrentá-lo os grupos sociais recorrem cada vez mais ao alcoolismo, à violência, mas também à adesão a religiões como solução para seus problemas de saúde, principalmente quando a causa da doença está nas angústias sofridas individualmente (LIMA, MATOS & CAMARANO, 2006; MORAES ET AL, 2003). A última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE/PNAD 2003, a este respeito, incluiu no seu levantamento o número de pessoas que buscaram “tratamentos alternativos de saúde” (centro espírita, curandeira, rezadeira, curiosa, benzedor, pai-de-santo, entidade espírita e similares) nas últimas duas semanas anteriores à entrevista (IBGE, 2006).

O controle da hipertensão é obtido através do uso de fármacos, porém os transtornos emocionais e o estresse psicossocial não ficam confrontados de maneira satisfatória. Insegurança quanto a emprego, trabalho e renda aumenta os efeitos da ansiedade e deprimem a saúde mental, acarretando doenças cardíacas e circulatórias (CATANZARO ET AL, 2007). A doença, por suas características de alta responsividade ao estado emocional, é incitada também por problemas socioeconômicos de conseqüências diretas e graves para indivíduos. Os “fatores biológicos” não explicam suficientemente este fato (LIMA, MATOS & CAMARANO, 2006). A OMS (2004) reconhece e recomenda também o levantamento das causas sociais que prognosticam a doença e admite, dentre outros fatores sociais interferentes, o poder deletério das dificuldades para adquirir educação formal, dos níveis elevados de estresse psicossocial e o padrão de saúde mental.

No Brasil, o número de casos aumentou sensivelmente nos últimos vinte anos, elevando os custos para o sistema público de saúde. Atualmente é a segunda doença crônica mais freqüente no país, mais comum entre aqueles de menor escolaridade, renda, entre pardos ou negros, e mulheres (IBGE, 2003; IBGE, 2001).

Analogamente observou-se que o nível de renda e a situação social da comunidade onde vive um indivíduo é um preditor mais seguro do risco individual para acidente vascular cerebral que os exames preventivos solicitados pelos médicos (MORAES, 2003). Verificou-se também que a hipertensão é mais freqüente entre mulheres, os grupos de pouca escolaridade e menor renda e de cor negra ou parda, não só no Brasil mas também nos EUA, Canadá, Holanda, Austrália e Nova Zelândia. O aumento da incidência da hipertensão coincide com o realce dos sinais sociais da pós-modernidade, que continuam vigorando, numa forte indicação da determinação social da doença

Religião, espiritualidade e saúde são tópicos cujas correlações têm sido estudadas com frequência maior e recente, buscando verificar se pessoas religiosas são mais saudáveis (CATANZARO ET AL, 2007; GEORGE, 2002). Religiões judaico-cristãs estão sendo especificamente estudadas quanto aos seus efeitos nas doenças dos sistemas cardiovascular, imunológico e endócrino (CATANZARO ET AL, 2007; GILLIUM & INGRAM, 2006; POWELL, SHAHABI & THORENSEN, 2003). Exercícios de meditação e respiração também são estudados nos seus resultados sobre a hipertensão, como terapias alternativas (GEORGE, 2002; GILLIUM & INGRAM, 2006). Até o momento, na literatura científica, afirma-se que não há base empírica comprovando que a religiosidade efetivamente está associada a resultados benéficos à saúde, e que maiores estudos são necessários<sup>13</sup>. Para esta finalidade contribui o presente trabalho.

Distinguir as crenças, influências e estratégias utilizadas pelas camadas sociais mais baixas para enfrentar os estressores crônicos atrelados à hipertensão arterial seria vantajoso na elaboração de melhores estratégias em PSF para adesão terapêutica e mesmo prevenção da patologia, porque se utilizaria o peso do conhecimento sócio-cultural das coletividades onde atuará o serviço público de saúde. De acordo com Cotta<sup>3</sup> o PSF é imprescindível na promoção da adesão terapêutica contra a hipertensão.

Tal levantamento é subestimado e ainda pouco empregado no Brasil, ao contrário do que vem ocorrendo em outros países, e suprir esta necessidade é a participação pretendida por este trabalho.

## **MÉTODOS**

Aplicaram-se aleatoriamente 123 entrevistas abertas durante os meses de agosto e setembro de 2007 no Centro de Controle e Tratamento da Hipertensão da Prefeitura Municipal de João Pessoa, no bairro do Castelo Branco. O critério de inclusão foi o de que os entrevistados apresentassem apenas a hipertensão como enfermidade que justificava a procura pelo Centro. Elaboraram-se 12 perguntas dentro das orientações da Teoria da Ação Racional, de Martin Fishbein (1975). Tais perguntas visavam provocar nos entrevistados respostas espontâneas, que eram anotadas pelos entrevistadores exatamente como proferidas. As primeiras idéias que vêm à mente de um entrevistado ocorrem em número de 5 a 9, por incapacidade de o cérebro registrar mais que esta quantidade de informações. As respostas não foram influenciadas pelos entrevistadores porque se utilizou a técnica, também recomendada por Fishbein, de apenas repetir as perguntas, com as mesmas palavras, aguardando-se as primeiras idéias eliciadas (saídas automaticamente).

Os entrevistadores vestiram-se como os pacientes, sem qualquer indicador de participação na equipe de saúde, abordando-os na fila de espera ou na saída do Centro.

De acordo com a Teoria da Ação Racional, a primeira etapa do trabalho busca um levantamento qualitativo de crenças e influências percebidas sobre o comportamento-alvo. Verificou-se, neste trabalho, que os comportamentos de tomar a medicação prescrita, retornar ao serviço de saúde e mudar hábitos alimentares foram os mais percebidos, surgindo como resposta às perguntas 1, 2, 4, 5 e 6 da entrevista. As influências foram pesquisadas na pergunta 3.

A teoria recomenda uma amostragem de 40 entrevistas para este levantamento de crenças e influências porque maiores quantidades redundariam no fenômeno da saturação das respostas. Recorreu-se aqui a uma amostragem maior (N = 123) para atender à necessidade de caracterização do perfil sócio-demográfico e quantificação

estatisticamente relevante do recurso à religião como estratégia de enfrentamento: o Centro atende uma média de 400 pacientes hipertensos por mês.

Estas respostas foram classificadas quanto à similaridade das dimensões psicológicas para cada uma das seis primeiras perguntas subjetivas iniciais, obtendo-se as crenças recorrentes expostas adiante na Tabela 1. As perguntas foram elaboradas em linguagem coloquial, estimulando respostas autênticas.

As perguntas 7 a 12 visavam quantificar a religiosidade admitida e a perfilização socioeconômica, constando no fim da entrevista para diminuir o viés da desejabilidade social, onde o entrevistado responderia de acordo com o que supostamente o entrevistador esperava da sua classificação social.

## **RESULTADOS**

De acordo com a Tabela 2, verifica-se a relevância da influência médica sobre os hipertensos, seguida pela dos familiares. A qualidade do atendimento médico e a gratuidade na distribuição dos medicamentos foram citadas como “o que tem de bom em se tratar da hipertensão”. A sensação de controle sobre a enfermidade é um fator importante nas crenças positivas sobre a terapia anti-hipertensiva. O caráter crônico da enfermidade, por sua vez, é um vetor de desânimo, de percepção de falta de habilidade de controle, apropriação e modificação das condições de vida (como dieta, tabagismo, ingestão de álcool, solução de problemas financeiros e familiares) para melhor aderência terapêutica, e foi ainda correlacionado às dificuldades para obedecer à posologia medicamentosa e manter a frequência ao posto de saúde.

No campo dos dados sócio-demográficos, 39% possuíam como escolaridade o curso fundamental incompleto, e 21,14% o nível médio completo. O curso superior (completo ou não) foi atingido por 15,45% da amostra, delineando-se o perfil de 75,59% dos entrevistados. Os analfabetos responderam 6,5% das entrevistas aleatórias. As mulheres formaram a maior parte da amostragem: 74,8%.

A idade dos usuários variou entre 40 e 69 anos (75% dos entrevistados). Os hipertensos com 70 anos ou mais representaram 17% da amostra.

A frequência ao Centro mais comum verificada foi a mensal (65,32% dos hipertensos). A renda familiar média majoritária oscilou entre 1 e 3 salários-mínimos (52,94% dos entrevistados). Curiosamente, famílias com mais de 5 salários-mínimos perfizeram 20,59% das respostas. Este percentual, num levantamento aleatório feito nos prontuários da clientela do Centro, era muito menor (5,7%). A maioria dos usuários (53,5%) mora no próprio bairro do Centro (Castelo Branco, pertencente à classe média baixa).

Verificou-se na Tabela 3 que nenhum homem inativo mesclava a prática de religião formal e alternativa (ou serviços alternativos de saúde, conforme denominação do IBGE). Mas entre os ativos remunerados, a porcentagem foi surpreendentemente maior que entre as mulheres com trabalho pago: 6,4% contra apenas 1,1%. Os serviços alternativos citados foram os de rezadeira, leitura de cartas, centro espírita e terreiro.

Em contraste, mais homens que mulheres ativos remunerados não acreditavam no recurso a religiões formais para tratar de seus problemas de hipertensão (29,0% contra 15,2%).

Mais mulheres que homens inativos buscavam a religião formal para esse fim (44,6% contra 12,9%), e mais homens que mulheres inativas não acreditavam na eficácia da religião como terapia (25,8% dos homens contra 7,6% das mulheres).

Destacou-se o percentual total de pacientes que admitiu procurar religiões alternativas especificamente como tratamento das emoções e da hipertensão: 8,9%.

## DISCUSSÃO

As perguntas números 1 e 4 revelaram a importância para os pacientes da distribuição gratuita dos fármacos nas unidades de saúde pública e da qualidade do serviço prestado como promotores da adesão terapêutica. A relação médico-paciente é reconhecida como um dos principais recursos para obter melhor adesão à terapia da hipertensão arterial em estudos de revisão da literatura científica atualizada<sup>21</sup>. Novamente é validada a conclusão de Cotta (2007) de que o PSF é importante como local de promoção de mudança de hábitos ou estilos de vida para melhoria da saúde dos hipertensos.

As respostas às perguntas números 2, 6 e 8 apontaram para conclusões já recolhidas na literatura onde se sabe que até 60% dos pacientes hipertensos em tratamento não tomam medicamentos adequadamente, e quando a isto se inclui dieta e exercício físico inadequados, o percentual de não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo atinge 2/3 dos doentes (FAÉ et al, 2006). Os hipertensos conhecem pouco a sua doença e usam os medicamentos de forma irregular, da mesma maneira que não mudam seus hábitos alimentares satisfatoriamente. Estas conclusões podem ser corroboradas nos resultados obtidos com as respostas às perguntas 4 e 5.

A terceira pergunta revelou a influência preponderante dos médicos no prognóstico percebido do quadro clínico individual. Esta informação corrobora os resultados da pergunta 1 e revela um dos principais recursos de que dispõem os serviços públicos de saúde para enfrentar a patologia. Os médicos têm mais prestígio que os familiares dos hipertensos, mas a família problemática foi apontada como estressor crônico em 9,54% das entrevistas. Conseqüentemente ratifica-se que problemas familiares e estratégias de enfrentamento das dificuldades sejam reconhecidos como fatores externos na problemática da adesão ao tratamento de doenças crônicas (Saraiva, Santos, Landim & Teixeira, 2007), e que a postura dos familiares do hipertenso seja reconhecida como importante para o êxito da terapia (SARAIVA, SANTOS, LANDIM & TEIXEIRA, 2007; SCWARCWALD & VIACAVA, 2005). Surpreendentemente, no presente estudo, muito mais homens com trabalho remunerado(6,4%) admitiram procurar serviços alternativos de saúde que mulheres(1,1%), o que talvez se deva a preocupações financeiras devidas à faixa etária predominante (40 a 69 anos).

A sexta pergunta, reforçada pelos resultados obtidos com a pergunta 5, mostrou a força das emoções negativas constantes como mantenedoras do quadro hipertensivo: os entrevistados souberam diferenciar entre “estresse” – entendido como pressão e “aperreio” – equivalente no vernáculo nordestino à “mofina, apoquentamento” e que traduz ansiedade, frustração, raiva e medo percebidos de maneira difusa e conjunta. Problemas familiares, dificuldades emocionais individuais e problemas financeiros apresentam-se juntos nas respostas a esta pergunta, formando uma dimensão psicológica que indica a necessidade de construir habilidades de enfrentamento, como também pode se verificar nas respostas à pergunta 8. O pressuposto principal da TAR alerta que a mudança comportamental almejada por ela limita-se a comportamentos-alvo dependentes exclusivamente do controle da vontade pessoal, que o indivíduo poderia subjugar raciocinando sobre o que o leva a agir de determinada forma. Entretanto neste estudo, ao contrário, observou-se que as diferenças nos graus de adesão à terapia anti-hipertensiva estão sob influência de estressores psicossociais que demandam quadros teóricos mais abrangentes para enfrentá-los. A TAR é específica para grupos homogêneos e pequenos de indivíduos, oferecendo assim alta validade

interna. Uma validação externa das conclusões de cada trabalho depende dos resultados obtidos com a repetição dos levantamentos de crenças e influências em outros grupos semelhantes.

O resultado do cruzamento da pergunta 7 com as respostas às perguntas 9, 10 e 11 revelou a utilidade e eficácia da escolha da TAR para verificar com mais acuidade o recurso aos “serviços alternativos de saúde” como efetivamente se dá na população de baixa renda e sua adequação para conseguir o eliciamento de respostas a perguntas como a de número 11 que, como se verificou durante as entrevistas, pode causar surpresa ou constrangimento entre os entrevistados devido ao choque com os dogmas de suas religiões formais. Na amostragem total, 66,7% dos pacientes recorriam a religiões formais para tratar da hipertensão, o que revela a relevância deste aspecto cultural na construção das estratégias de enfrentamento das emoções negativas entre os enfermos de baixa renda. Destes, 59% eram católicos, 35%, evangélicos e 6%, kardecistas. Verificou-se a correspondência que faziam, durante a entrevista, entre o poder da fé e da religião e a vontade de continuar vivendo apesar da doença. Percebeu-se também que aludiam às suas “preocupações” como responsáveis não só pela piora dos seus sintomas, mas também como causa da instalação da hipertensão.

Foi expressivo o montante dos entrevistados que admitiram recorrer aos “serviços alternativos” para tratar das emoções ligadas à hipertensão: 8,2%. Na PNAD 2003 na Paraíba o percentual indicado foi de apenas 1,4% , ainda assim somando os que buscaram por farmácias ou agentes comunitários de saúde. No Brasil, 13,1% desta amostragem do IBGE admitiu haver procurado “serviços alternativos” para tratar da saúde de forma geral. Hipotetiza-se então que a diferença percentual pode ser maior também nacionalmente, pois o questionamento do IBGE inquiria apenas sobre as duas semanas anteriores à entrevista, pressupondo que os motivos e a frequência aos “serviços alternativos de saúde” são similares aos que fundamentam a busca pelo serviço regular público de saúde.

A primeira metade do século XX foi marcada por forte repressão aos cultos afro-brasileiros e por campanhas difamatórias mutuamente dirigidas entre católicos e evangélicos/protestantes. O espiritismo kardecista também enfrentou longo período de preconceito. A intolerância marcou todos os principais agrupamentos religiosos no período, independentemente da classe social.

A segunda metade do século XX mostrou maior modernização das relações sociais na Paraíba, historicamente um dos Estados mais pobres do Brasil. Tal modernização, ainda que marcada pelo golpe de estado e ditadura militar imposta, melhorou o convívio religioso e arrefeceu o preconceito étnico. Entretanto tais condicionantes históricas interagiram com os resultados desta pesquisa: houve baixa citação de recurso a “pais-de-santo e terreiros”, embora a maior parte dos entrevistados residissem no próprio bairro da amostragem, onde este tipo de religiosidade é maior que em vários outros pontos de João Pessoa.

Haver conseguido um resultado estatístico maior de respostas afirmativas quanto à procura dos “serviços alternativos de saúde” demonstrou a eficácia da teoria escolhida e a relevância da correlação proposta entre o controle das emoções na hipertensão com o recurso à religiosidade formal e alternativa entre pacientes de baixa renda atendidos em serviços públicos de saúde.

Catanzaro et al (2007) defendem que os sacerdotes de religiões formais oferecem um tipo de apoio eficaz na promoção da saúde e por custos muito baixos para os serviços públicos. Steinhauer et al (2006) sugerem que perguntar ao paciente sobre sua religiosidade e satisfação com ela pode auxiliar na adesão terapêutica. A mesma postura durante o atendimento médico aos hipertensos, objetivando aumentar o impacto

da terapia, é sugerida por D'Souza (2007). A este respeito, McCauley et al (2005) relataram que 95% dos médicos alegaram ser a falta de tempo durante as consultas o maior obstáculo para discutir este aspecto com seus pacientes. A falta de treinamento específico ocupou o segundo lugar. Curlin et al (2006) apuraram, sobre o levantamento nacional entre 1.144 médicos norte-americanos em 2006, a postura de 45% deles em considerar inapropriado para um médico incluir o tema religião ou espiritualidade em suas consultas; 23% desta amostra afirmaram possuir baixo nível de religiosidade ou espiritualidade pessoal. Em contraste, Hamilton & Levine (2006) constataram, no mesmo ano, que 84% de sua amostragem de 458 pacientes de religiões “neo-pagãs” (não-cristãs) consideravam importante que seus médicos perguntassem sobre as crenças religiosas dos pacientes, e que tal atitude fortaleceria sua confiança e preferência pelo profissional. Huguélet et al (2006) relatam que 93% dos médicos psiquiatras de sua amostra de 100 pacientes esquizofrênicos sentiam-se à vontade para tratar do tópico religião/espiritualidade com estes pacientes, mas só 39% o faziam; apenas 6% seguiam uma religião formal e 4% acreditava que a espiritualidade era importante para a vida diária. Mais de 60% dos esquizofrênicos da amostragem defendiam opinião contrária à de seus médicos a respeito de religião/espiritualidade.

A religião, segundo Texeira (2008) e Koenig (2007) ajuda a enfrentar o estresse e melhora a disposição para enfrentar doenças, sendo inclusive considerada como “fator de proteção epidemiológica” em estudos que verificam seus benefícios para a saúde pública. Ainda segundo Texeira (2008), pessoas mais idosas recorrem mais à religião, e também pessoas que estão enfrentando momentos difíceis em suas vidas. Paiva (2007) alerta, porém, que o enfrentamento religioso ou a cura de uma enfermidade, ou seja, a relação entre religião e cura, é admitida, mas não suficientemente mensurada ou testada.

Religião, espiritualidade e saúde são tópicos cujas correlações têm sido estudadas com frequência maior e recente, buscando verificar se pessoas religiosas são mais saudáveis. As revisões científicas demandam bases empíricas para tal assertiva, que ainda não pode ser feita (HILL & PARGAMENT, 2003; TEXEIRA & LEFÈVRE, 2008). Um número crescente de pesquisas tem buscado evidências na relação cruzada entre religiosidade, saúde mental, física e longevidade (HILL & PARGAMENT, 2003; KOENIG, 2007).

Este estudo conclui que o percentual de pacientes hipertensos atendidos pelo serviço público de saúde e que recorrem a religiões formais e serviços alternativos de saúde como estratégia de enfrentamento das emoções negativas crônicas que compõem o quadro da patologia, à parte da terapia medicamentosa, é expressivo e significativamente maior do que se extrai das pesquisas oficiais na Paraíba, e que tal fato é relevante para a compreensão dos fatores sociais influentes na comunidade onde o serviço público de saúde atua, assim como na elaboração de estratégias promotoras da saúde cardiovascular.

Esta constatação demanda, conseqüentemente, comparações com futuros estudos similares para conclusões quanto a novos recursos e práticas médicas e sociais para controle da hipertensão entre pacientes de baixa renda no Brasil.

Tabela 1 – Crenças e influências sobre o tratamento da hipertensão entre pacientes (N = 123) de acordo com sua situação laboral, recurso à serviços alternativos de saúde e dados sócio-demográficos.

- 
- 1) O que é que tem de agradável no tratamento da pressão alta?
  - 2) O que é que tem de desagradável no tratamento da pressão alta?
  - 3) Que pessoas são importantes para você quando dão opinião sobre a sua pressão?
  - 4) Quantas vezes você vem aqui se tratar?
  - 5) O que você nota que não melhorou muito apesar do tratamento?
  - 6) E o que você acha que ficou melhor depois do tratamento?
  - 7) Você tem algum tipo de trabalho?
  - 8) Que tipos de problemas pioram sua pressão?
  - 9) Além de remédios e dieta, você faz uso da religião e da fé para melhorar sua pressão? Que religião?
  - 10) Esta é a sua religião principal ou é a única?
  - 11) Do ano passado para cá você lembra de ter procurado um tipo de serviço de saúde diferente - como centro espírita, rezadeira, benzedeira, pai-de-santo ou algo assim, tentando controlar seus problemas ou sua pressão?  
( ) Sim. Qual? ( ) Não.
  - 12) Idade..... Sexo..... Bairro.....  
Escolaridade..... Renda da família.....

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba.

Tabela 2 – Crenças positivas, negativas e pessoas de opinião influente quanto à hipertensão arterial entre os usuários do Centro de Controle e Tratamento da Hipertensão da Prefeitura Municipal de João Pessoa - PB. N = 123.

1) *O que tem de agradável no tratamento da H.A.?*

O médico é bom, o atendimento é bom.	26,06%
Ficar tranquilo quanto à saúde, sentir-se seguro.	25,35%
Tomar remédio: faz a gente se sentir bem.	22,53%
Controlar a saúde, a pressão.	18,31%
(Total de 92,45% das crenças positivas eliciadas).	

2) *O que tem de desagradável no tratamento da H.A.?*

Não poder comer o que se quer, comer ensosso.	26,34%
Viver tomando remédio, direto. Saber que não tem cura.	20,49%
Controlar os remédios.	15,61%
Sair de casa para o posto; arranjar tempo para isso; esperar.	13,17%
Tudo é ruim. Tudo é desagradável	7,32%

(Total de 83,0% das crenças negativas eliciadas).

3) *Quem são as pessoas importantes pra você quando dão opinião sobre o assunto?*

O médico	41,36%
Familiares	34,55%
A equipe de saúde	9,95%
Amigos, vizinhos, colegas de trabalho	7,85%
Só eu mesmo	6,28%

(Total de 93,71% das pessoas influentes eliciadas).

4) *O que não melhorou muito, apesar do tratamento?*

O mal-estar (dor de cabeça, sono ruim, cansaço, arritmia).	27,50%
A pressão. Ainda assim, de vez em quando sobe.	26,25%
O controle da pressão, quando esqueço dos remédios ou me aborreço	10,0%
Meus maus hábitos (dieta, fumo, álcool, exercícios)	8,75%

(Total de 72,50% das crenças negativas eliciadas).

5) *E o que melhorou, depois do tratamento?*

O mal-estar (dor de cabeça, sono ruim, cansaço, arritmia).	42,23%
A pressão.	25,24%
O controle da saúde, a tranquilidade quanto ao corpo.	21,36%
Meus hábitos (dieta, fumo, álcool, exercícios).	4,85%

(Total de 93,68% das crenças positivas eliciadas).

6) *O que piora a sua pressão?*

Aperreio (desgosto, raiva, preocupação, notícia ruim, contrariedade).	43,18%
Estresse.	13,64%
Sal, gordura na comida.	12,73%
Problemas familiares	9,54%
Falta de dinheiro.	5,91%
Emoções fortes (boas ou ruins).	4,09%

(Total de 89,09% das crenças eliciadas).

---

Tabela 3– Correlação entre gênero, situação laboral, prática de religião formal e busca por “serviços alternativos de saúde” para tratar dos fatores desencadeantes da hipertensão.

---

Homens (N = 31)	Mulheres (N = 92)
-----------------	-------------------

---

Situação laboral	n	%	n	%
Ativos laboralmente remunerados	19	61,3	42	45,6
Inativos*	12	38,7	50	54,3
Ativos buscando religião formal	10	32,2	27	29,3
Ativos que não buscam religião formal	9	29,0	14	15,2
Inativos buscando religião formal	4	12,9	41	44,6
Inativos que não buscam religião formal	8	25,8	7	7,6
Ativos buscando religião formal e alternativa	2	6,4	1	1,1
Ativos usando apenas religião alternativa	1	3,2	3	3,3
Ativos que não buscam nem religião formal, nem alternativa	8	25,8	13	14,1
Inativos buscando religião formal e alternativa	-	-	4	4,3
Inativos usando apenas religião alternativa	-	-	-	-
Inativos que não buscam nem religião formal, nem alternativa	8	25,8	8	8,7

\* por aposentadoria, licença médica prolongada, desemprego ou atividade de dona-de-casa.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa, R.G.B.; Lima, N.K. da C. 2006. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertensão*; 13(1):35-38.
2. Catanzaro, A.; Meador, K.G.; Koenig, H.G.; Kuchibhatla, M.; Clipp, E. Congregational health ministries: a national study of pastors' views. *Public Health Nurs* 2007;24(1):6-17.
3. Cotta, R.M.M. et al. 2007. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do programa de saúde da família – município de Teixeira, MG. *Rev Cienc Saude Coletiva* ; 6:1-20.

4. Curlin, F.A.; Chin, M.H.; Sellergren, A.S.; Roach, C.J.; Lentos, J.D. 2006. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Medical Care* ; 44:446-453.
5. D'Souza, R. 2007. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Med J Aust* ; 186(10):S57-9.
6. Faé, A.B.; Oliveira, E.R.A. de; Silva, L.T.; Cadê, N.V.; Mezdri, V.A. 2006. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enf UERJ* ; 14(1):32-36.
7. Fishbein, M.; Ajzen, I. 1975. Beliefs, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2003. *PNAD 2003*. [acessado 2006 Dez 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pnad2003>
9. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2001. Tábua de vida. Evolução da mortalidade – 2001 – Brasil. [acessado 2006 Nov 9]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao\\_da\\_mortalidade](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade)
10. George, L.K. 2002. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* ; 13(3):190-200.
11. Gillium, R.F.; Ingram, D.D. 2006. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the third national health and nutrition examination survey. *Psychos Med*; 68:382-85.
12. Hamilton, J.L.; Levine, J.P. 2006. Neo-pagan patients' preferences regarding physician discussion of spirituality. *Fam Med* ; 38(2):83-4.
13. Hill, P.C.; Pargament, K.I. 2003. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality – implications for physical and mental health research. *Am Psych* ; 58(1):64-74.
14. Huguelet, P.; Mohr, S.; Borrás, L.; Gillieron, C.; Brandt, P. 2006. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services*; 57(3):366-372.
15. Koenig, H.G. 2007. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *J Nervous Mental Disease* ; 195(5):389-95.
16. Lima, M.F.C.; Matos, D.L.; Camarano, A.A. 2006. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 9PNAD 1998, 2003). *Rev Cienc Saude Coletiva*;11(4):941-50.
17. Mccauley, J.; Jenckes, M.W.; Tarpley, M.J.; Koenig, H.G.; Yanek, L.R.; Becker, D.M. 2005. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *J Religion Health* ; 44(2):137-46.
18. Moraes, R.S.; Fuchs, F.D.; Moreira, L.B.; Wiehe, M.; Pereira, G.M.; Fuchs, S.C. 2003. Risk Factors for cardiovascular disease in a Brazilian population-based cohort study. *Int J Cardiology*; 90(2-3):205-11.
19. Organização Mundial da Saúde. 2004. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Genève:WHO.
20. Paiva, G.J. de. 2007. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos Psicologia*; 24(1).

21. Powell, L.H.; Shahabi, L.; Thorensen, C.E. 2003. Religion and spirituality – linkages to physical health. *Am Psych*; 58(1):36-52.
22. Saraiva, K.R. de O; Santos, Z.M. de A.S.; Landim, F.L.P.; Teixeira, A.C. 2007. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enf*; 16(2):263-70.
23. Scwarcwald, C.L.; Viacava, F. 2005. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*; 21:S4-S5.
24. Steinhauer K.E.; Voils, C.I.; Clipp, E.C.,; Bosworth, H.B.; Christakis, N.A.; Tulsky, J.A. 2006. Are you at peace?: one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Internal Med*; 166(1):101-05.
25. Texeira, J.J.V.; Lefèvre, F. 2008. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cienc Saude Coletiva*; 13(4): 1247-1256.  
Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400021&lng=pt). doi: 10.1590/S1413-81232008000400021.