

AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES

EDUCATIONAL ACTIONS IN THE PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN WORKERS

ACCIONES EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS TRABAJADORES

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS¹

HÉLDER DE PÁDUA LIMA²

Pesquisa participante, com o objetivo de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida de catorze trabalhadores com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, com a realização dos encontros educativos. As informações foram coletadas, através de entrevista. Os resultados foram organizados em categorias empíricas. Onze participantes estavam na faixa etária de 21 a 44 anos, dez eram pardos, e um, negro. Os trabalhadores revelaram alguma noção sobre os fatores de risco da HAS e sua prevenção. Para esses, ter um estilo de vida saudável consistia em praticar exercícios físicos, gerenciar o estresse, consumir alimentos saudáveis, e abster-se de vícios. A realização dos encontros gerou modificações no estilo de vida de treze trabalhadores, com vista a prevenir e/ou controlar os fatores de risco ambientais, conseqüentemente o surgimento HAS em si mesmos, nos familiares e em outras pessoas do seu convívio.

PALAVRAS CHAVE: Hipertensão; Educação em saúde; Estilo de vida; Saúde do trabalhador.

This is a participative research aiming to evaluate the life style changes occurred with fourteen workers concerning the prevention of the risk factors of SAH, with the accomplishment of five educational meetings. The data was collected, through interviews. The results were organized in empirical categories. Among the participants, eleven were aged 21 to 44; ten of them were medium brown and one was black. The workers seemed to understand a little about the risk factors of SAH and its prevention. For such people, having a healthy life style, consisted in practicing physical exercises to manage with stress, to eat healthy food, and to avoid addiction. The meetings changed the life style of thirteen citizens, once they prevented and/or controlled the factors of environmental risks and, as a result, the risk of SAH in themselves, in members of their families as well as in other people with whom they have any relationship.

KEYWORDS: Hypertension; Health education; Life style; Occupational health

Investigación participante, con el objetivo de evaluar las modificaciones ocurridas en el estilo de vida de catorce trabajadores con el fin de prevenir y/o controlar los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), con la realización de encuentros educativos. Las informaciones se recogieron a través de entrevista. Los resultados se organizaron en categorías empíricas. Once participantes tenían entre 21 a 44 años de edad, diez eran pardos y uno, negro. Los trabajadores revelaron alguna noción sobre los factores de riesgo de la HAS y su prevención. Para ellos, tener un estilo de vida saludable consistía en practicar ejercicios físicos, vigilar el estrés, comer alimentos sanos y abstenerse de vicios. La realización de los encuentros generó modificaciones en el estilo de vida de trece trabajadores, con el fin de prevenir y/o controlar los factores de riesgo ambientales, consecuentemente el surgimiento de la HAS en si mismos, en familiares y en otras personas que conviven con ellos.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Educación en salud; Estilo de vida; Salud laboral.

¹ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Coordenadora da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana-LHAHM. Av. Washington Soares, 1321 Edson Queiroz CEP 60.811-905. Fortaleza-CE. zeliasantos@unifor.br

² Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Bolsista da CAPES. Rua Saci, 116 Parque Albano CEP 61.650-410. Caucaia-CE. pádua_helder@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos¹. Em decorrência desses eventos, esta síndrome tem constituído um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana (DCC)².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos maiores desafios para as autoridades do sistema público de saúde e profissionais dessa área, é a prevenção, o controle e o tratamento desde agravo na população em geral³.

Todavia, a eficácia no controle e no tratamento da HAS é afetada pela não-adesão da pessoa hipertensa às condutas terapêuticas e preventivas. Embora não seja um problema exclusivo da HAS, por ser freqüente em outros problemas de saúde que exigem procedimentos terapêuticos prolongados, a falta de adesão às condutas anti-hipertensivas é por demais complexa.

Além disso, o tratamento e controle da HAS são uma das intervenções mais custo-efetivas que um profissional da saúde pode prover⁴. Outro fator que dificulta a adesão é a ausência de sintomatologia na HAS, porque 50% das pessoas que têm pressão alta não sabem que têm esse problema, pois como não apresentam sinais e/ou sintomas, geralmente têm a impressão de gozar de boa saúde. Estas pessoas podem ter alteração na pressão arterial (PA) e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência desta elevada. Então, o diagnóstico desta condição clínica é frequentemente confirmado casualmente, ou seja, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal^{3,5}.

Embora o seu surgimento esteja associado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça/cor e história familiar –, a prevenção da HAS pode ser obtida através da redução dos fatores de risco coadjuvantes e promotores, como estilo de vida adequado que, por sua vez, inclui a

prática de exercício físico, o controle do peso, da ingestão reduzida de sal e do álcool, abolição do hábito de fumar, entre outros^{6,7,8}.

A mudança no estilo de vida constitui uma tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes, parecem exceder as possibilidades⁹. Assim, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma das soluções alternativas para conduzir as pessoas a essas mudanças para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes salubres^{7,10}.

A prática vivida da educação em saúde, através de grupos pode obter a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade, a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde e qualidade de vida^{11,12}. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde¹⁰.

O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superam suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida¹³.

Deste modo, os hábitos e costumes de uma determinada população podem ser modificados, uma vez que cada indivíduo possa perceber-se como sujeito de sua história e, a partir de então, iniciar a tomada de decisões com respaldo em informações técnicas corretas¹⁴. Além de interferir de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável, tem o potencial de melhorar a qualidade de vida das pessoas, e não só de reduzir a PA^{15,16}.

No entanto, se tem observado que a maioria das pessoas adota um estilo de vida insalubre nos diversos campos da atividade humana: domicílio, escola, trabalho, entre outros.

O trabalho, em particular, exerce grande impacto no cotidiano do trabalhador, visto que grande parte da sua vida se passa no ambiente laboral. Mais que isso,¹⁷ o trabalho pode influenciar comportamentos e oferecer condições de risco que podem afetar o processo saúde-doença, conduzindo o trabalhador à doença.

No estudo de Santos e Lima¹⁸ com 800 trabalhadores, sobre o estilo de vida e sua relação com a gênese da HAS, constatou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria destes, e estava relacionado com o consumo excessivo de sal e reduzido de vegetais, e de carne vermelha. Cerca de 268 (33,5%) funcionários eram usuários de bebidas alcólicas e 63 (7,8%) de tabagismo. Identificou-se também, que 89,7% eram sedentários, 29,8% frequentemente não gerenciavam as situações de estresse, e 46,7% apresentavam elevações de peso (sobrepeso e obesidade). Além disso, 103 (12,8%) entrevistados informaram pelo menos um dos problemas de saúde – diabetes mellitus, hipertireoidismo e dislipidemia –, que associados à HAS, multiplica o risco cardiovascular e cerebrovascular. Portanto, constatou-se que o estilo de vida dos trabalhadores era favorável ao surgimento da HAS. Diante deste resultado e da identificação de fatores de risco constitucionais entre esses trabalhadores – história familiar de HAS, cor negra, homens com idade superior a 40 anos, e mulheres com mais de 55 anos –, e estilo de vida insalubre, potencializa o risco iminente de HAS entre estes.

Então, diante dos resultados desse estudo e da problemática da HAS para a saúde pública, e em particular para a saúde do trabalhador; optamos por este estudo, com o objetivo de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida de trabalhadores com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, com a realização dos encontros educativos.

METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de uma pesquisa participante. Essa modalidade de pesquisa proporciona ao pesquisador o conhecimento da realidade alvo, como também possibilita integrar, através de uma contínua ação-reflexão-ação da situação definida, os participantes-pesquisadores, pela conscientização e entendimento para tomada de deci-

são, visando à transformação. O ponto central desta metodologia é a preocupação com o processo em si e não com o produto. Para tanto, é essencial a interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado, proporcionando espaço, em que as pessoas falem por si mesmas, desvelando a sua realidade, interagindo e ensinando-se mutuamente¹⁹.

O processo de interação entre pesquisador e participantes do estudo, deu-se mediante a realização de cinco encontros educativos mensais, com a utilização de dinâmicas de grupo^{20,21}, como se segue:

- 1º Encontro – Apresentação entre facilitadores e trabalhadores, desenvolvimento das dinâmicas – pacto de convivência e resgate de sua motivação, com os objetivos de aproximar os participantes, identificar as expectativas e metas do grupo, e reforçar a memorização dos nomes dos participantes.
- 2º Encontro – Discussão sobre aspectos importantes relacionado à HAS, e reforçando a gravidade do seu problema para a Saúde Pública, com o objetivo de conscientizar os trabalhadores sobre a problemática desse agravo, caracterizando-o também, como risco ocupacional.
- 3º Encontro – Identificação dos fatores de risco da HAS, dentre esses, aqueles que podem estar vinculados ao trabalho, logo podem desencadear a HAS, como uma doença ocupacional.
- 4º Encontro – Abordagem sobre o estilo de vida saudável, que envolve alimentação saudável, prática regular de exercício físico, abolição do tabagismo e do alcoolismo, e gerenciamento do estresse e manutenção do peso saudável; definindo as condutas correlatas e, posteriormente, a discussão sobre as possibilidades de incorporá-las no estilo de vida.
- 5º Encontro – Avaliação das mudanças de atitudes, compatíveis com um estilo saudável.

O estudo foi desenvolvido com 14 trabalhadores lotados em uma empresa privada, ocupantes dos cargos de pedreiro, marceneiro, eletricista, vigilante e jardineiro; independentemente da cor, idade, sexo, escolaridade e renda

mensal, que aceitaram participar da pesquisa. Foi solicitada à empresa, a liberação mensal dos participantes durante 60 minutos do seu turno de trabalho, durante os meses de agosto a dezembro de 2006, período que correspondeu à realização da pesquisa.

As informações foram coletadas, através de entrevistas, utilizando um roteiro semi-estruturado, aplicada em dois momentos: anterior aos encontros educativos, com a finalidade de apreciar o conhecimento dos participantes sobre os fatores de risco da HAS e as condutas de um estilo de vida saudável; e posterior a estes encontros, a fim de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida dos trabalhadores. Também, utilizou-se um diário de campo, para registro de observações complementares ao processo de análise compreensiva.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, e a análise baseou-se nas experiências dos trabalhadores, nos pressupostos da educação em saúde, e na literatura vigente.

O estudo realizou-se contemplando os preceitos ético-legais integrantes na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP²². Os participantes foram orientados sobre o anonimato, e que poderiam retirar o consentimento no momento em que desejassem. Os dados foram coletados após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, sob o N° 389/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de possibilitar a análise, organizamos os resultados nas categorias – caracterização dos trabalhadores, identificação do conhecimento e das condutas preventivas dos fatores de risco da HAS, descrição do estilo de vida conforme a percepção dos trabalhadores, e avaliação das modificações ocorridas no estilo de vida após a realização dos encontros.

Caracterização dos trabalhadores

De acordo com o Quadro 1, os trabalhadores encontravam-se na faixa etária de 21 a 44 anos; onze eram do

sexo masculino e três eram mulheres; treze não concluíram o ensino fundamental, e um cursava o ensino superior. Dentre os trabalhadores, onze estavam casados; dez tinham a cor parda, três eram brancos e um, negro. Oito participantes nasceram em Fortaleza-CE, e os demais em outros municípios do Estado do Ceará. Quanto à procedência, treze residiam na capital cearense, e um em Maracanaú-CE. A renda mensal variava entre 1 a 2 salários mínimos.

QUADRO 1 – Caracterização dos trabalhadores.

Faixa etária (anos)	Sexo
21 a 30	Masculino
09	11
31 a 44	Feminino
05	03
Escolaridade	Naturalidade
Ensino Fundamental Incompleto	Fortaleza
13	08
Ensino superior incompleto	*OM
01	05
Estado civil	Cor
Casados	Parda
11	10
Solteiros	Branca
02	03
União estável	Negra
01	01
Renda mensal (salários mínimos)	Procedência
Um	Fortaleza
08	13
Dois	Maracanaú
05	01

* OM – Outros municípios do Ceará.

A caracterização dos trabalhadores nos permitiu a identificação dos fatores de risco para o surgimento da HAS – idade e sexo (homens com idade acima de 40 anos e mulheres a partir de 55 anos); cor (parda e negra); e história familiar. Os fatores de risco constitucionais para a HAS, são: idade, sexo, cor e história familiar⁷. A mulher tem melhor prognóstico do que o homem, devido a menor incidência do problema quando jovens. A HAS atinge cerca de 20% da população adulta, sendo que os indivíduos da cor negra têm lesões de órgãos-alvo com maior frequência. Ainda em relação à cor, os indivíduos da raça negra pagam maior tributo à HAS. A prevalência deste agravo é maior entre os negros, seu controle é mais difícil e a maioria das complicações é mais frequente, e a mortalidade é mais elevada²³. Contribuem para isso, possivelmente, fatores ét-

nicos e sócio-econômicos²⁴. Além da contribuição dos fatores de risco constitucionais para o surgimento da HAS, a prevalência dessa é inversamente proporcional à escolaridade e à renda, fato este derivado do menor nível de cuidados com a saúde presente nesses indivíduos²⁵.

Identificação do conhecimento e das condutas preventivas dos fatores de risco da HAS

Esta categoria apresenta o conhecimento prévio dos trabalhadores sobre os fatores de risco da HAS – constitucionais e ambientais –, e as condutas preventivas destes fatores – uso adequado de sal, de gordura vegetal e de adoçantes dietéticos; abstenção do álcool e do tabaco; peso controlado; prática regular de exercício físico; ingestão adequada de café (até 100ml/dia); preferência por vegetais e por carnes brancas; e gerenciamento do estresse.

Entre os participantes, três informaram somente a história familiar, dentre os demais fatores de risco constitucionais, como fator predisponente para HAS.

Dentre os fatores de risco ambientais – coadjuvantes e promotores da HAS – o consumo excessivo de sal foi citado por nove participantes, a ingestão excessiva de café por três, o consumo de álcool e de tabaco por oito, o não gerenciamento do estresse por sete, o sedentarismo por seis, o uso de gordura animal por quatro; e a obesidade por quatro. Dois trabalhadores indicaram diabetes mellitus, como uma das co-morbidades da HAS. Nenhum dos participantes citou nome de drogas hipertensoras.

Quanto às condutas preventivas dos fatores de risco ambientais da HAS, dez trabalhadores informaram o uso adequado de sal; quatro, o uso de gordura vegetal; seis, a abstenção do álcool e do tabaco; três, o peso controlado; oito, a prática regular de exercício físico; dois, a ingestão adequada de café; um, a preferência por vegetais; dois, o consumo habitual de carnes brancas; e sete, o gerenciamento do estresse. Nenhum dos participantes indicou o uso de adoçantes dietéticos.

Atualmente, a relação entre a ingestão de sal e o desenvolvimento da HAS é vista como um defeito genético das células tubulares renais, causando retenção de sódio e de água, aumentando o débito cardíaco, e posteriormente a pressão arterial (PA)²⁶. Portanto, a redução no

consumo de sal terá implicações favoráveis sobre o controle da pressão arterial²⁷.

A qualidade da energia consumida condiciona o risco cardiovascular pelo excesso de gordura saturada, colesterol, açúcar e sal. Dessa equação de risco participa o sedentarismo, favorecendo o acúmulo de energia, que leva ao sobrepeso/obesidade²⁸. O controle adequado dos níveis lipídicos e glicêmicos acabará contribuindo para a prática de uma dieta menos calórica (com restrição de gorduras e carboidratos), sendo de grande auxílio na manutenção do peso ideal e conseqüentemente colaborando no controle da HAS²⁹. Além disso, a ingestão elevada de café e de bebidas que contenham cafeína, aumenta a PA, entretanto, não há evidências de que o uso pertinente tenha efeito hipotensor⁷.

Percebemos assim, que os trabalhadores revelaram algum saber, mesmo que elementar, sobre os fatores de risco da HAS e sua prevenção. Mas, o conhecer não é, apenas, adivinhar, mas tem algo que ver, de vez em quando, com adivinhar, com intuir. O importante é não satisfazer-se ao nível das intuições, mas submetê-las à análise metodicamente rigorosa da nossa curiosidade epistemológica. Para esse autor, quanto mais nos assumimos como estamos sendo e percebendo as razões de ser e de porque estamos sendo assim, mais nos tornamos capazes de mudar, de promovermos, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica³⁰.

Então, consideramos que a pessoa necessita obter conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, que poderão repercutir negativamente na sua saúde. Dessa forma, a educação em saúde surge como mediadora na prevenção da HAS, porque se constitui¹⁰ em uma opção política, que busca a participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individual/coletivo), através de uma reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não hábitos e atitudes salubres com o respaldo em informações técnicas corretas.

Assim, acreditamos que os trabalhadores conhecendo os fatores de risco da HAS, poderão tomar decisões, que os conduzirão a um melhor nível de saúde e de bem-estar, conseqüentemente a conquista e qualidade de vida.

Descrição do estilo de vida conforme a percepção dos trabalhadores

O estilo de vida saudável era percebido pelos trabalhadores, através da prática de exercícios físicos, controle do estresse, alimentação saudável, harmonia no ambiente familiar, condições financeiras adequadas, equilíbrio entre atividade e repouso, e abstinência de vícios.

Estilo de vida saudável é ter boa alimentação, prática regular de exercício físico, descanso para o corpo, bom ambiente familiar, evitar cigarro e bebida. (MST, 28 anos)

É a boa alimentação (comer verduras, frutas, comer com pouco sal), é também fazer caminhada, jogar bola. É ter condição financeira melhor, porque tendo dinheiro você pode comprar comida saudável. (JEG, 44 anos)

O saber dos participantes associava com a prevenção primária da HAS que, por sua vez, pode ser realizada através de⁶ mudanças no estilo de vida, incluindo o controle do peso, a ingestão reduzida de álcool e sal, abolição do hábito de fumar e a prática regular de exercício físico.

Sete participantes referiram ter estilo de vida saudável, em decorrência da prática de exercícios físicos, consumo de vegetais, busca de um relacionamento familiar harmonioso, e abstenção de álcool e de tabaco. Porém, para os outros sete trabalhadores o estilo de vida era insalubre, em decorrência do sedentarismo, alimentação inadequada, não gerenciamento do estresse, uso de bebidas alcólicas, e conflitos familiares.

Não tenho um estilo de vida saudável, porque não pratico esporte, não tenho boas amizades e sou muito estressado. (FJBS, 30 anos)

Acho que tenho estilo de vida saudável, dentro do possível. Parei de fumar, estou tentando me

alimentar melhor, mas gosto muito de carne gorda. (AFS, 24 anos)

Eu só trabalho, não tenho diversão, e me preocupo bastante com a manutenção financeira da minha família. Não é fácil viver com pouco dinheiro neste país... (FARS, 27 anos)

Como fora de casa devido o trabalho, e também não dá tempo de praticar esportes. Também, bebo umas cervejinhas e às vezes a gente discute em casa. Além disso, gosto de comer comida salgada. (SCO, 34 anos)

A HAS constitui agravo à saúde e seu surgimento está relacionado aos inadequados hábitos de vida, sem, contudo, desconsiderar os fatores de risco constitucionais. O estilo de vida da população tem contribuído substancialmente para a elevação da incidência da HAS, sendo o estresse um fator constante no cotidiano⁷.

Os participantes apresentaram as sugestões para a adoção de um estilo de vida salubre: prática regular de exercícios físicos, monitoramento periódico da PA, harmonia no ambiente familiar, alimentação saudável, condições financeiras adequadas, manutenção do peso ideal, gerenciamento do estresse, abstenção do tabaco e do álcool, e prática religiosa.

Nem sempre se pode ter um estilo de vida saudável. Por exemplo, a condição financeira influencia na alimentação, assim como o sedentarismo que também influencia na saúde. Tem que se evitar tudo aquilo que não condiz com um estilo de vida saudável – fumar, beber, comer bem. (MST, 28 anos)

Não consumir drogas, praticar esportes, não exagerar na bebida, no cigarro. Ter uma religião, que é muito importante, acreditar em si mesmo, respeitar o próximo. Ser feliz, sorrir sempre, rir é uma manobra que faz bem. Um aumento significativo no salário também é importante, pois não é fácil manter um lar. (FARS, 27 anos)

Procurar comer frutas e verduras, evitar comida salgada, bebidas, excesso de massas, cigarros e frituras. Praticar exercícios físicos. E quando tiver raiva, tentar se acalmar. Diminuir a quantidade de gordura. Não viver numa vida sedentária, procurar o profissional da saúde para medir a pressão, conviver em harmonia tanto em casa como no trabalho. (SCP, 34 anos)

A adoção de um estilo de vida saudável tem o potencial de melhorar a saúde das pessoas e não só de reduzir a PA¹⁶. Além disso, encontra-se relacionada com a conquista de qualidade de vida, interferindo de forma positiva nos fatores de risco cardiovascular¹⁵.

Avaliação das modificações ocorridas no estilo de vida, após a realização dos encontros

A prevenção da HAS envolve, principalmente, ensinamentos para introduzir modificações nos hábitos e no comportamento. A incorporação dessas modificações ocorre de maneira lenta e deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas ao longo do tempo².

Para isso, faz-se necessária a utilização de estratégias educacionais, como oficinas, que ajudem o indivíduo a entender a importância do conhecer, para que sejam absorvidas em sua vida atitudes e práticas saudáveis, que contribuam para a prevenção da doença hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde³¹.

A realização dos encontros educativos possibilitou modificações no estilo de vida em treze trabalhadores:

Agora diminui o sal da comida. Gostava do café lá do trabalho, mas passei a tomar menos depois que fiquei sabendo que ele aumenta a pressão. De comida gordurosa eu nunca gostei muito. Só falta começar a fazer caminhada. Também, orientei minha família e amigos para ter um estilo de vida saudável. (MST, 28 anos)

Passei a fazer caminhada das 05h às 06h da manhã. Convenci minha esposa a fazer também.

Estamos fazendo quatro vezes na semana. Com a caminhada, acho que estou mais disposto, tenho menos estresse e preocupações. Também, diminuí a quantidade de cafezinho, de refrigerantes. (FJBS, 30 anos)

Comecei a praticar exercício físico, coisa que nunca fiz. Estou fazendo natação duas vezes na semana. Só não faço mais vezes na semana por falta de tempo. Mudei também algumas coisas na minha alimentação e na da minha família. No refeitório eu passei a rejeitar aqueles alimentos gordurosos. Minhas filhas e minha esposa também estão comendo com pouco sal, principalmente depois que falei para elas sobre as doenças que uma alimentação inadequada pode causar. Nós também passamos a comer mais frutas e verduras. (LRA, 30 anos)

Nesses depoimentos evidenciamos a ocorrência de modificações favoráveis à prevenção da HAS em alguns participantes, e também a atuação dos participantes, como agentes multiplicadores das ações de educação em saúde na família. Ressalta-se que no primeiro encontro, os trabalhadores revelaram como objetivos de sua participação nesse estudo: tornar-se agente de autocuidado e multiplicador, cuidador familiar, mudança nos hábitos alimentares, prevenção da HAS, e ampliação de conhecimento sobre esse problema de saúde.

Para conscientizar os trabalhadores a adotarem um estilo de vida saudável, a educação em saúde é um recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude, que vise não só o controle da HAS, como também, a busca do melhor nível de saúde e de bem-estar. Mas,³² a educação em saúde, deverá ser uma práxis em qualquer espaço institucional – escola, família e trabalho – que torne a pessoa livre e consciente na hora da seleção das condutas para um estilo de vida saudável.

Santos e Lima³² reforçam que é muito importante, além do aspecto educacional, o acúmulo de informações a respeito da HAS e das mudanças no estilo de vida; o indivíduo deve estar consciente da gravidade dessa doença, que é assintomática, pois só assim, poderá se prevenir das complicações futuras e estar motivado para as alterações no

cotidiano, que talvez envolvam um dos aspectos mais difíceis de serem alcançados, que é a adesão às condutas de controle da HAS, e de prevenção de suas complicações.

Todavia, um sujeito não adotou hábitos salubres, embora tenha compreendido a importância da adoção de um estilo de vida saudável, justificando a indisponibilidade de tempo e a vivência de situações freqüentes de estresses no exercício das atividades laborativas.

Não pratico atividade física regularmente pela falta de tempo. Também, acho que não tenho alimentação saudável. O meu trabalho também é muito estressante, nele eu resolvo muitos problemas ... mas vou tentar melhorar. (FARS, 27 anos)

Evidenciamos no relato desse trabalhador, que a ainda não foi possível mudar seus hábitos, contudo percebemos que ele estava motivado. Também, admitimos que os encontros educativos não tenham sido suficientes para a introdução de mudanças, porque o processo educativo demanda tempo, razão pela qual admitimos a existência de dificuldade nessa mudança.

Então, mudar é difícil, mas é possível. É a partir desse saber fundamental, que vamos programar nossa ação político-pedagógica, com a certeza do êxito, uma vez que é possível mudar, de que é preciso mudar, e de que preservar situações concretas de miséria é uma imoralidade. É assim que este saber que a história vem comprovando se erige em princípio de ação e abre caminho à constituição, na prática, de outros saberes indispensáveis³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos permitiu admitir que os trabalhadores, demonstraram interesse em mudar seu estilo de vida, com vista a prevenir ou controlar os fatores de risco ambientais da HAS, conseqüentemente o surgimento desse agravamento em si mesmo, nos seus familiares e em outras pessoas do seu convívio.

A realização dos encontros educativos possibilitou modificações significativas no estilo de vida, que poderão resultar na promoção da saúde e do bem estar, inclusive prevenindo a HAS, uma vez que esta continua sendo um

fator de risco preponderante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Ressaltamos que a apropriação de um estilo de vida saudável é possibilitada através da educação. Esta é sempre uma estratégia fundamental para engajar a pessoa nas ações de autocuidado³³.

Os resultados deste estudo nos possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o impacto do nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, família e comunidade, na busca de mudanças de comportamento, com vista à promoção da saúde, quer seja na vigência de problemas de saúde ou não. Mas, em se tratando da HAS, e de outras doenças crônico-degenerativas, esse nosso papel reflete a relevante importância, no investimento na adesão de pessoas portadoras desses agravos, às condutas preventivas e de controle.

Portanto, mediante essa reflexão, sugerimos aos profissionais que acompanham pessoas hipertensas e aquelas portadoras de outros problemas de saúde, o planejamento e a implementação de estratégias educativas dessa natureza, envolvendo instituições de ensino e de serviço, com a finalidade de conduzi-las ao estilo de vida saudável, eliminando ou controlando os riscos da HAS e de outros problemas de saúde entre os familiares, principalmente aqueles hereditários, além do controle efetivo dessas enfermidades.

REFERÊNCIAS

1. Wetzel Junior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. *Nursing (São Paulo)* 2005 fev; 8(81): 70-5.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH. São Paulo (SP): 2006.
3. Reiners AAO. Hipertensão arterial: perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Texto & Contexto Enferm*, 2004 jan/mar; 13(1): 41-9.
4. Moreira TMM, Araújo TL. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. *Rev. RENE*, 2002 jul/dez; 2(2): 39-46.
5. Amato MCM, Amato SJTA. *Estilo de vida*. São Paulo: Roca; 2004.
6. Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e

- hipertensão arterial em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*, 2005 jan; 84(1): 29-33.
7. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza: Brasil Tropical; 2003.
 8. Rosa E, Plavnik FL, Tavares A. Hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Med*, 2004; 61(2): 56-69.
 9. Maia GA, Morano MTAP. Hipertensão arterial: uma das soluções está na educação. *Anima*, Fortaleza (CE) 2002 abr/jun; 1(3): 67-73.
 10. Wendhausen A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. *Alcance*, São Paulo 2001 maio; 10(2):19-23.
 11. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 78-87.
 12. Emmel MLG. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. *Cad Terap Ocup*, 2002 jan/jun; 10(1):30-41.
 13. Silva DGV. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & Contexto Enferm*, 2003 jan/abr; 12(1): 97-103.
 14. Macena RM. Tendências pedagógicas e educação em saúde. *Anima*, Fortaleza (CE) 2003 out/dez; 1(5):29-37.
 15. Souza WKB. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. *Rev Bras Hiperten*, São Paulo (SP) 2004; 11(2):115-16.
 16. Heyde RVD, Heyde MVD. Implementando modificações no estilo de vida. *Rev Bras Hipertens*, 2004 abr/jun; 11(2):102-4.
 17. Lucas AJ. O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. São Paulo: Iátria; 2004.
 18. Santos ZMSA, Lima HP. Estilo de vida de funcionários de uma universidade privada e sua relação com a gênese da hipertensão arterial. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2005.
 19. Santos IE. Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica. Rio de Janeiro: Ímpetus; 2003.
 20. Albigenor RM. SOS dinâmicas de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2003.
 21. Barreto MFM, organizadora. Dinâmica de grupo: história, prática e vivências. Campinas: Alínea; 2003.
 22. Ministério da Saúde(BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96). Brasília; 1996.
 23. Amodeo C. Hipertensão arterial – como diagnosticar e tratar. *Rev Bras Med* 2003 dez; 52(12): 193-200.
 24. Pinheiro LA, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada: um estudo crítico. In: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro, 2003. Módulo 2, fasc 3, p. 16-26.
 25. Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu; 2000.
 26. Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
 27. Fortes NA, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*, 2004 jan/mar; 13(1): 26-34.
 28. Guimarães AC. Hipertensão como fator maior de risco de aterosclerose. *Hipertensão*, 2003; 4: 142-3.
 29. Jardim PCBV. Abordagem não-medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro, 2003. Módulo 5, fasc 2, p. 10-9.
 30. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
 31. Ferreira Sobrinha M, Souza ME. Educação em saúde: uma estratégia para o autocuidado de clientes com hipertensão. In: Fraga MNO, Braga VAB, Souza AMA. Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinaridade: avaliação e métodos. Fortaleza: Pós-Graduação- DENE/ UFC/FFOE/FCPC; 2001.
 32. Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. *RBPS Rev Bras Prom Saúde*, 2005; 18(3):145-51.
 33. Santos ZMSA, Silva RM; Monteiro D. Mulher com hipertensão e a relação com a menopausa. *Rev. RENE*, 2007; 7(1): 52-60.

RECEBIDO: 18/07/2007

ACEITO: 27/11/07