COMPORTAMENTO PREVENTIVO EM SAÚDE: EXPLORAÇÃO DO CONCEITO

Preventive health behavior The concept exploration

Sônia Silva Marcon 1

RESUMO

A proposta deste trabalho é apresentar alguns aspectos referentes ao conceito de Comportamento Preventivo em Saúde, tais como determinantes motivadores e inibidores, componentes e fases; contribuir na identificação da influência deste comportamento sobre o nível de vida e saúde das pessoas e, subsidiar, através de uma fundamentação teórica, a atuação do enfermeiro, junto a clientes.

Unitermos: *comportamento preventivo em saúde, comportamento em saúde, comportamento preventivo*

ABSTRACT

The purpose of this paper is: to show some aspects concerning preventive health behaviors, as well as determinants inducings and inibitings, component parts and phases; to contribute in the identification of influence of this behavior about the life and health personal's level; to subsidize with a theoretical fundamentation, the atuation of the nurse togheter patientes.

Key Words: *preventive health behavior, health behavior, preventive behavior*

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte de um ensaio teórico que foi elaborado em 1986 na disciplina "Metodologia da Assistência de Enfermagem na Saúde do Adulto" do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, a qual previa como um de seus objetivos o desenvolvimento de um conceito que direta ou indiretamente pudesse influenciar a assistência de enfermagem ao adulto.

Baseando-me na definição de Watson e Mayers (1981, p. 17) de que "conceito é uma designação que descreve um conjunto de idéias e experiências que possuem características comuns" concluí que seria oportuno explorar um conceito cujo referencial teórico pudesse fundamentar e ser utilizado dentro da minha própria área de atuação que é a Saúde Pública. Assim, ao optar pela exploração do Conceito de Comportamento Preventivo em Saúde (CPS) busquei, além do objetivo já relacionado, contribuir no esclarecimento de uma preocupação bastante antiga, que era a de tentar compreender os fatores que influenciam os indivíduos a utilizarem ou não os serviços da saúde, mais especificamente os preventivos, e a possível influência desta utilização em seus níveis de saúde.

A preocupação com estas questões já havia sido abordada em duas pesquisas realizadas anteriormente (Silva, 1984; 1986); porém, a falta de um referencial teórico não me permitia identificar claramente o que buscava nem a existência de um elo comum norteando o direcionamento das mesmas. No entanto, eu tinha consciência de que o interesse nas duas pesquisas surgiu da própria prática profissional, onde eu constatava a existência de problemas relacionados a não-utilização ou utilização inadequada dos serviços de saúde.

Assim sendo, considerando a possibilidade de existir muitos enfermeiros na área de saúde pública em busca de um referencial teórico que possa contribuir no direcionamento de sua prática, defino o objetivo deste trabalho como sendo o de apresentar a visão de diferentes autores sobre alguns aspectos referentes ao Comportamento Preventivo em Saúde tais como: conceituação, determinantes motivadores e inibidores, componentes, fases e ações que possibilitam ou dificultam sua instalação nos indivíduos; com o propósito de que a partir desta os enfermeiros possam identificar a influência positiva ou negativa destes aspectos na instalação deste tipo de comportamento nos indivíduos e compreender a importância e o significado deste conceito em suas relações com os clientes.

1 Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, COREN-16750-PR. Mestre em Ciências da Enfermagem, Enfermeira com Habilitação em Saúde Pública e Especialização em Administração Hospitalar.

2 DESENVOLVIMENTO

Importância do comportamento em saúde

Adotando como premissa o que afirmam Marcondes e Sossai (1977, p. 2-3) de que existem dois tipos de fatores que condicionam os níveis de saúde dos indivíduos, um que abrange "o nível sócio-econômico, as condições de habitação as influências ecológicas e a hereditariedade" e um outro que refere-se ao "comportamento do indivíduo", encontrei vários autores que salientaram a importância e a influência, favorável ou não, do comportamento na determinação dos níveis de saúde dos indivíduos, como será visto a seguir.

A identificação e constatação em muitos estudos sobre a existência de uma contradição entre o nível de desenvolvimento dos métodos de prevenção, detecção precoce e controle de doenças e as estatísticas de utilização destes métodos e de mórbi-mortalidade, as quais têm revelado os baixos índices de procura destes serviços e os altos índices ainda existentes de mórbi-mortalidade por doenças facilmente preveníveis, detectáveis e controláveis levaram Rosser (1971, p. 387) a postular que a saúde de uma pessoa depende, em grande parte, de seu comportamento, suas opiniões, crenças, atitudes e valores a "respeito de saúde" e Pender (1975, p. 385) a considerar que "muitas pessoas que parecem ter adequado conhecimento e atitudes favoráveis a cerca de fazer prevenção, não os colocam dentro de suas ações".

A consideração da autora acima é reforçada por Candeias e Marcondes (1979, p. 64) que ao analisarem o Processo de Tomada de Decisão em Saúde, constataram a existência de uma inconsistência entre os conhecimentos (o que se sabe), as atitudes (o que se sente) e a prática ou comportamento preventivo (o que se faz) mesmo entre indivíduos que tiveram acesso a conhecimentos científicos e que os consideram relevantes para a manutenção da saúde.

Hamburg e Russel (1983, p. 27-8) ao considerarem esta questão foram bastante categóricos ao afirmarem que "para uma melhoria da saúde do mundo durante o restante do século atual, cumpre atribuir alta prioridade à relação entre saúde e o comportamento ... e que a sociedade em que vivemos pode facilitar ou dificultar uma mudança de comportamento que objetive a melhoria da saúde".

Finalmente, foi ao constatar que Hochbaun (1974, p. 55) considera o comportamento em saúde altamente complexo e envolvido; já que mesmo atos simples, como, por exemplo, escovar os dentes, são o resultado de influências passadas e presentes de fontes diversas; existindo por isto uma estreita relação entre a maneira de vida de alguém e as doenças que ele percebe como ameaçadoras, pouco importando o fato desta ameaça ser real ou imaginária, que conclui pela importância da compreensão dos fatores relacionados à instalação deste comportamento para fundamentar, através do conhecimento da situação interna e externa dos indivíduos, a atuação e a postura do profissional enfermeiro, especialmente o de Saúde Pública, junto aos clientes que procuram e os que não procuram os serviços de saúde.

Comportamento em saúde: o conceito através dos tempos

A análise da revisão bibliográfica efetuada demonstrou que a questão do comportamento dos indivíduos relacionados à saúde não só tem recebido várias conceituações e terminologias ao longo dos anos, mas também que as mesmas estiveram relacionadas ao próprio conceito de saúde/doença de diferentes autores em diferentes épocas.

A seguir, apresentarei de forma sucinta alguns aspectos relevantes desta evolução.

Kals e Cobb (1966, p. 531-41) identificaram 3 tipos de comportamentos relativos à saúde: a) comportamento em saúde — refere-se a todas as atividades desenvolvidas por uma pessoa com o propósito de prevenir ou detectar doenças em um estado assintomático; b) comportamento em doença — refere-se a todas as atividades desenvolvidas por pessoas que se acreditam doentes, com o propósito de definir o estado de sua saúde e descobrir o tratamento apropriado; e c) comportamento de papel de doente — refere-se a todas as atividades desenvolvidas por pessoas que se consideram doentes, com o propósito de recuperarem sua saúde.

Hochbaun (1974, p. 55) afirma que o comportamento em saúde é algo motivado primariamente por um desejo de proteger-se contra as ameaças (percebidas) à sua saúde e segurança; posteriormente, pela conscientização da necessidade de uma ação para a saúde, e, finalmente, pela forma como os indivíduos resolvem seus conflitos internos de percepções e crenças a qual, em última instância, é determinada por aspectos culturais.

Steuart (1975, p. 174-179) ao abordar esta questão identificou a existência de dois tipos de comportamentos: a) comportamentos dirigidos à saúde — aqueles cuja motivação primária é a percepção de uma necessidade de manter ou prover saúde, como, por exemplo, a busca de cuidados médicos; b) comportamentos ligados à saúde — que são todos os comportamentos desempenhados em todos os setores da vida diária dos indivíduos, famílias e comunidades a um nível primário de prevenção.

Assim, embora em 1966 Kals e Cobb (p.532) já tivessem afirmado que o "comportamento preventivo em saúde" é evidenciado através da prática de atividades que os indivíduos acreditam serem benéficas para se manterem sadios", verifiquei que a terminologia específica de "Comportamento Preventivo em Saúde" (CPS), ao que parece, surge com maior força só a partir de meados da década de 70, quando o Modelo de Crença em Saúde (MCS) passa a ser além de utilizado também discutido com maior freqüência e por um número maior de pesquisadores.

A seguir, apresentarei as definições e interpre-

tações de Comportamento (Preventivo) em Saúde de alguns autores:

Rosenstock (1974, p. 328-329) ao apresentar as origens históricas do Modelo de Crença em Saúde revelou de maneira implícita que seus idealizadores identificaram 3 tipos de comportamentos relacionados à saúde: a) Comportamento Preventivo — ocorre quando o indivíduo diante da percepção de sua vulnerabilidade a uma doença e da gravidade da mesma, identifica as possíveis ações e seus benefícios e posteriormente adota uma ação que seja adequada ou identifica e adota outras de eficácias semelhantes; b) Comportamento de Fuga — caracterizado pela adoção de uma saída psicológica do problema, com o indivíduo ocupando-se de outras atividades que não reduzirão nem a gravidade nem a ameaça da doença; c) Comportamento Irracional — caracterizado por uma incapacidade do indivíduo de raciocinar em relação ao problema identificado, tanto pelo excesso de medo como de ansiedade.

Pender (1975, p. 386) define CPS como ações individuais ou coletivas, executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença específica com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação à mesma.

Katalski (1977, p. 233) define CPS como qualquer atividade apreendida por uma pessoa que se acredita saudável, com o propósito de prevenir doenças ou detectá-las num estado assintomático.

Wheller e Rundall (1980, p. 244-246) além de adotarem a terminologia de CPS para definir o exercício à promoção em saúde como um exercício social, fazem uma distinção entre comportamento preventivo primário e secundário. O primário encontra-se na dependência do confronto do indivíduo com sua situação sócio-econômica e seu principal objetivo é o combate às doenças. Ele se manifesta quando o indivíduo é encorajado a engajar-se em atividades que possam ter influência positiva em sua saúde, e a reprimir as que possam ter influência negativa. O secundário envolve uma interação entre o indivíduo e o prestador de cuidados de saúde e seus objetivos são a prevenção e o tratamento médico completo e a mudança de comportamentos face à redução do nível de saúde. Ele se manifesta quando o indivíduo é encorajado a procurar profissionais para tratamento adequado assim que mudanças deletérias em sua saúde são detectadas.

Murdaugh e Hinshaw (1986, p. 20) adotando a teoria de aprendizagem social definem CPS como a atividade positiva de cuidado da saúde, a qual é resultante de um conjunto de processos causais que possuem como fatores desencadeantes o constructo de "situação psicológica" num 1.º estágio e o de "reforçamento de valor" num 2.º estágio.

Determinantes motivadores e inibidores das ações preventivas em saúde

A preocupação com a identificação das variáveis que interferem positiva ou negativamente na determinação do indivíduo em engajar-se em ações que caracterizam um comportamento preventivo em saúde tem constituído problema de pesquisa de muitos estudos já realizados em várias áreas do campo da saúde, principalmente depois da divulgação do Modelo de Crença em Saúde (MCS) idealizado por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock durante a década de 50.

Segundo Rosenstock (1974, p. 328-473) a abordagem deste modelo é fenomenológica e seus idealizadores foram fortemente influenciados pela teoria de Kurt Lewin, pois eles queriam desenvolver uma teoria de criação e não meramente de solução de problemas. Um dos principais focos da teoria adotado foi a confrontação dinâmica do comportamento individual em vez das perspectivas históricas de suas principais experiências, pois os idealizadores do modelo acreditavam que era o presente estado dos acontecimentos que determinavam as ações, com a história ocupando um papel secundário.

Um dos principais postulados deste modelo é o de que o indivíduo engaja em uma ação recomendada de saúde visando a prevenção ou a cura de muitas doenças ou condições dependendo, até certo ponto, de suas percepções individuais sobre:

a) a suscetibilidade pessoal — percepção subjetiva de contrair uma dada condição;

b) a gravidade e a quantidade de dificuldades em um ou mais componentes de vida que a dada condição, se contraída, poderia causar;

c) os possíveis benefícios de determinadas ações em termos de reduzir a suscetibilidade e/ou a gravidade percebida;

d) as possíveis barreiras que poderiam inibir o início ou a continuidade de uma ação percebida como benéfica, dependendo do quanto esta ação é considerada como inconveniente, cara, desagradável, perigosa, deprimente, etc.

De acordo com os idealizadores do modelo, a aceitação da suscetibilidade a uma doença que é acreditada como grave produz uma força que leva a uma ação, mas não define o curso particular da ação a ser tomada, sendo que este é influenciado pela opinião sobre a real efetividade da ação percebida como capaz de reduzir as ameaças; porém, como o indivíduo pode perceber uma ação como benéfica mas ao mesmo tempo impregnada de aspectos negativos (barreiras) pode surgir motivos para que a mesma seja evitada. Este fato levou-os a constatar que o engajamento em uma ação percebida como benéfica depende da disposição do indivíduo para agir. E esta é determinada pelo grau de percepção ou crença do indivíduo na sua suscetibilidade, na gravidade da doença e nos benefícios da ação. Se a prontidão para agir é alta e as barreiras percebidas são mínimas é mais provável que a ação ocorra, mas se ela for baixa e as barreiras percebidas são grandes, é provável que ocorra uma inibição da ação.

Estas informações levaram os idealizadores do modelo a concluírem que é o resultado obtido no confrontamento das crenças com a percepção dos aspec-

tos negativos que determinam o curso da ação e que este pode ser desencadeado ou influenciado por um evento estimulador que tanto pode ser interno (ex. percepção do estado do corpo) como externo (interações interpessoais, impacto dos meios de comunicação, etc.).

Por esta razão, alguns autores têm adicionado aos quatro conceitos originais do MCS, o de Motivação em Saúde, que refere-se ao "estado geral de intenções que resulta no comportamento para manter ou prover saúde" (Becker, 1972, p. 14). Para Champion (1984, p. 74) este conceito em combinação com os quatro conceitos originais do MCS tem evidenciado uma significativa capacidade de predição de comportamentos.

O MCS tem gerado muitas pesquisas sobre o comportamento de indivíduos assintomáticos para manter a saúde ou prevenir doenças e também sobre o comportamento de indivíduos doentes, ou seja, quando já existe a presença de sintomas, não só com o intuito de testar o próprio modelo mas também de identificar suas limitações e as possíveis ampliações necessárias para torná-lo mais prático e fidedigno.

A utilização deste modelo, de forma completa ou parcial, como referencial teórico em estudos com diferentes enfoques, tem permitido que vários autores reafirmem a associação de suas variáveis com os comportamentos adotados em diferentes problemas de saúde, tais como: a) participação em programas de prevenão (câncer: Barret, 1979, Hoefner et al., 1967, Hallal, 1982, Jenkins, 1966, Kirscht et al., 1966, Stillman, 1977, tuberculose: Haefner et al., 1967, Jenkins, 1966, Kirscht et al., 1966, cárie dentária: Haefner et al., 1967, Kegeles, 1963, Kirscht et al., 1966) e imunização (poliomelite: Ferreira, 1983, Kals e Cobb, 1966, tétano, difteria, coqueluche e sarampo: Ferreira, 1983); b) realização de check-ups médicos (Kirscht et al., 1966, Rosenstock, 1966) e odontológicos preventivos (Kegeles, 1963, Kirscht et al., 1966; c) cumprimento aos retornos agendados nos programas: Kirscht et al., 1966, Rosenstock, 1966, d) seguimento nos tratamentos prescritos para uma variedade de doenças crônicas e agudas (hipertensão: Watts, 1982, doença mental: Jenkins, 1966, câncer: Jenkins, 1966, obesidade: Maiman, 1977, doenças cardíacas: Kawash, 1980, otites: Becker et al., 1972, crise asmática: Becker et al., 1978, etc.)

Estes estudos têm permitido identificar que não apenas as variáveis sócio-psicológicas abordadas no modelo influenciam o comportamento preventivo em saúde dos indivíduos, mas também variáveis de outra natureza, como as sócio-demográficas (sexo, idade, estado mental, número de filhos, ocupação, nível educacional, raça, etc...); as econômicas (renda familiar, percepção da relação custo/benefício, fonte usual de cuidado, número de visitas médicas ou odontológicas preventivas por ano, status sócio-econômico, tipo de emprego, etc) entre outras, tais como suporte social, auto-imagem, etc.

Fases do comportamento (preventivo) em saúde

As fases, etapas ou estágios do Comportamento (Preventivo) em Saúde foram referidas de forma explícita apenas em alguns estudos, porém a forma como os autores apresentaram o seu conceito de comportamento (preventivo) em saúde possibilitou que as mesmas fossem identificadas, como apresentado a seguir:

Para Pender (1975, p. 386-389) o CPS manifesta-se em duas fases: Tomada de Decisão e Ação. A fase da Tomada de Decisão é determinada pelas interrelações possíveis entre pelo menos três tipos de fatores: a) pessoais (percepção sobre importância da saúde, vulnerabilidade, valor da detecção precoce, gravidade da doença, eficácia das ações e nível de controle interno x externo); b) interpessoais (interesse de pessoas significantes, modelo familiar utilizado, expectativa dos amigos, presença de profissionais de saúde) e c) situacionais (aceitação cultural do comportamento em saúde, as normas e padrões do grupo social e as informações obtidas através dos meios de comunicação).

Segundo a autora, a fase de Ação apesar de ser condicionada à anterior, uma vez que ocorre só após o indivíduo já ter decidido a engajar-se em um ou outro tipo de comportamento, não é determinada apenas por ela, pois para transformar a decisão tomada em uma ação se faz necessário a presença de algum estímulo, que tanto pode ser interno (percepção individual das condições gerais e de saúde) ou externo (comunicação interpessoal, publicidade, etc...) cuja intensidade depende do nível de prontidão do indivíduo para agir.

Além destes estímulos, ela cita que a prática experiência pessoal com uma doença específica é a percepção sobre a existência de barreiras que possam impedir a ação também podem interferir na determinação desta fase.

Rosenstock (1966, p. 97-101) ao analisar porque as pessoas usam ou deixam de usar certos serviços relacionados à saúde, identificou que o "Tomar Decisão em Saúde" é processo no qual o indivíduo atravessa pelo menos cinco estágios:

1.º — Percepção do estado psicológico de prontidão para tomar uma ação específica (determinada pela percepção de suscetibilidade a uma doença e gravidade da mesma);

2.º — Percepção da crença do quanto um curso particular de ação será eficaz em reduzir a ameaça (influenciada pelas normas e pressão de seu grupo social);

3.º — Percepção sobre a existência de barreiras que possam impedir a concretização da ação percebida como eficaz;

4.º — Decisão do indivíduo em adotar ou não a ação (produto do saldo da relação: prontidão para agir mais crenças nos benefícios x barreiras);

5.º — Adotando a ação — Comportamento Preventivo (produto do saldo positivo e influenciado por eventos ou sugestões internas ou externas).

Candeias e Marcondes (1979, p. 63-66) analisam a instalação do comportamento em saúde a partir do modelo (CAP) Conhecimento — Atitude — Prática, porém enfatizam que o comportamento preventivo não pode ser entendido apenas como o resultado da relação entre atitudes e práticas adotando o ponto de vista do enfoque da consistência cognitiva onde a atitude é sempre precursora provável de determinado padrão comportamental; se faz necessário adotar também o enfoque da consistência cognitiva a qual preconiza que não basta a atitude favorável, sendo necessário considerar a situação como um todo.

Para estes autores o CPS é o resultado de um processo seqüencial que se efetiva em cinco fases:

1.º — Aquisição de um conhecimento cientificamente correto;

2.º — Formação de uma atitude favorável à adoção de uma determinada prática de saúde (determinada pelo conhecimento correto);

3.º — Avaliação da situação — considerando que a mesma é formada: a) pelas normas sociais e padrões culturais favoráveis ao objeto; b) pelos apoios estruturais e seus impactos sobre o comportamento do indivíduo, representados pela totalidade dos fatos coexistentes e sua interdependência mútua, já que existem dois tipos de indivíduos: os ambivalentes que alteram seu comportamento em função de pressões momentâneas e os que mantêm uma consistência permanente entre atitudes e práticas, mesmo na ausência de apoios estruturais; e c) pela coersão social contra o objeto, podendo ser identificados dois tipos de situações: com alta coersão social — quando o indivíduo interage com seu grupo de referência e permite que o mesmo tome conhecimento imediato de seu comportamento; — baixa coersão social — quando a opinião e ação do indivíduo é protegida do escrutínio alheio (o medo à crítica é uma forma de alta pressão social);

4.º — Aceitação das práticas de saúde identificadas como adequadas (resultante da avaliação da situação);

5.º — Adoção da prática de saúde — comportamento preventivo — melhores condições de vida.

Hochbaun (1974, p. 55-56) também fez alusão a existência de fases na instalação do comportamento em saúde, a qual para este autor ocorre em 3 fases:

1.º — Desejo de proteger-se contra as ameaças (percebidas) à sua saúde e segurança;

2.º — Conscientização da necessidade de uma ação;

3.º — Produto da forma como os indivíduos resolvem seus conflitos internos de percepções e crenças (determinada por aspectos culturais).

Finalmente, Murdaugh e Hinshaw (1986, p. 19-20) ao adotarem a teoria da aprendizagem social identificaram que o processo de instalação do comportamento preventivo ocorre em três estágios e que cada um deles possui um constructo central como será visto a seguir:

Situação psicológica — representa todo o ambiente do indivíduo, constitui o suporte para os estágios subseqüentes e é formada por dois conceitos: percepção de barreiras e de benefícios;

Reforçamento de valor — representa o grau de preferências pessoais existentes em relação a certo objetivo mesmo quando todas as alternativas são iguais; ele é influenciado pela forma como a situação psicológica é percebida e caracterizada pelo indivíduo. O conceito envolvido neste estágio é a orientação do valor da saúde que representa os passos ou bases nas quais as escolhas de saúde estão baseadas;

Comportamento — representado por qualquer resposta para estimular significativamente o que pode ser mensurado direta ou indiretamente. O conceito envolvido é a atividade de cuidado da saúde.

Componentes do comportamento (preventivo) em saúde

Apenas dois dos autores consultados referiram-se aos componentes do Comportamento (Preventivo) em Saúde.

Pender (1975, p. 386-387) é explícita ao afirmar que o CPS é composto de dois grandes componentes, os quais podem aparecer de forma isolada ou simultânea, de acordo com o problema de saúde. São eles: a prevenção primária constituída por medidas cuja adoção é capaz de resolver alguns problemas de saúde. Estas medidas são representadas, por exemplo, pelo seguimento de dietas e controle de peso, exercícios e repouso apropriados, imunizações, etc.; a detecção precoce constituída por medidas que podem minimizar a ameaça de doenças graves e são representadas, por exemplo, pela realização de RX, eletrocardiograma, etc.

Lenz (1984, p. 59-72) no entanto, não discute o conceito de comportamento preventivo, mas sim a busca e a aquisição de informações pelos clientes relacionados à saúde como um instrumento na determinação de seus comportamentos em saúde.

Este autor considera que existem muitos processos cognitivos ligados à avaliação e seleção de alternativas intervindo entre a aquisição da informação e a manifestação do comportamento; e para ele, a compreensão destes processos ajudam a esclarecer o comportamento arbitrário em saúde, pois a busca de informações, ativa ou passiva, afeta a extensão e a natureza da informação adquirida, o leque de alternativas de ação conhecidas e a ação realizada. Portanto, para este autor a busca de informações constitui um dos componentes do processo de decisão dos indivíduos em relação ao CPS.

3 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Tendo em vista que um dos objetivos e também um dos principais problemas dos profissionais de enfermagem, especialmente os da área de saúde comunitária reside na tentativa de encontrar meios que fa-

voreçam a motivação e a adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, tanto a nível individual como coletivo, tendo em vista a melhoria das condições de vida e saúde das populações considero que conhecer e compreender alguns aspectos do CPS poderá ajudar estes profissionais não só no delineamento de sua atuação global mas também nas suas interações e intervenções junto aos clientes, facilitando o alcance do objetivo maior que é a melhoria das condições de vida, através de uma maior conscientização e comprometimento tanto do indivíduo como do profissional.

Na prática da enfermagem o próprio MCS de forma completa ou mesmo alguns de seus componentes podem ser utilizados para embasarem o desenvolvimento das intervenções de enfermagem. Por exemplo, de acordo com o MCS, para o comportamento preventivo se instalar, é necessário que exista pelo menos um nível moderado de percepção da susceptibilidade e da gravidade para uma certa doença. Como esta percepção pode ser mensurada, os enfermeiros poderiam fazer avaliações desta percepção e planejarem intervenções que objetivassem a mudança de crenças pessoais sempre que isto for identificado como necessário. O mesmo poderia acontecer em relação ao conceito de benefícios e de barreiras. Para o primeiro, as intervenções seriam desenvolvidas para ajudar as pessoas a identificarem e entenderem os benefícios pessoais de um comportamento de saúde relacionado e para o segundo, elas visariam identificar comportamentos quando necessário. Além disso, possibilitará que os enfermeiros direcionem ou concentrem seus esforços nas crenças e comportamentos que forem identificados como críticos para cada um dos indivíduos, sem correrem o risco de não estarem atendendo uma necessidade real.

Na área da pesquisa muito ainda se tem para explorar, definir e descobrir em relação ao conceito de Comportamento Preventivo em Saúde, devendo o mesmo constituir foco de interesse de pesquisadores enfermeiros.

Finalmente na área do ensino, a compreensão deste conceito, através da sua apresentação, aplicação e discussão propiciará que os alunos alcancem uma compreensão não só dos mecanismos de instalação do processo saúde/doença, mas também dos mecanismos de base que explicam o funcionamento da realidade social o que favorecerá a aquisição de conhecimentos úteis ao processo de transformação desta realidade.

4 CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Consciente de que a maioria dos estudos existentes em relação ao comportamento em saúde dos indivíduos foram baseados ou derivados do MCS e que este, de certa forma, também foi bastante enfocado neste estudo dada a própria escassez bibliográfica em relação a existência de outros enfoques, optei por centrar as considerações deste trabalho em relação ao próprio modelo como será visto a seguir.

Com relação à validade do modelo, a revisão da literatura efetuada me permitiu identificar que os conceitos do MCS tem sido empiricamente testados desde 1952, através de pesquisas realizadas com ambos, o comportamento preventivo e o comportamento em doença e nos dois casos as pesquisas têm suportado a existência destes conceitos e a sua validade para predizer comportamento. Entretanto foi possível identificar, também, que a maioria das pesquisas que utilizaram o MCS estiveram mais preocupadas em desenvolver e suportar a predição de seus conceitos do que com o estudo metodológico de suas propriedades.

Com relação a esta questão Champion (1984, p. 75) identificou os seguintes problemas metodológicos na utilização do MCS: os instrumentos usados na maioria das pesquisas não foram testados quanto à validade e à confiabilidade; as definições operacionais variaram muito de um estudo para outro; muitos estudos usaram somente um ou dois ítens para mensurar um conceito e os conceitos foram freqüentemente operacionalizados em um nível nominal, o que permitiu apenas o uso de estatística elementar.

No entanto, Dielman et al. (1980, p. 220) consideraram que "a despeito da relativa escassez de estudos sobre a estrutura, confiabilidade e validade do modelo, já existe evidência substancial da utilidade do mesmo na predição das ações de saúde" e isto provavelmente determinará uma mudança, como já vem ocorrendo na forma e no curso de utilização do modelo em busca de seu refinamento.

Aliás, uma maior utilização do modelo e dos outros apresentados neste estudo são de grande importância para uma definição mais apurada dos fatores determinantes, dos componentes e fases do Comportamento Preventivo em Saúde e mesmo para a sua definição que como vimos, enquanto para alguns autores restringe-se a sua concepção de saúde ou do fenômeno saúde/doença, para outros envolve toda e qualquer atividade da vida diária. Além disso, a própria concepção de saúde dos diferentes autores ainda é muito variável, indo de um *continuum* onde só o biológico é enfocado até concepções mais amplas que envolvem a relação homem/universo.

Finalmente a despeito de suas limitações, considero que o presente trabalho alcançou o objetivo de despertar o interesse dos profissionais enfermeiros que atuam na área de Saúde Pública para a questão do Comportamento Preventivo em Saúde, tanto em relação à sua importância quanto à necessidade e relevância do aprofundamento de estudos acerca deste conceito para fundamentar a prática da enfermagem e de outros profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 BARRET, M. B. **The health behavior of person utilizing diagnostic cancer screening.** Chicago: 1979. 66 p. Dissertation (Master Degree of Science).

2 BECKER, M. H. al. Predicting mother's compliance with pediatric medical regimes. **Medical Care,** v. 81, p. 843-854, 1972.

3 —— . Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care,** Philadelphia, v. 13, p-10-28, 1975.

4 BECKER, M. H., ROSENSTOCK, I. M. Compliance with a medical regimen for asthma: A test of the health belief model. **Public Health Rep.,** Washington, v. 93, p. 268-277, 1978.

5 CANDEIAS, N. M., MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 13, n. 2, p. 63-68, 1979.

6 CHAMPION, V. L. Instrument development for health belief model constructs. **Advances in Nursing Science,** Maryland, v. 6, n. 3, p. 73-85, 1984.

7 DIELMAN, T. E. et al. Dimensions of children's health beliefs. **Health Education Quartely**, v. 7, n. 3, p. 219-238, 1980.

8 FERREIRA, S. L. **Crenças das mães em relação à vacinação.** Florianópolis; 1983. 119 p. Dissertação (Mestrado-Ciências de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

9 HAEFNER, D. P. et al. Preventive actions in dental disease, tuberculosis and cancer. **Public Health Reports,** Washington, v. 82, n. 5, p-851-859, 1967.

10 HALLAL, J. C. The relationships of health beliefes, health beliefs, health locus of control and self concept to lhe practice of breast self examination in adult human. **Nursing Research,** New York, v. 31, n. 3, p. 137-142, 1982.

11 HAMBURG. D. A., RUSSEL, A. Conduta a saúde. **Saúde do Mundo**, Geneve, p. 27-29, dez. 1983.

12 HOCHBAUN, G. M. **BASIC concepts in Health Sciences.** Washington: Belmont Wadsworth, 1974. cap. 7: Health behavior.

13 —— . Why people seek dragnóstic x-rays. **Public Health Report,** Washington, v. 71, p. 377-380, 1956.

14 JENKINS. D. C. The semantic diffrential for health-a technique for measuring. **Public Health Report,** Washington, v. 81, n 61, p. 549-558, 1966.

15 KALS, S. V., COBB, **S.** Health behavior, ilness behavior and sick-role behavior. **Archives of Environmental Health,** Chicago, v. 12, p. 531-541, 1966.

16 KATALSKY, M. E. The health belief model as conceptual fromwork for explaining contraceptive compliance. **Health Education Monognaphs**, Oakland, v. 5, n. 3, p. 232-243, 1977.

17 KAWASH, G. F. et al. Personality correlates of selected elements of the health belief model. **Journal of Social Psychology,** v. 112, p. 219-227, 1980.

18 KEGELES, S. S. Some motives for secking preventive dental. **The J. of American Dental Ass.,** Chicago, v. 67, n. 1, p. 90-98. 1963.

19 KIRSCHT, J. P. et al. A national study of health beliefs. **J. Health Human Behavior,** Fortwhorts, v. 7 p. 248-254, 1966.

20 LENZ, E. R. Information seeking: a component of client decision and health behavior. **Advances in Nursing Science,** Maryland, v. 6, n. 3, p. 59-72, 1984.

21 MAIMAN, L. A. et al. Scales for measuring health belief model dimensions: a test of predictive, value, interbal consistency and relationships among beliefs. **Health Education Monographs,** Oakland, v. 5, n. 3, p. 215-230, 1977.

22 MARCONDES, R. S. SOSSAI, J. A. **Educação em Saúde Pública:** conceitos básicos. São Paulo: USP, 1977. mimeogr.

23 MURDAUGH, C., HINSHAW, A. S. Theoretical model testing to identify personality variables effecting preventive. behaviors. **Nursing Research**, New York, v.35, c.1, p.19-23, 1986.

24 PENDER, N. J. A conceptual model for preventive health behavior. **Nursing Outlook**, New York, v.26, n.6, p.385-390, 1975.

25 ROSENSTOCK, I. M. et al. Why people fail to seek poliomyelites vaccination. **Public Health Rep**. Washington, v.74, n.2, p.98-103, 1959.

26 ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. **Milbanck Memorial Fomol Quately**, New York, v.64, n.3, p.94-127, 1966.

27 Historical origins of the health belief model. **Health Education. Monographs,** Oakland, v. 2, n. 4, p. 328-473, 1974.

28 ROSSER, J. M. Values and health. **Journal School Health,** Kent, v. 4, n. 7, p. 387-389, 1971.

29 SILVA, S. Prática de prevenção do câncer ginecológico. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 38, Rio de Janeiro, 20-24, out. 1986.

30 SILVA, S. Importância do pré-natal no incentivo ao aleitamento materno. **Revista Ciências da Saúde,** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. (aceito para publicação em 09/86).

31 STEUART, G. M. The people: motivation, education and action. **New York Acad. Med.,** New York, v. 51, n. 1, p-67-98, 1975.

32 STILLMAN, M. J. Women's health beliefs about breast cancer an breast self-examination. **Nursing Research,** New York, v. 26, n. 2, p. 121-126, 1977.

33 WATSON, A. B., MAYERS, M. G. Assensment and documentation: nursing theories in action. Thorofore: N. Jersey, 1981.

34 WATTS, H. J. Sexual functioning, health beliefs and compliance with high blood pressure medications. **Nursing Research,** New York, v. 31, n. 5, p. 278-283, 1982.

35 WHELLER, J. R. C., RUNDALL, T. G. Secundary preventive health behavior. **Health Educ. Quartely,** v. 7, n. 4, p. 243-262, 1980.

Endereço do autor:
Author's address:
Sonia Silva Marcon
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Maringá
Av. Colombo, 3690
Jardim Universitário
87020 — Maringá, PR