

## PERSUASÃO COMO ESTRATÉGIA PARA MODIFICAR AS CRENÇAS NOS COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

### PERSUASION AS A STRATEGY TO MODIFY BELIEFS IN RISK BEHAVIORS RELATED TO CORONARY ARTERIAL DISEASE

### LA PERSUASIÓN COMO ESTRATEGIA PARA MODIFICAR CREENCIAS EN COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Rosamary Aparecida Garcia Stuchi<sup>1</sup>  
Emília Campos de Carvalho<sup>2</sup>

#### RESUMO

Considerando os preceitos da Teoria de Persuasão de Fotheringham e o Sistema de Crenças de Rokeach, buscou-se identificar quanto um material didático pedagógico é capaz de modificar as crenças que favorecem a adoção de comportamentos de prevenção de doença coronariana. Trata-se de um estudo quase-experimental cuja amostra foi de 200 sujeitos: 50% do sexo masculino, idade entre 30 e 73 anos; 34% com hipertensão grau I; 75% com 10% risco para DAC; e 34% com níveis aumentados de colesterol total. Foram emitidas 1 297 crenças nos comportamentos de fumar, ingerir bebida alcoólica, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, estresse, não controlar PA, não controlar o diabetes, ingerir sal e açúcar em excesso, não controlar o peso e não realizar atividades físicas. Dessas, 248 eram referentes a comportamentos envolvidos na determinação de escores de risco para desenvolvimento de doença arterial coronariana, assim distribuídas: crenças do tipo B (36%), D (28%) e E (36%). Para a análise dos dados foi utilizado o teste McNemar ou Binomial e o teste  $\chi^2$ . Após a exposição ao material didático, foram realizadas duas avaliações (pós-teste 1 e pós-teste 2). Os resultados foram estatisticamente significantes para a maioria dos comportamentos considerados, exceto no comportamento de controlar o diabetes e dosagem de glicemia. O referencial de crenças mostrou-se oportuno para explicar a dificuldade de obter adesão às recomendações terapêuticas e de prevenção, bem como a técnica da persuasão válida por maximizar o impacto dos riscos e influenciar o deslocamento de crenças.

**Palavras-chave:** Doença da Arteria Coronariana/terapia; Doença da Arteria Coronariana/psicologia; Doença da Arteria Coronariana/prevenção & controle; Religião e Psicologia; Fatores de Risco.

#### ABSTRACT

The study aims to identify the extent to which didactic-pedagogic material can modify beliefs favoring the adoption of preventive behavior towards coronary artery disease (CAD). The premises of Fotheringham's Persuasion Theory and Rokeach's Beliefs System were taken into account. It is a quasi-experimental study with a sample of 200 participants, half of whom were men. Participants' age ranged from 30 to 73 years. Thirty four percent of the patients had hypertension level I and 75% had a 10% CAD risk. Total cholesterol levels were increased in 34% of the patients. In all, 1,297 beliefs in several behaviors were produced: smoking, alcohol consumption, excessive intake of high-fat food, stress, not controlling blood pressure, not controlling diabetes, excessive salt and sugar intake, not controlling weight and not exercising; of these, 248 were related to behaviors involved in the assessment of risk scores for coronary artery disease, distributed as follows: Type B (36%), D (28%) and E (36%) beliefs. McNemar's Binomial test and chi-square test were used for data analysis. After exposure to didactic material, two assessments took place (post-test 1 and post-test 2). The results concerning most of the behaviors under analysis were statistically significant, except those for diabetes control and blood glucose measurement. The beliefs reference framework was appropriate to explain the difficulty in achieving adherence to therapeutic and preventive recommendations and the persuasion technique was valid to maximize the impact of risks and influence the displacement of beliefs.

**Key words:** Coronary Artery Disease/therapy; Coronary Artery Disease/psychology; Coronary Artery Disease/prevention & control; Religion and Psychology; Risk Factors.

#### RESUMEN

Considerando los preceptos de la Teoría de la Persuasión de Fotheringham y el Sistema de Creencias de Rokeach, se intentó identificar en qué grado un material didáctico pedagógico es capaz de modificar las creencias que favorecen la adopción de comportamientos de prevención de la enfermedad coronaria. Se trata de un estudio casi-experimental cuya muestra incluyó a 200 sujetos, el 50% del sexo masculino, con edad entre 30 y 73 años, el 34% con hipertensión grado I, el 75% con el 10% de riesgo para EAC, el 34% con niveles aumentados de colesterol total. Se emitieron 1297 creencias en los comportamientos de fumar, ingerir bebida alcohólica, ingerir alimentos ricos en grasas, estrés, no controlar PA, no controlar la diabetes, ingerir sal y azúcar en exceso, no controlar el peso y no realizar actividades físicas; entre ellas: 248 se refirieron a comportamientos involucrados en la determinación de scores de riesgo para el desarrollo de enfermedad arterial coronaria, distribuidas así: creencias tipo B (36%), D (28%) y E (36%). Para el análisis de datos se utilizaron el test McNemar o Binomial y el test  $\chi^2$ . Tras la exposición al material didáctico se efectuaron dos evaluaciones (post-test 1; post-test 2). Los resultados fueron estadísticamente significativos para la mayoría de los comportamientos considerados, excepto para el comportamiento de controlar la diabetes y dosaje de glicemia. El referente de creencias se mostró oportuno para explicar la dificultad para obtener adhesión a las recomendaciones terapéuticas y de prevención y la técnica de persuasión válida por maximizar el impacto de los riesgos e influir en el desplazamiento de creencias.

**Palabras clave:** Enfermedad de la Arteria Coronaria/terapia; Enfermedad de la Arteria Coronaria/psicología; Enfermedad de la Arteria Coronaria/prevenición & control; Religióy y Psicología; Factores de Riesgo.

<sup>1</sup> Enfermeira, Professora Doutora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. E-mail: meirestuchi@uol.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Endereço para correspondência: Emília Campos de Carvalho. Av. Bandeirantes, 3900 – CEP 14040-902, Ribeirão Preto-SP. Tel: (16) 3602.3475. E-mail: ecdcava@usp.br.

## INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos têm demonstrado as vantagens da redução dos fatores de risco na prevenção de doenças coronarianas, como também em outras doenças crônicas.<sup>1,2,3</sup> Os fatores de risco estão vinculados ao estilo de vida e aos comportamentos que intensificam os riscos ou desencadeiam a doença coronariana.<sup>4</sup>

O escore de risco de Framingham é um método utilizado em todo o mundo para avaliar o risco de ocorrência de um evento coronariano em dez anos. Nele estão envolvidas as variáveis como sexo, idade (30 a 74 anos), diabetes, tabagismo, pressão arterial, colesterol total, HDL-c; a cada variável é atribuído um escore, e a somatória deles estabelece o grau de risco, que pode variar entre baixo, médio e alto risco.<sup>5-6</sup>

A identificação precoce do risco poderá auxiliar os profissionais da área de saúde a orientar os indivíduos sobre os aspectos preventivos da doença. Sabe-se que as pessoas que possuem comportamentos tais como fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, não controlar o diabetes, ingerir açúcar em excesso, acrescentar sal aos alimentos em excesso e não controlar a pressão arterial favorecem os riscos de um evento cardiovascular.

Portanto, compreender o processo de adesão à terapêutica como 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, tem sido um desafio para a equipe de saúde.

Na área da saúde, várias teorias e modelos têm sido utilizados para explicar como o comportamento pode ser influenciado pelas crenças.<sup>7-9</sup> Em estudo com pacientes coronarianos, observou-se que 30% deles reinternaram-se em menos de três meses, com quadro mais agudo da doença. Ao serem entrevistados, as crenças identificadas apresentaram tendência para a não-adesão. Tal fato reforçou a necessidade de rever as estratégias utilizadas para abordagem de clientela como a estudada, 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, visando reduzir-lhes a vulnerabilidade às DACs.<sup>6</sup> Nesse sentido, consideramos que as crenças que as pessoas têm diante de determinado fenômeno precisam ser incluídas na coleta de dados e consideradas nas intervenções aos pacientes portadores de coronariopatia, quando se pretende utilizar abordagens assertivas.

Neste estudo, adotamos a teoria de Rokeach,<sup>10</sup> que concebe crenças como as emissões que uma pessoa faz sobre si, sobre coisas, sobre pessoas, enfim, sobre a realidade física e social que a cerca. Propomos, também, um sistema de crenças contendo cinco tipos, que variam na dimensão central-periférica, a saber: tipo A (primitiva unânime), Tipo B (primitiva de consenso zero), tipo C (autoridade), Tipo D (derivada) e tipo E (inconseqüente).

Em sua concepção, as crenças formam um arcabouço de estruturação dos comportamentos e das atitudes semelhantes à estrutura de um átomo, sendo a tipo A a mais central, sustentada por um consenso social unânime (acredita-se naquilo que todos acreditam). Em seguida, as originadas de experiências pessoais (tipo B), não sendo compartilhadas com os outros. As de autoridade (tipo C) referem-se às pessoas de referência (positiva ou negativa). As do tipo D são crenças ideológicas, originadas das instituições religiosas ou políticas e derivadas de segunda mão (por exemplo: um livro de história). As crenças do tipo E referem-se às preferências ou questões de gosto e é mais periférica, isto é, mais sensível às mudanças, às alterações ou os deslocamentos.

Cada crença possui um componente cognitivo (representado pelo conhecimento de uma pessoa, variando o grau de convicção sobre o que é falso ou verdadeiro, bom ou ruim, etc.); um afetivo, pois a crença é capaz de provocar afeto de intensidade variada (positiva ou negativa); e um componente comportamental, pois a crença deve levar a alguma ação quando ativada.<sup>10</sup>

Para modificar as crenças e influenciar os comportamentos de risco para doenças coronarianas, adotamos, neste estudo, o uso da comunicação persuasiva. Para tanto, considerou-se a Teoria de Persuasão de Fotheringham<sup>11</sup>, que descreve alguns critérios que se relacionam a esse conceito: a relevância dos efeitos que ocorrem nos receptores em face dos objetivos da fonte; a instrumentalidade da persuasão, isto é, o meio para se alcançar a meta; a importância da mensagem, ou seja, o signo ou conjunto de signos usados intencionalmente para gerar um significado ou simbolização; o envolvimento da escolha, ou seja, a ilusão para o receptor de que existe uma escolha entre as várias alternativas; e a natureza pessoal e interpessoal da persuasão, isto é, a mensagem visa atingir uma meta envolvendo receptores.

Portanto, a técnica da persuasão consiste na aplicação intencional de recursos e efeitos comunicacionais capazes de desencadear um efeito.<sup>11-16</sup> A técnica comunicacional da persuasão envolve estruturas como credibilidade, coerência, consistência e congruência de uma mensagem, sendo usada para fins de maximização do processo comunicacional.<sup>11-13,16</sup> Partimos do pressuposto de que a comunicação persuasiva é capaz de modificar crenças a respeito dos comportamentos de risco para pessoas que apresentam risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana e capaz de deslocar as crenças situadas na periferia do sistema de crenças.

Na persuasão, poderão ocorrer efeitos indesejados relacionados a 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 a dos 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.<sup>13</sup>

As mensagens são instrumentais e derivadas do objetivo da fonte; do ponto de vista da instrumentalidade, a meta da persuasão é a ação.<sup>13</sup> A ação pode ser 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.

Nesse sentido, o objetivo com este estudo foi identificar quanto um material didático pedagógico, calcado na teoria de persuasão<sup>11</sup>, é capaz de modificar as crenças nos comportamentos de risco mencionados no escore de risco de Framingham<sup>5</sup> em crenças que favoreçam a adoção de comportamentos que auxiliam na prevenção de doença coronariana.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de delineamento quase-experimental, com intervenção, análises pré-exposição e pós-exposição, e caráter prospectivo.<sup>17-18</sup>

A coleta foi realizada em uma cidade do interior de São Paulo, no período de junho a novembro de 2003, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP. Fizeram parte da amostra 200 participantes. Para serem incluídos no estudo, os participantes deveriam concordar formalmente em participar dele, ter idade igual a 30 anos e menor que 74 anos, capacidade de manutenção de um conversação lógica, enquadramento no escore de risco conforme descrito na Tabela de Escore de risco de Framingham<sup>5</sup> (pessoas com baixo, médio ou alto risco para desenvolver DAC), ausência de diagnóstico de doença arterial e, finalmente, relatar crença nos seguintes comportamentos de risco que favoreçam o desenvolvimento DAC: fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, não controlar o diabetes, ingerir açúcar em excesso, acrescentar sal aos alimentos em excesso e não controlar a pressão arterial.

A amostra derivou de quatro regiões previamente delimitadas, ou seja, foi realizada uma divisão em quatro setores da referida cidade (A, B, C e D), sendo 50 participantes oriundos de cada região.

Para o levantamento das crenças, nas fases pré-exposição e pós-exposição ao CD-ROM, foi utilizado o referencial teórico sobre crenças de Rokeach.<sup>6</sup> Na elaboração do CD-ROM foram selecionados o canal visual e o auditivo para a apreensão da mensagem persuasiva, e todas as telas foram estruturadas contendo o arcabouço para os comportamentos de risco para DAC. Optamos por imagens com animação dado o efeito de fixação que produzem no receptor. Foram utilizados os programas do Ulead Gif Animaotor 5.0 e Flasch 5.0. Além de as imagens terem sido tratadas por meio do programa Photoshop 5.0. O CD-ROM constou de 79 tela em HTML,

com botões que permitem acesso instantâneo ao menu geral ou dos comportamentos. A mensagem foi estruturada com base em quatro critérios: credibilidade, coerência, consistência e congruência.<sup>14</sup> As mensagens foram elaboradas utilizando a literatura científica atual e conceitos, definições, esclarecimentos, indicados pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo e pelo Ministério da Saúde.

Ao elaborarmos o conteúdo do CD-ROM, procuramos associar, também, imagens reais às informações retiradas em banco de dados científicos que pudessem dar credibilidade ao conteúdo das mensagens de forma coerente e consistente, as quais seriam narradas pela personagem simbolizada na figura de uma mulher, representando um de profissional da área de saúde. Por exemplo, no comportamento de fumar, tivemos como meta principal a desconstrução da crença da imagem atraente e do efeito relaxante do comportamento de fumar, para uma imagem real do efeito nocivo do cigarro e da fumaça do cigarro aos fumantes ativos e passivos. Criamos, para tanto, uma imagem em contorno de uma pessoa fumando, onde os pulmões foram colocados em posição de primeiro plano. E, graças ao efeito do programa de *flash*, a fumaça adentrava o trato respiratório até chegar aos pulmões, com efeito visual de escurecimento progressivo 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 na perspectiva de que fumar pode levar a pessoa ao risco de ter um infarto. A associação de cores, disposição da imagem na tela e a seqüência dos enunciados possuem caráter persuasivo para o espectador.

O CD-ROM foi validado por 25 juízes (nove enfermeiros, cinco nutricionistas, cinco médicos da área de cardiologia e seis profissionais de comunicação, com experiência prática, ensino e pesquisa em locução, editoração e imagem gráfica). Empregou-se uma escala tipo Likert, com cinco pontos, para análise do CD-ROM, obtendo a avaliação final o escore de 0,90.

Na fase de intervenção propriamente dita, a pesquisadora solicitou ao participante que assistisse ao conteúdo do CD-ROM referente ao comportamento de risco previamente identificado. O manuseio do CD-ROM não ultrapassou 15 minutos. O material e o equipamento foram levados pela pesquisadora ao domicílio do participante, respeitando a preferência de horários. Durante quatro dias, cada participante assistiu ao conteúdo do CD-ROM uma vez ao dia. Três semanas após a primeira entrevista e a apresentação do CD-ROM, foi aplicada a segunda avaliação de crenças (pós-teste 1) e, três meses depois da intervenção, nova avaliação das crenças (pós-teste 2).

Foram utilizados ainda, para a análise das modificações das crenças, os testes não paramétricos de McNemar

ou Binomiais, e, para a significação de mudanças, o  $\chi^2$  (qui-quadrado), adotando margem de erro igual a 5% ( $\alpha = 0,05$ ).<sup>15</sup> Para o processamento dos dados foi usado o software estatístico SAS versão 8.2.

Para este estudo, foram levadas em consideração somente as crenças nos comportamentos de risco, das variáveis envolvidas na determinação do escore de risco de Framingham.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

A amostra, composta por 200 pessoas (50% mulheres e 50% homens), apresentou o seguinte perfil: 44% com sobrepeso; 58% com faixa etária entre 40 e 59 anos; 55,5% apresentaram até o primeiro grau completo, sendo que 28% concluíram o 2º grau; 45% das mulheres exerciam atividades do lar e 20% da amostra era de aposentados; 30,5% dispunham, mensalmente, de renda familiar de dois salários mínimos. Do ponto de vista dos parâmetros considerados para cálculo de risco para DAC, os dados mais significativos apontam que 18,5% possuíam idade entre 45-49 anos: a maioria dos sujeitos (n= 135) estava na faixa de baixo risco, sendo que se observou maior incidência de homens nas faixas de médio risco e risco superior; a hipertensão grau I prevaleceu entre as observadas na amostra; os níveis séricos de HDL-C total, predominantemente, pertenceram à faixa >40 e <60 ml/dl; os níveis séricos de colesterol da maioria da amostra eram superiores a 201 ml/ dl (TAB. 1).

**TABELA 1 – Distribuição dos sujeitos por sexo, segundo os indicadores de risco (níveis séricos de colesterol, HDL-C total, níveis pressóricos, escore de Framingham)**

Indicadores	Características	Homens (n=100)	Mulheres (n=100)
Escore de risco de Framingham*	< 10%	60%	75%
	>10% e <20%	17%	18%
	>20%	23%	7%
Níveis séricos de colesterol	< 200 ml/dl	37%	32%
	201 ----- 239 ml/dl	43%	34%
	> 240	20%	34%
Níveis séricos de HDL-C total	< 40 ml/dl	28%	30%
	>40 <60 ml/dl	72 %	70%
	> 60ml/dl	-	-
Níveis pressóricos	Hipertensão grau I	22%	34%
	Hipertensão grau II	14%	10%
	Hipertensão grau III	7%	3%

\* (alto risco >29%; médio risco > 10%; baixo risco < 10 de desenvolver DAC)

### Crenças oriundas dos sujeitos sobre comportamentos de risco para DAC

Foram emitidas 1 297 crenças; dessas, 248 favoreciam/reforçavam os comportamentos associados ao risco de desenvolver DAC: fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, não controlar o diabetes, ingerir açúcar em excesso, acrescentar sal aos alimentos em excesso e não controlar a pressão arterial. Tais comportamentos estão envolvidos na composição dos escores de risco de Framingham.

A distribuição das crenças de todos os comportamentos de risco estudados, isto é, daqueles que intensificam o risco de DAC, apresentou maior frequência das crenças primitivas de consenso zero ou tipo B (36%), extremamente resistentes a modificações, pois se originam de experiência do indivíduo. Igualmente, foram observadas as crenças inconseqüentes (tipo E), na seqüência, as derivadas (tipo D) e, por fim, as de autoridade (tipo C).

Considerando que as crenças centrais, dos tipos B e C, totalizaram 36% e as periféricas, dos tipos D e E, somaram 64%, o sistema de crenças para os comportamentos examinados tende para a periferia dos eixos do sistema de crença.

Merece menção que as crenças tipo C não foram emitidas pelos participantes, uma vez que elas advêm da influência de autoridade e os comportamentos de risco são conteúdos temáticos de processos educativos de promoção à saúde (TAB. 2).

As crenças nos comportamentos de riscos apresentaram distribuição variada, sendo as de ingerir alimentos ricos em gordura e fumar as de maior número de emissões pelos participantes.

Ao exame dos tipos de crenças e sua relação aos comportamentos de risco que favorecem o desenvolvimento de doença coronariana, distribuídos na TAB. 2, nota-se que as do tipo B e E são mais comuns nos comportamentos de não controlar a pressão arterial e acrescentar sal em excesso à alimentação. Os comportamentos de fumar e de não controlar o diabetes apresentaram crenças do tipo B associadas com as do tipo E e também com as do tipo D. Já para o comportamento de ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, foram observadas, predominantemente, as crenças tipo D e E.

A seguir, são abordados os dados relativos às 248 crenças que não favorecem a prevenção de DAC, segundo os componentes dos escores de risco de Framingham, isto é, aquelas crenças presentes na fase diagnóstica que contribuem para intensificar o risco da doença, bem como a sua mudança (ou não), após a intervenção, para comportamentos mais saudáveis. Para verificar o efeito imediato e residual da persuasão, as frequências das crenças estão apresentadas nas fases: diagnóstica (pré-teste), após a exposição do CD-ROM (pós-teste 1) e após 3 meses (pós-teste 2) (QUADRO 1).

**TABELA 2 – Distribuição das crenças nos comportamentos de risco 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**

Tipos de crença	Comportamentos						Total	%
	Fumar	Ingerir alimentos ricos em gordura	Não controlar diabetes	Ingerir açúcar em excesso	Acrescentar sal em excesso à alimentação	Não controlar a pressão arterial		
TIPO B	44	20	5	3	6	11	89	36%
TIPO C	-	-	-	-	-	-	0	-
TIPO D	12	36	2	6	4	9	69	28%
TIPO E	12	53	2	3	7	13	90	36%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>109</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	<b>248</b>	<b>100%</b>

**QUADRO 1 – Distribuição das crenças saudáveis e não saudáveis dos comportamentos de fumar, alimentos ricos em gordura, controle de diabetes e dosagem de glicemia, ingestão de açúcar em excesso, uso de sal em excesso, controle de níveis pressóricos nas diferentes fases (pré-teste, pós teste-1 e pós teste-2) e as regras de decisão sobre suas mudanças**

CRENÇA		PRÉ-TESTE X PÓS-TESTE 1			PRÉ-TESTE X PÓS-TESTE 2			PÓS TESTE 1 X PÓS-TESTE 2		
		NS	S	Total	NS	S	Total	NS	S	Total
Comportamento de fumar	NS*	50	18	68	59	9	68	52	-	52
	S**	-	100	100	-	100	100	7	109	116
	Total	50	118	168	59	109	168	59	109	168
	Regra decisão	Significante			Significante			Significante		
Comportamento de ingestão de alimentos ricos em gordura em excesso	NS	62	13	75	62	7	69	62	-	62
	S	92	-	92	-	102	102	7	102	109
	Total	154	13	167	62	109	171	69	102	171
	Regra decisão	Significante			Significante			Significante		
Comportamento de não controlar o diabetes e a dosagem de glicemia	NS	4	5	9	7	2	9	5	1	6
	S	1	84	85	-	85	85	2	86	88
	Total	5	89	94	7	87	94	7	87	94
	Regra decisão	Não significativa			Não significativa			Não significativa		
Comportamento de ingestão de açúcar em excesso	NS	8	4	12	8	4	12	8	-	8
	S	-	57	57	-	57	57	-	61	61
	Total	8	61	69	8	61	69	8	61	69
	Regra decisão	Significante			Significante			Inconclusivo		
Comportamento de acrescentar sal em excesso	NS	8	9	17	11	8	19	8	-	8
	S	-	72	72	1	70	71	4	77	81
	Total	8	81	89	12	78	90	12	77	89
	Regra decisão	Significante			Significante			Significante		
Comportamento de não controlar a pressão arterial	NS	23	25	48	29	19	48	24	6	30
	S	-	100	100	-	100	100	-	118	118
	Total	23	125	148	29	119	148	24	124	148
	Regra decisão	Significante			Significante			Significante		

(\* não saudável; \*\* saudável)

Com relação ao *comportamento de fumar*, no pós-teste 1, ou seja, três semanas após a aplicação do CD-ROM, ao analisarmos a dimensão central-periférica do sistema de crenças, identificamos as seguintes modificações: das 11 crenças categorizadas como do tipo E (inconseqüentes), seis se deslocaram para crenças categorizadas como do tipo D (derivadas) e um para o tipo C (autoridade). Das 12 crenças derivadas negativas, seis passaram a positivas; das 46 de consenso zero, três modificaram-se para D, uma para B e outra para C.

No pós-teste 2, ou seja, três meses após a intervenção, houve 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, o mesmo ocorrendo na comparação do pós-1 e pós-2, conforme exemplificado a seguir:

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré-teste	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
17	B(-): <i>Para mim, o mundo fica vazio sem o cigarro. Ele é o meu grande companheiro, por isso tenho fumado muito.</i>	D(+): <i>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.</i>	B(+): <i>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.</i>

No *comportamento de ingerir alimentos ricos em gorduras em excesso*, no pós-1 (realizado três semanas após a apresentação do CD-ROM), 13 sujeitos que modificaram os conteúdos das crenças. As crenças que sofreram modificações foram as do tipo inconseqüentes (5), derivadas (5) e de consenso zero (3). No pós-teste 2

(realizado três meses após a apresentação do CD-ROM), apenas sete pessoas permaneceram no pós-teste-2, tendo comportamentos favoráveis a não ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, conforme exemplificado a seguir:

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré-teste que alteraram	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
08	D(-): <i>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...</i>	D(+): <i>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.</i>	D(+): <i>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'.</i>

Já para o *comportamento de risco de não controlar a diabetes*, os dados não foram significativos. E no *comportamento de ingestão de açúcar em excesso* os dados foram não conclusivos.

No *comportamento de não controlar níveis pressóricos altos*, no pós-teste 1, 25 participantes tiveram

suas crenças alteradas para comportamentos que favoreciam o controle dos níveis pressóricos. No pós-teste 2, 19 participantes mantiveram suas crenças no comportamento de controlar a pressão arterial. Quando comparados o pós-1 com pós-2, o deslocamento foi de seis participantes, destacado um exemplo a seguir:

Código sujeito	Tipos de crenças identificadas no pré-teste	Tipos de crenças identificadas no pós-1	Tipos de crenças identificadas no pós-2
13	B(-): <i>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>	D(+): <i>Bom, resolvi olhar mais vezes a pressão depois que a senhora esteve aqui e eu vi aquele CD. Na minha família tem mais gente com problema de pressão e ameaço de infarto, então eu acho bom eu me cuidar.</i>	D(+): <i>Tenho olhado minha pressão toda semana, continuo firme, ela está até mais normalizada, e isso é bom para mim.</i>

Quanto ao *comportamento de acrescentar sal aos alimentos em excesso*, no pós-teste 1, houve deslocamento de nove crenças; no pós-2, de quatro crenças, que se mantiveram no pós-testes 1 e 2, para comportamentos

que favoreciam o controle do sal no preparo dos alimentos. Consta abaixo exemplo de crença de tais comportamentos nas diferentes fases.

<b>Código sujeito</b>	<b>Tipos de crenças identificadas no pré-teste</b>	<b>Tipos de crenças identificadas no pós-1</b>	<b>Tipos de crenças identificadas no pós-2</b>
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 tô colocando mais e mais. Às vezes, depois que como, me dá até dor de cabeça e aí eu bebo bastante água. Ando prestando atenção no tanto de sal que eu estou pondo e 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>

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.

No conjunto, as crenças nos comportamentos de risco alteradas, na sua maioria, foram as do tipo de D e E, talvez pela posição mais periférica no eixo de centralidade no sistema de crenças. Os efeitos persuasivos contidos no texto (CD-ROM) estavam relacionados com a credibilidade da autoridade/fonte que, de certa forma, fortaleceram os autoconceitos positivos (prevenção) e, conseqüentemente, os deslocamentos ocorridos. Outros efeitos estavam relacionados à competição/oposição e a dar informação.

Cabe lembrar que resistimos às mudanças, principalmente as relativas às nossas crenças, às quais estamos acostumados e consideramos importantes. Portanto, ocorre resistência quando se busca convencer uma pessoa de que essa mudança vai fazer diferença, lhe trará benefícios à saúde ela sentirá mais satisfeita.

## CONCLUSÃO

Das 248 crenças identificadas como relacionadas nos comportamentos de risco (fumar, ingerir alimentos ricos em gordura em excesso, não controlar o diabetes, ingerir açúcar em excesso, acrescentar sal aos alimentos em excesso, não controlar a pressão arterial, associados ao escore de risco de Framingham), 71 (28,6%) foram

modificadas no primeiro pós-teste. No segundo pós-teste 49 (19,7%), foram mantidas modificadas. O comportamento que mais apresentou mudança das crenças foi o relacionado ao controle da pressão arterial, sendo 25 (76%) no pós-teste 1 e 19 (57%) no pós-teste 2. Além desses, os relacionados a fumar, ingerir alimentos ricos em gordura e acrescentar sal em excesso também apresentaram mudanças significantes. Sugerimos novos estudos, quer sejam de cunho educativo ou de prevenção, por meio dos quais os participantes possam estar expostos à mensagem persuasiva.

Considerando que os profissionais de enfermagem possuem forte componente educativo, permeando a maioria das atividades profissionais que desempenha (assistência, administração, ensino, pesquisa e extensão), destacamos ser oportuna a aplicação de técnicas comunicacionais persuasivas na prática clínica. O emprego das técnicas de persuasão que subsidiaram a construção das mensagens contidas nos CD-ROM causou impacto favorável em muitas situações consideradas difíceis de serem desacomodadas no sistema de crenças, mostrando-se apropriado.

Com este trabalho, possibilitou-se redimensionar o processo educativo em bases que favorecem a compreensão os limites de algumas propostas educativas, sendo a persuasão considerada uma ferramenta metodológica para auxiliar os profissionais da área da saúde a influenciar seus clientes no sentido de favorecer comportamentos saudáveis.

## REFERÊNCIAS

1. Correa PCRP. Tabagismo, hipertensão e diabetes: reflexões. Rev Bras Clin Terap. 2003; 29(1):19-23.
2. Botrel TEA, Costa RD, Costa MD, Costa AMD. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. Rev Bras Clín. 2000; 26(3):87-90.
3. Melo Filho XJ. Multiple risk factor intervention trial (MRFIT). Rev Bras Hipertens. 1998; 5(1):48-52.
4. Mion Jr D, Nobre F. Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
5. Wilson PWF, Ralph B, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation. 1998; 97(18):1837-47.

6. Stuchi RAG. Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco [dissertação]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1999.
7. Waber B, Burnier M, Brunner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2000; 35 (supl. 3):523-6.
8. Stuchi RAG, Carvalho EC. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003 jan/fev; 11(1):74-9.
9. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):635-42.
10. Rokeach M. Crenças, atitudes e valores, uma teoria de organização e mudança. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
11. Fotheringham W. Perspectives on persuasion. Boston: Allyn and Bacon; 1966.
12. Defleur ML, Ball-Rokeach S. Estratégias teóricas para a persuasão. In: Defleur ML, Ball-Rokeach S. Teorias da comunicação de massa. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993. p.290-312.
13. Berlo DK. O processo da comunicação: introdução à teoria e a prática. 9ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1999.
14. Bellenger L. A persuasão: da eloquência ao condicionamento psicolinguístico. In: Bellenger L. A persuasão e suas técnicas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987. p.13-33.
15. Citelli A. Linguagem e persuasão. São Paulo: Ática; 2000.
16. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
17. Cook TD, Campbell DP. Quasi-experiments: none equivalent control group designs. In: Cook TD, Campbell DP. Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin; 1979. p.95-145.
18. Conover UJ. Practical nonparametrical statistics. New York: John Wiley; 1996.

Data de submissão: 23/2/2007

Data de aprovação: 14/10/2008