

**TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES: ANÁLISE DAS
MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA**
**EDUCATIONAL HEALTH TECHNOLOGY IN ARTERIAL HYPERTENSION PREVENTION IN
WORKERS: LIFESTYLE CHANGE ANALYSIS**
**TECNOLOGÍA EDUCATIVA EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN TRABAJADORES: ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA**

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos¹, Helder de Pádua Lima²

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana. Ceará, Brasil.

² Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Ceará, Brasil.

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

RESUMO: Pesquisa participante que analisa as mudanças no estilo de vida de 20 trabalhadores da construção civil, serviços gerais e segurança, na prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica, a partir da aplicação de uma tecnologia educativa em saúde. Os dados foram coletados através de entrevista entre agosto/dezembro de 2006 e analisados com base na análise de conteúdo de Bardin. Os sujeitos revelaram noções sobre fatores de risco da síndrome hipertensiva e as condutas preventivas. Para esses, um estilo de vida saudável incluía prática de exercícios físicos, gerenciamento do estresse, alimentação saudável e ausência de vícios. A implementação da tecnologia educativa possibilitou mudanças no estilo de vida em 16 sujeitos, os motivou a manter estas mudanças e a inserir outras que fossem necessárias à prevenção e/ou controle dos fatores de risco ambientais da hipertensão arterial sistêmica, conseqüentemente, evitando ou postergando a instalação deste agravo em si mesmos e nos seus familiares.

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

ABSTRACT: This study involves participant research which analyzes the lifestyle changes of 20 workers in the prevention risk factors for systematic arterial hypertension, from the application of educational health care technology. The participants were civil construction, general services, and security workers. The data was collected through interviews during August and December of 2006. The results were organized in empirical categories and analyzed based on Bardin's content analysis. The workers revealed their notions on the hypertension syndrome risk factors and prevention conduct. For them, a healthy lifestyle included the practice of physical exercises, stress management, a healthy diet, and the absence of vices. The implementation of educational health care technology enabled lifestyle changes in 16 subjects, motivated them to maintain these changes, and insert other changes that would be necessary for the prevention and/or control of environmental arterial hypertension risk factors, thus preventing or postponing the installation of this aggravation in themselves, in their families, or others.

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

RESUMEN: Investigación participante en la que se analizan los cambios en el estilo de vida de 20 trabajadores, en lo que se refiere a la prevención de los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial Sistémica, por medio del empleo de una tecnología educativa en salud. Los trabajadores seleccionados trabajaban en la construcción civil, en servicios generales y en la seguridad. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, en el período de agosto a diciembre de 2006. Los resultados obtenidos se organizaron en categorías empíricas y fueron analizados con base en el análisis de contenido de Bardin. Los sujetos del estudio revelaron conocer algunas nociones sobre los factores de riesgo del síndrome hipertensivo y de las conductas preventivas. Para ellos, un estilo de vida saludable incluye la realización de ejercicios físicos, el control del estrés, la alimentación saludable, y la ausencia de vicios. La implantación de la tecnología educativa en salud permitió cambios en el estilo de vida de 16 sujetos, además de motivarlos a mantener esos cambios e incluir otros que son necesarios para la prevención y/o control de los factores ambientales de riesgo de la hipertensión arterial sistémica, y en consecuencia, previniendo o posponiendo la instalación de este daño en sí mismos y en sus familiares.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Endereço: R. Gonçalves Ledo, 1635
60.110-261 - Aldeota, Fortaleza, CE, Brasil.
Email: zeliasantos@unifor.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de julho de 2007
Aprovação final: 21 de janeiro de 2008

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, ou seja, a partir de 135mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 85mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD), desse modo possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar à alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos. A HAS é um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana.¹

Vários são os fatores que dificultam o controle e o tratamento da HAS, entre esses, a não-adesão ao tratamento, fato que é muito observado pelos profissionais de saúde. Embora não seja um problema exclusivo da HAS, por ser freqüente em outros regimes terapêuticos prolongados, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade.² Um dos fatores que dificulta a adesão é a ausência de sintomas na HAS, pois apenas metade das pessoas que sofre de pressão alta sabe que tem a doença, pois como não apresentam 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 dessa elevada. A maioria toma conhecimento do diagnóstico desse agravamento, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal.

Apesar de o seu surgimento estar intimamente relacionado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça/cor e história familiar –, a prevenção ou postergação da HAS pode ser obtida através da eliminação ou controle dos fatores de risco ambientais – sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100ml de café ou de bebidas que contêm cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo), adotando-se estilo de vida saudável que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico; o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, a abolição do hábito do tabagismo e o gerenciamento do estresse.³

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue

fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental 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 saudáveis.³

A vivência da educação em saúde através de grupos favorece 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.⁴

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 superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida.⁵ Neste contexto, as Tecnologias Educativas em Saúde (TESs) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.⁶ A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível.⁷

Neste estudo, a elaboração da TES teve a meta de capacitar os trabalhadores para a adoção de estilo de vida saudável, com vista à prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, a partir da superação de suas dificuldades, obtenção de maior autonomia, para a incorporação dos papéis de agente do autocuidado e de multiplicador das ações educativas, junto aos familiares e demais pessoas do convívio.

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.⁸ Entretanto, o que se observa é que a maioria das pessoas possui um estilo de vida inadequado nos diversos âmbitos em que desenvolvem suas atividades: domicílio, escola, trabalho, entre outros.

Particularmente, o trabalho causa grande impacto no cotidiano do trabalhador, uma vez que grande parte da sua vida se passa no ambiente laboral. Além disso, o trabalho pode influenciar comportamentos e oferecer condições de risco que podem afetar o processo saúde-doença, conduzindo a pessoa à doença.⁹

De acordo com um estudo* realizado com 800 trabalhadores, sobre o estilo de vida e sua relação com a gênese da HAS, evidenciou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria destes, e estava relacionado com o consumo excessivo de sal e carne vermelha, e reduzido de vegetais. Cerca de 268 (33,5%) trabalhadores eram usuários de álcool e 63 (7,8%) eram tabagistas. Identificou-se também, que 89,7% eram sedentários, 29,8% gerenciavam esporadicamente as situações de estresse, e 46,7% apresentavam alterações de peso (sobrepeso e obesidade). Cerca de 103 (12,8%) entrevistados possuíam pelo menos um dos problemas de saúde - *diabetes mellitus*, hipertireoidismo e dislipidemia -, que freqüentemente estão associadas à HAS e, conseqüentemente, constituem risco cardiovascular e cerebrovascular. Então, constatou-se que o estilo de vida dos trabalhadores era favorável ao surgimento da HAS. Refletindo sobre esses resultados e a 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 - evidencia-se que havia risco iminente da instalação desse agravo na saúde dessas pessoas.

Portanto, mediante os resultados desse estudo e da problemática da HAS para a Saúde Pública e, especialmente, para a saúde do trabalhador; optamos por este estudo, com o objetivo de analisar as mudanças ocorridas no estilo de vida de trabalhadores na prevenção dos fatores de risco da HAS, a partir da aplicação de uma TES.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa participante, na qual é exigido estreito relacionamento entre investigador e realidade (pessoas e objeto de pesquisa).¹⁰ Para que essa seja realizada, necessita também, de estudos preliminares sobre a região ou população pesquisada para a identificação de problemas sendo, posteriormente, aplicado um plano de ação sobre a mesma. Ressalta-se que o

problema foi identificado em um estudo realizado anteriormente com trabalhadores,* ao constatar-se que o estilo de vida adotado por esses, era insalubre e estava relacionado com o surgimento da HAS. Portanto, neste estudo, foram analisadas as mudanças ocorridas no estilo de vida, a partir da aplicação de uma TES.

A interação entre facilitadores (autores do estudo) e trabalhadores em estudo, necessária para a realização desta pesquisa, deu-se mediante a realização de cinco oficinas educativas, que constituíram a TES. Estas oficinas foram desenvolvidas a partir da utilização de estratégias de dinâmicas de grupo, com intervalos de um mês entre cada uma, como se segue.

1ª Oficina - apresentação entre facilitadores e trabalhadores, o pacto de convivência e o resgate de sua motivação, com os objetivos de aproximar os sujeitos, identificar as suas expectativas e metas, reforçar a memorização dos nomes dos participantes. Finalizamos com o aprazamento da primeira entrevista, que teve a finalidade de apreciar o conhecimento dos participantes sobre os fatores de risco da HAS e as condutas de um estilo de vida saudável.

2ª Oficina - discussão sobre a HAS, demonstrando esse agravo como um problema para a Saúde Pública, com o objetivo de conscientizar os trabalhadores sobre a problemática do mesmo, caracterizando-o também, como risco ocupacional.

3ª Oficina - identificação dos fatores de risco da HAS, dentre esses, aqueles que estão associados à profissão/ocupação e às condições de trabalho.

4ª Oficina - abordagem sobre o estilo de vida saudável, definindo as condutas preventivas e, posteriormente, a discussão sobre o programa regular de exercício físico e, capacitando-os para a sua prática. Ressalta-se que os trabalhadores da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) eram submetidos anualmente à avaliação clínica pelo Serviço Médico do Trabalho. Assim, os participantes foram considerados aptos para a prática do exercício físico, atendendo a nossa solicitação.

5ª Oficina - descrição e avaliação das mudanças comportamentais ocorridas no estilo de vida dos participantes com a implementação da TES, através da socialização das experiências vividas, enfatizando os sucessos alcançados e as dificuldades encontradas. Encerramos as ativi-

* Estudo realizado por Santos ZMSA e Lima HP, intitulado *Estilo de vida de funcionários de uma universidade privada e sua relação com a gênese da hipertensão arterial, em 2005 em Fortaleza (CE)*.

dades propostas pela TES, com o aprazamento da segunda entrevista para dois meses depois, com vista apreciar o alcance do objetivo da TES. Ressaltamos, que a avaliação das mudanças comportamentais ocorreu durante e após a aplicação da TES, com base nas metas pré-estabelecidas para cada oficina. Portanto, consideramos o período de sete meses adequado para essa avaliação.

O estudo foi desenvolvido com 20 trabalhadores lotados na UNIFOR, independentemente da cor, idade, sexo, escolaridade e renda mensal, que aceitaram participar da pesquisa. A seleção dos participantes aconteceu mediante o convite para uma reunião, na qual foram apresentados os resultados do estudo* e expostos a natureza, os objetivos e a relevância do estudo atual. Dos cinquenta que compareceram à reunião, vinte e seis aceitaram participar do estudo, porém seis desistiram posteriormente. Então, foi solicitada a UNIFOR, a liberação mensal dos trabalhadores durante 60 minutos do seu turno de trabalho, durante o período de cinco meses, isto é, de agosto a dezembro de 2006.

Os dados foram coletados, através de entrevista, utilizando um roteiro semi-estruturado, aplicado em dois momentos: na primeira e na última oficina. Ressalta-se que foi utilizado um diário de campo, durante as oficinas, para registro de observações complementares ao processo de análise e inferência.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, e analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin,¹¹ fundamentando-se nas experiências dos participantes, nos pressupostos da educação em saúde, e na literatura selecionada.

A pesquisa foi realizada com base na Resolução Nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.¹² Os trabalhadores foram orientados sobre o anonimato e que poderia ser retirado o consentimento no momento em que desejassem. Em respeito ao anonimato, identificamos os sujeitos por iniciais fictícias, mantendo a idade real de cada um. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR, sob o Nº 349/2006.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para possibilitar a análise, organizamos os resultados nas categorias – caracterizando os sujeitos, apreciando o conhecimento e as condutas preven-

tivas dos fatores de risco da HAS, descrevendo o estilo de vida sob a ótica dos sujeitos, e avaliando as mudanças comportamentais no estilo de vida.

Caracterizando os sujeitos

Cerca de 14 sujeitos eram homens, e seis eram mulheres; na faixa etária entre 21 e 46 anos, 16 não concluíram o ensino fundamental, e um estava cursando o ensino superior. Dentre os sujeitos, 11 estavam casados; 10 tinham a cor parda, três eram brancos e um, negro. Dez participantes eram naturais de Fortaleza - CE, e os demais de outros municípios do estado do Ceará. Quanto à procedência, 18 residiam na capital cearense, e dois em Maracanaú - CE. A renda mensal variava entre um a dois salários mínimos. Os sujeitos ocupavam-se de funções relacionadas à construção civil, serviços gerais, e segurança.

Entre os sujeitos identificou-se os 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.³ Os fatores de risco identificados, são denominados de constitucionais ou não-modificáveis para a HAS, sendo estes: idade, sexo, cor e história familiar. A mulher tem melhor prognóstico do que o homem, devido a menor incidência do problema quando jovens.¹³ A HAS atinge cerca de 20% da população adulta, sendo que os indivíduos da cor negra têm lesões de órgãos-alvo com maior frequência, a prevalência é maior, o controle é mais difícil, a maioria das complicações é mais frequente, e a mortalidade é mais elevada.¹⁴ Além da contribuição dos fatores de risco constitucionais para o surgimento da doença, a prevalência da HAS é inversamente proporcional à escolaridade e à renda, fato este derivado do menor nível de cuidados com a saúde presente nesses indivíduos.

Apreciando o conhecimento e as condutas preventivas dos fatores de risco da HAS

Esta categoria descreve o conhecimento prévio dos sujeitos sobre os fatores de risco da HAS – constitucionais e ambientais – e as condutas preventivas destes fatores: uso reduzido de sal, de carboidratos complexos (massas) e de álcool, consumo de gordura vegetal e de adoçantes dietéticos; abstenção do tabaco; manutenção do peso controlado; prática regular de exercício físico; ingestão adequada de café ou de bebidas que contém cafeína (até 100ml ao dia); preferência por vegetais e por carnes brancas; e gerenciamento do estresse.

Entre os sujeitos, seis informaram somente a história familiar, dentre os demais fatores de risco constitucionais da HAS. Contudo, entre os ambientais coadjuvantes e promotores da HAS – o consumo excessivo de sal foi citado por nove sujeitos, a ingestão excessiva de café por 10, 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 sujeitos indicaram o *diabetes mellitus*, como uma das co-morbidades da HAS. No geral, cinco sujeitos informaram de dois a três fatores de risco, a saber: consumo excessivo de sal, abuso de álcool e não gerenciamento do estresse. Mas, nenhum dos sujeitos citou as drogas que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos.

Em relação às condutas preventivas dos fatores de risco ambientais da HAS, três sujeitos informaram o uso adequado de sal; quatro, o consumo de gordura vegetal; seis, a abstenção do álcool e do tabaco; três, o peso controlado; 10, a prática regular de exercício físico; quatro, a ingestão adequada de café; um, a preferência por vegetais; dois, o predomínio de carnes brancas; e 10, o gerenciamento do estresse. Evidenciamos, que quatro sujeitos indicaram mais de uma conduta: consumo de gordura vegetal, abstenção do álcool, uso adequado de sal e prática regular de exercício físico. Porém, nenhum dos sujeitos 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 PA.¹⁵ Portanto, a redução no consumo de sal terá implicações favoráveis sobre o controle da PA.¹⁶

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/obesidade.¹⁷ 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 HAS.¹⁸ Além disso, o consumo elevado de café e de bebidas que contenham cafeína, causam aumento agudo da PA, entretanto, não há evidências de que o uso prolongado tenha efeito hipertensor.³

Evidenciou-se assim, que os sujeitos tinham uma noção, embora elementar e fragmentada,

acerca dos fatores de risco da HAS e de sua prevenção, respectivamente. Esse saber oriundo do senso comum, isto é, aquele passado de geração a geração e/ou decorrente das experiências vivenciadas no cotidiano, não foi submetido a uma reflexão crítica. A reflexão crítica possibilita a produção de um novo saber ou conhecimento, viabilizando a aprendizagem, que significa mudança de comportamento. Portanto, conhecer não é, apenas, adivinhar, mas tem algo que ver, de vez em quando, com adivinhar, com intuir.¹⁹ O importante é não satisfazer-se somente com as intuições, mas submetê-las à análise metodicamente rigorosa da curiosidade epistemológica, que leva a produção e ampliação do conhecimento. Também, quanto mais se assume, como está sendo e percebe as razões de ser e de porque está sendo assim, mais se torna capaz de mudar, de promover-se, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica.

Consideramos que os sujeitos necessitam ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, para preveni-la ou postergá-la. Assim, a educação em saúde surge como estratégia para a prevenção da HAS, pois capacita e torna os sujeitos autônomos para tomar as suas decisões, através uma reflexão/ação/reflexão, 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 saudáveis.

Descrevendo o estilo de vida sob a ótica dos sujeitos

Para os sujeitos do estudo, um estilo de vida saudável relacionava-se com a prática de exercícios físicos, gerenciamento do estresse, alimentação saudável, harmonia no ambiente familiar, condições financeiras adequadas, equilíbrio entre atividade e repouso, e ausência de vícios.

[...] *estilo de vida saudável está relacionado com a boa alimentação, práticas regulares de atividade física, horário em que se possa descansar o corpo, estar num bom ambiente familiar, evitar cigarro e álcool* (DST, 22 anos).

[...] *é ter boa alimentação (comer verduras, frutas, não consumir frituras, usar pouco sal), é também fazer esportes... condição financeira melhor, que ajuda a ter uma vida saudável* (HEB, 34 anos).

Os depoimentos dos sujeitos condiziam com a prevenção primária da HAS que, por sua vez, pode ser executada através de mudanças no estilo de vida, tais como – o controle do peso, ingestão

reduzida de álcool e sal, abolição do hábito de fumar, e prática regular de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo, etc).

Cerca de oito sujeitos relataram ter estilo de vida saudável, devido à prática de exercício físico, ao consumo de vegetais, à manutenção de relacionamento familiar equilibrado e harmônico, e à abstenção de álcool e de tabaco. Todavia, os demais sujeitos afirmaram não ter estilo saudável, fato que foi justificado pelo sedentarismo, alimentação inadequada, falta de gerenciamento do estresse, consumo de álcool, e desavenças familiares.

[...] *o meu estilo de vida não é saudável, porque não faço caminhada, e sou muito impaciente e estressado* (EJDT, 40 anos).

[...] *dentro do possível procuro viver bem e sem extravagâncias, pois parei de fumar, tento me alimentar bem, mas gosto muito de gordura* (AGQ, 22 anos).

[...] *eu vivo muito de trabalho, não tenho lazer, e me preocupo bastante com a minha responsabilidade no lar, porque não é fácil manter uma família neste País* (EAPX, 37 anos).

[...] *tenho que comer fora de casa devido o trabalho, tenho tempo de fazer esporte... bebo cerveja e às vezes me atrito com minha família... e gosto de carne de sol salgadinha* (PGO, 37 anos).

A HAS é um agravo à saúde e sua instalação está associada 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 cotidiano.³

Os sujeitos indicaram como sugestões para adotar um estilo de vida saudável: alimentação saudável, prática regular de exercício físico, controle periódico dos níveis pressóricos, tranqüilidade no ambiente familiar, condições financeiras adequadas, controle do peso, gerenciamento do estresse, abolição do tabaco e do álcool, e prática religiosa.

[...] *é difícil uma pessoa ter um estilo de vida saudável, porque é preciso ter boa condição financeira para comprar bons alimentos ... evitar tudo aquilo que é nocivo à saúde* (DST, 22 anos).

[...] *evitar drogas, fazer esporte, beber com moderação, não fumar cigarro... praticar uma religião, acreditar em si mesmo, ajudar o próximo... ser feliz, sorrir sempre. Aumento bom no salário, pois evitaria muita preocupação no sustento da família* (EAPX, 37 anos).

[...] *comer verduras, evitar sal, bebidas alcoólica, muita massa, cigarros e frituras... fazer caminhada... evitar ter raiva à toa, procurar se acalmar... reduzir a*

gordura... não ser sedentária, procurar o profissional da saúde para tirar a pressão, tentar viver em paz em casa como no trabalho (PGO, 37 anos).

A opção por um estilo de vida saudável tem o potencial de melhorar a saúde das pessoas e não só de reduzir a PA.⁸ Além disso, essa atitude pode favorecer a conquista de qualidade de vida, além da prevenção e/ou do controle dos fatores de risco cardiovascular.

Avaliando as mudanças comportamentais no estilo de vida

A prevenção da HAS envolve, principalmente, a conscientização das pessoas para a mudança de hábitos e comportamentos adequados. A introdução dessas mudanças ocorre de maneira lenta e processual, deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas por longo do tempo.¹

Para tanto, é imprescindível a utilização de estratégias educativas, como oficinas ou similares, que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento na seleção e incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e/ou controlando, desse modo, a síndrome hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde.

A implementação das oficinas educativas possibilitou mudanças no estilo de vida em 16 sujeitos.

[...] *para mim não tinha nada de ruim comer com sal... mas agora diminuí o sal da comida... tomava muito café lá no setor onde trabalho, mas passei a beber menos, porque já sei que aumenta a pressão... só falta fazer exercício físico... orientei minha família, colega de trabalho e outras pessoas de como evitar ter pressão alta* (DST, 22 anos).

[...] *estou caminhando todo dia manhã cedo com a minha esposa ... depois que passei a caminhar, sinto mais disposição me irritado menos, me preocupo menos ... também, diminuí a quantidade de cafezinho, tirei os refrigerantes, e passei a valorizar mais a vida depois desses oficinas* (EJOB, 24 anos).

Esses depoimentos demonstram a adoção de mudanças favoráveis à prevenção da HAS entre alguns sujeitos, e também explicitam a atuação desses como agente multiplicador das ações educativas na família e no trabalho. Ressaltamos que na primeira oficina os sujeitos revelaram como expectativas de sua participação, a capacidade de tornar-se agente multiplicador do saber produzido

entre os familiares e demais pessoas do seu convívio, agente de autocuidado no desempenho de condutas que previnem a HAS e familiar cuidador em relação à sua participação no cuidado com os familiares com vista à prevenir este agravo.

A capacitação dos sujeitos para a incorporação destes papéis, foi intermediada pela educação em saúde, pois essa é um recurso oportuno e imprescindível ao empoderamento das pessoas, com vista à mudança de atitude em si e nos familiares, que vise não só a prevenção e/ou controle da HAS, como também, a busca do melhor nível de saúde e de bem-estar. Portanto, 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.²⁰

É muito importante, que além do aspecto educacional, do acúmulo de informações a respeito da HAS e das mudanças no estilo de vida, o indivíduo esteja consciente da gravidade desse agravo que é, em muitos casos, 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.²⁰

Mas, um sujeito não mudou seus hábitos, embora tenha admitido a finalidade de adotar hábitos salubres. Esse justificou a sua conduta em detrimento da indisponibilidade de tempo para a prática de exercício físico e a presença freqüente de situações de estresse no ambiente de trabalho.

[...] não tenho estilo de vida saudável, pois não pratico exercício físico por falta de tempo... minha alimentação não é saudável... meu trabalho é muito estressante, sempre com muitos problemas para resolver (EAPX, 37 anos).

Entendemos no depoimento desse sujeito, que a mudança ainda não foi possível, contudo admitimos que o período de acompanhamento nas oficinas educativas não tenha sido suficiente para motivá-lo a mudar, uma vez que o processo educativo carece de tempo, pois mudar é difícil, mas é possível.¹⁹ Então, é a partir desse saber fundamental, que vamos programar nossa ação política pedagógica, com a certeza do êxito, uma vez que é possível mudar, de que é preciso mudar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados nos permite afirmar, que a implementação da TES possibilitou mudan-

ças no estilo de vida em 16 sujeitos, os motivou a manter estas mudanças e a inserir outras que fossem necessárias à prevenção e/ou controle dos fatores de risco ambientais da HAS, conseqüentemente, evitando ou postergando a instalação deste agravo em si mesmos, nos seus familiares, e dentre outras pessoas do seu convívio.

As mudanças significativas e relatadas pelos trabalhadores em seu estilo de vida, processualmente resultarão na promoção de sua saúde e do seu bem estar, em particular na prevenção da HAS, que ainda continua sendo um fator de risco preponderante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Os resultados deste estudo nos possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre a repercussão do nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, à família e à comunidade, na busca de mudanças comportamentais, que resultem na promoção da saúde, na vigência ou não de problemas de saúde. Mas, em se tratando de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, entre essas a HAS, o nosso papel torna-se preponderante na condução dessas pessoas à adesão às condutas de controle desse agravo, e preventivas das complicações crônicas (ou doenças) cardiovasculares e cerebrovasculares.

Enfim, sugerimos aos profissionais da saúde, a implementação de TES dessa natureza, com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, em pessoas nas várias fases do ciclo vital, a partir da infância, e nos diversos campos de atuação humana – escola, trabalho, domicílio, dentre outros –, 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. Reforçamos ainda que a elaboração e aplicação de TES aconteçam de forma integrada entre instituições de ensino e de serviço.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo (SP): SBH; 2006.
- 2 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.
- 3 Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003.

- 4 Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p.78-87.
- 5 Silva DGV. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2003 Jan-Mar; 12 (1): 97-103.
- 6 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
- 7 Rosso FR, Lima MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2005 Maio-Jun; 58 (3):305-10.
- 8 Heyde RVD, Heyde MVD. Implementando modificações no estilo de vida. *Rev. Bras. Hiperten.* 2004 Abr-Jun; 11 (2): 102-4.
- 9 Lucas AJ. O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. São Paulo (SP): Iátria; 2004.
- 10 Santos IE. Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica. Rio de Janeiro (RJ): Ímpetus; 2003.
- 11 Bardin L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70, 1977.
- 12 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de dezembro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
- 13 Amodeo C. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. *Rev. Bras. Med.* 2003 Dez; 52 (12): 193-200.
- 14 Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
- 15 Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro (RJ): Rubio; 2004.
- 16 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.
- 17 Guimarães AC. Hipertensão como fator maior para aterosclerose. *Rev. Bras. Hiperten.* 2000 Out-Dez; 6 (4): 142-3.
- 18 Jardim PCBV. Abordagem não-medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. Programa Educ. Continuada: SBC. 2003 Ago-Dez; 5 (2): 10-9.
- 19 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.
- 20 Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. *RBPS.* 2005 Ago-Out; 18 (3): 145-51.