

ATTITUDES E PRÁTICAS ADOTADAS POR TRABALHADORES HIPERTENSOS NO CONTROLE DA DOENÇA

Attitudes and practices adopted by hypertensive workers on the disease's control

Artigo original

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se em grave problema de saúde pública, com uma prevalência de 20 a 25% na população acima de 18 anos. Na prática profissional, tem-se deparado com a falta de adesão ao tratamento, manifestada não só pela suspensão ou irregularidade no tratamento farmacológico, mas também, pela adoção de estilo de vida inadequado. Este trabalho teve como objetivo identificar atitudes e práticas de trabalhadores hipertensos no controle desta doença. A pesquisa constituiu-se de um estudo descritivo realizado com 25 trabalhadores da Universidade de Fortaleza, previamente diagnosticados como hipertensos. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, realizada no horário de trabalho dos participantes. Constataram-se, na maioria dos entrevistados, práticas e atitudes inadequadas ao controle da hipertensão arterial, inerentes às condutas higiênico-dietéticas e medicamentosas, pois 14 (56,0%) eram dislipidêmicos, 13 (52,0%) tinham sobrepeso, 5 (20,0%) eram obesos, 9 (39,0%) eram alcoolistas, e 4 (16,0%) eram tabagistas. Os trabalhadores declararam ter dificuldade na aquisição dos medicamentos para o controle da pressão arterial devido ao baixo poder aquisitivo. Conclui-se que os trabalhadores não adotavam práticas e atitudes adequadas ao controle da hipertensão arterial, por não aderirem bem às condutas terapêuticas ou por apresentarem deficiência de conhecimentos sobre as mesmas, apesar de, em alguns ter-se evidenciado o esforço no seguimento dessas práticas.

Descritores: Hipertensão arterial; Saúde ocupacional; Saúde pública.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (HAS) consists of a major public health problem, with a prevalence of 20 to 25% in the population above 18 years old. In the professional practice, the lack of treatment adherence is frequently observed, being manifested not only by the medicament treatment's suspension or irregularity, but also by the adoption of inadequate life style. This work had the aim of identifying the attitudes and practices of hypertensive workers on the diseases' control. The research consisted of a descriptive study held in UNIFOR with 25 workers previously diagnosed with HAS. The data were collected by means of a structured interview done during the participants' working hours. The workers' inappropriate attitudes and practices in the arterial hypertension control, concerning the hygienic-dietetic and medicament conducts, were evidenced as 14 (56,0%) of them presented high cholesterol, 13 (52,0%) were overweight, 5 (20,0%) were alcoholics and 4 (16,0%) were smokers. The workers declared having difficulty in the acquisition of the medicine for the high blood pressure control, once the Sistema Único de Saúde (SUS) didn't distributed it regularly and due to their low acquisitive power. It is concluded that the workers didn't adopt appropriate attitudes and practices for the arterial hypertension's control as a result of their not adherence to the medicament treatment or for showing deficiencies in the knowledge about those. Although in some, it was evidenced an effort in the pursuing of those practices.

Descriptors: Arterial hypertension; Occupational health; Public health.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁽¹⁾
Helder de Pádua Lima⁽²⁾

1) Enfermeira, professora titular da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

2) Acadêmico de enfermagem da UNIFOR, Bolsista do PROBIC

Recebido em: 07/12/2004

Revisado em: 18/07/2005

Aceito em: 11/08/2005

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública, com uma prevalência de 20 a 25% na população maior de 18 anos, o que aumenta com a idade⁽¹⁾. Esta síndrome é uma das mais importantes causas da morbidade e mortalidade universal, e um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva⁽²⁾. Afirma-se que a HAS é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho⁽³⁾. No Brasil, em torno de 15 a 30 milhões de pessoas são hipertensas, ou seja, 10 a 20% da população. Nas crianças e nos adolescentes tem se observado um percentual de 7%, em idosos 65%, e em mulheres com idade acima de 75 anos pode atingir até 80%. Na raça negra, em ambos os sexos, é mais severa e freqüente, estimando-se em 25%. A prevalência é ainda maior na mulher negra, quando comparada à branca⁽¹⁾.

No Reino Unido, é a doença crônica mais freqüente, afetando 20-30% da população adulta. Sua prevalência aumenta com a idade e, mais de 50% dos indivíduos com idade superior a 65 anos, têm hipertensão arterial, aspecto que deve ser ressaltado uma vez que, desde 1930, o número de pessoas com idade superior a 65 anos duplicou⁽⁴⁾.

Desde a década de 70, a população idosa está aumentando de forma rápida e intensa. Chegaremos ao ano 2025 com mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, 85%, será portadora de, pelo menos, uma doença crônica. Dentre as doenças crônicas que acometem o idoso, a mais prevalente é a hipertensão arterial. A prevalência de hipertensão arterial aumenta progressivamente com a idade. A hipertensão arterial sistólica é predominantemente uma doença dos indivíduos idosos, devido às alterações vasculares associadas ao envelhecimento, e aumenta em duas a quatro vezes, o risco de infarto do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e mortalidade cardiovascular⁽⁵⁾.

Na prática profissional, tem-se deparado com a falta de adesão ao tratamento, justificada não só com suspensão ou irregularidade no tratamento farmacológico, mas também, com a adoção de estilo de vida inadequado. Esse último, define-se como sendo a não-observância das medidas higieno-dietéticas, como alimentação saudável, prática regular de exercício físico, manutenção do peso saudável, abstinência de álcool e tabaco, gerenciamento do estresse e uso adequado de bebidas que contêm cafeína. Ressalta-se que, quanto maior a duração da HAS, maior o percentual de abandono do tratamento, tanto em homens como em

mulheres⁽²⁾. Entre os hipertensos que conhecem sua condição, cerca de 30% apresentam um controle adequado. No Brasil, apesar de não haver estudo de prevalência com representatividade nacional e com padronização adequada, os estudos localizados mostram sempre valores elevados⁽⁵⁾.

Para conscientizar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável, a educação em saúde consiste de um recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude, que vise não só o controle da hipertensão, como também, a busca do melhor nível de saúde e bem-estar. Contudo, a educação em saúde, deverá ser uma práxis em diferentes espaços institucionais, como escola, famílias e trabalho, a tornar a pessoa livre e consciente para a seleção de condutas favoráveis a um estilo de vida saudável. Mas, essa deve ser iniciada na infância, a fim de conduzir as pessoas, de forma salutar, nas diversas fases do ciclo vital.

Dentro da complexidade dos condicionantes que modulam um determinado conjunto de comportamentos, constituindo o que chamamos de estilo de vida, é mais simples e didático analisar aqueles comportamentos nocivos à saúde, os quais, uma vez modificados, podem ter um papel fundamental para longevidade e qualidade de vida. Pode-se resumi-los em: hábitos alimentares (qualitativos e quantitativos), hábitos sociais, padrões de atividades físicas diárias e estresses vivenciais⁽⁶⁾.

Entretanto, para modificar hábitos de vida, é necessário interferir na qualidade de vida das pessoas, na sua forma de viver, na sua própria concepção de saúde. Hábitos de vida inadequados são fortes determinantes para um quadro clínico prejudicado e para o aumento de peso; e o tratamento inicial dessas condições passa por mudança de hábitos e estilo de vida⁽⁷⁾.

Então, mediante a problemática inerente à hipertensão arterial associada ao estilo de vida inadequado, considerou-se oportuno, neste estudo, identificar as atitudes e práticas de trabalhadores hipertensos no controle da referida doença.

MÉTODOS

Esta pesquisa se constituiu um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizada na Universidade de Fortaleza – UNIFOR, com 25 trabalhadores que informaram ser portadores de HAS, entre os 400 lotados em serviços gerais, de manutenção e de vigilância, conforme informação do departamento de pessoal, independentemente de sexo, idade, estado civil, escolaridade e cor.

A coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista estruturada durante dois meses, e foi aplicada no horário de trabalho dos participantes. As informações foram manuscritas por um bolsista, e os dados foram organizados em tabelas,

analisados estatisticamente com base nas experiências dos entrevistados e fundamentados na literatura selecionada. Os depoimentos integraram os dados quantitativos.

A investigação foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Aos participantes, ficou assegurado o anonimato e direito de retirar o consentimento de publicação no momento em que desejasse. Ressalta-se, ainda, que os dados foram coletados, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos, bem como, foi favorável o parecer do Comitê de Ética da referida universidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhadores tinham idade a partir de 49 anos, desses, 13 (52,0%) eram mulheres e 12 (48,0%) eram homens. Esses achados confirmam entre os pesquisados que a prevalência da hipertensão entre os homens nessa faixa etária, e na mulher, é maior a partir da menopausa. Entretanto, 7 (43,7%) mulheres se tornaram hipertensas antes da menopausa. Quanto ao estado civil, 5 (20,0%) eram solteiros, 14 (56,0%) eram casados, e os demais encontravam-se entre os viúvos e separados.

Tabela 1- Distribuição dos entrevistados segundo idade, sexo e estado civil. Fortaleza-CE, 2004.

| Idade (et.: anos) | Sexo | | | Feminino | | | Total | |
|-------------------|-----------|---|---|----------|---|----|-------|-------|
| | Masculino | | | S | C | O | F | % |
| 40 – 49 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 16 | 64,0 |
| 50 ou mais | -- | 1 | 2 | -- | 6 | -- | 9 | 36,0 |
| Total | 3 | 5 | 4 | 2 | 9 | 2 | 25 | 100,0 |

Estado civil : S - solteiro; C - Casados; O - Outros.

A hipertensão arterial é o mais importante fator de risco modificável para agravos como a doença arterial coronariana, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença renal terminal e a doença vascular periférica, assim como, para o aneurisma dissecante da aorta, também em mulheres, principalmente, após a menopausa⁽⁸⁾.

Neste estudo, como no de Santos⁽⁹⁾, as mulheres estão se tornando hipertensas antes da menopausa. Fato preocupante, pois a saúde da mulher poderá estar comprometida antes da menopausa, uma vez que essa última a predispõe aos problemas de saúde citados pelos autores acima.

Os entrevistados informaram renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, a maioria (92,0%) cursou até a 8ª série, exceto 02 (8,0%) que cursaram até o ensino médio. Diante destes achados, pôde-se constatar que as ocupações estavam relacionadas à escolaridade e à renda mensal (faxineiros,

jardineiros, mecânicos, pedreiros, recepcionistas entre outros).

O baixo poder aquisitivo não só dificulta a sobrevivência dos entrevistados, como também, aumenta suas preocupações e a dificuldade de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos, conforme está ilustrado nas falas:

“... mesmo assim ainda tenho sempre algumas preocupações, principalmente financeiras. Com o que eu ganho não dá nem para conseguir pagar todas as contas. Eu faço bicos, conserto eletrodomésticos para poder completar a renda do mês. Se não fosse assim, não conseguiria nem comprar os meus remédios...” (S.G., 49 anos)

“... o dinheiro que ganho, mal dá para comer, se não fosse a minha mulher lavar roupas nas casas, a gente passaria fome e eu não compraria os remédios que o governo não dá para a gente...” (A.F., 56 anos)

Entre os fatores determinantes da não adesão do cliente ao tratamento, observam-se o alto custo do medicamento, pois, o SUS não tem disponibilizado regularmente à clientela a medicação necessária ao controle da doença, e a baixa escolaridade, que dificulta a apreensão do saber relacionado às condutas terapêuticas e preventivas.

Está claramente comprovado que o tratamento da hipertensão arterial é acompanhado por uma importante diminuição de eventos cardiovasculares, tais como: o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, bem como, o retardo na progressão da insuficiência renal. Apesar dos benefícios obtidos, é ainda ínfimo o número de pessoas hipertensas que apresentam pressão arterial controlada.

Os motivos para esses frustrantes resultados, mesmo no grupo de pacientes que têm acesso ao tratamento, são inúmeros e vão desde as dificuldades de seguir as orientações em prol da mudança de estilo de vida, até a impossibilidade de aquisição de medicamentos⁽¹⁰⁾.

Estudos têm mostrado que a idade mais avançada, a baixa escolaridade, a baixa quantia de renda, menos de cinco anos de doença, entre outros aspectos, associam-se ao abandono e ao controle inadequado da pressão arterial⁽¹¹⁾.

Entre os entrevistados, 16 (64,0%) nasceram e procediam da capital do Estado do Ceará, 9 (36,0%) eram nascidos em outros municípios do Estado, sendo que 8 (32,0%) residiam em Fortaleza-CE, e 1 (4,0%) morava em município pertencente à zona metropolitana.

Cerca de 18 (72,0%) informaram o histórico familiar no tocante à HAS, sendo que, a maioria (36,0%) era filho de

hipertensos, 04 (16,0%) eram sobrinhos, e os demais eram netos, conforme está ilustrado nos depoimentos:

"... meu pai tinha pressão alta e morreu em 1994 com AVC. Já eu, descobri cedo que era hipertensa..." (M.S., 48 anos)

"... descobri que tenho pressão alta há cinco anos atrás e comecei a fazer o tratamento agora. Além de mim, meu irmão é também hipertenso. A minha mãe tinha pressão alta e morreu com derrame..." (I.R., 50 anos)

Diante do fato de saberem sobre os casos de HAS entre os familiares, deveriam ter despertados para a busca de condutas adequadas à prevenção ou ao controle dessa doença.

Entre os entrevistados, 20 (80,0%) eram morenos (quase negros), 3 (12,0%) negros e os demais eram brancos. Então, na maioria, a cor (morena e negra) constituía fator de risco para a hipertensão. A raça negra paga maior tributo à hipertensão arterial, pois, a prevalência é maior, o controle é mais difícil e a maioria das complicações é mais freqüente, bem como, a mortalidade é mais elevada, possivelmente em decorrência dos fatores étnicos e socioeconômicos⁽¹²⁾.

Predominam no Brasil os miscigenados, os quais podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. Não há evidências de ação diferenciada das drogas anti-hipertensivas nesta população⁽¹³⁾.

Entre os participantes, 17 (68,0%) informaram outros fatores de risco cardiovascular além da hipertensão, pois 14 (56,0%) eram dislipidêmicos e 3 (12,0%) diabéticos tipo 2, ou seja, não insulino-dependentes. Ressalta-se que, diabetes e hipertensão, são co-morbidades e, associadas à dislipidemia e à obesidade, constituem a síndrome plurimetabólica, a qual é responsável pelas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

A presença de diabetes aumenta o risco individual da doença arterial coronariana equivalente à ocorrência de um infarto do miocárdio prévio, e a associação desse último com o *diabetes mellitus*, aumenta em 45% as chances de um novo infarto em sete anos⁽¹⁰⁾.

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados segundo o índice de massa corporal, de sedentarismo e de estresse. Fortaleza – CE, 2004.

| Estresse | IMC [*] | Sedentarismo | | Total | | | | | |
|---------------------|------------------|--------------|-----|-------|-----|----|---|----|-------|
| | | Sim | Não | Sim | Não | AV | F | % | |
| Normal (20 a 25) | | - | - | 1 | - | 5 | 1 | 7 | 28,0 |
| Sobrepeso (26 a 29) | | 6 | 1 | 3 | - | 2 | 1 | 13 | 52,0 |
| Obeso (acima de 30) | | 2 | 1 | - | - | 1 | 1 | 5 | 20,0 |
| Total | | 8 | 2 | 4 | - | 8 | 3 | 25 | 100,0 |

S= sim, N= não, AV= as vezes

*IMC - Índice de Massa Corporal (kg/cm²)

Cerca de 13 (52,0%) tinham sobrepeso, sendo que desses, 10 (40,0%) eram sedentários e 8 (36,0%) vivenciavam situações freqüentes de estresse. O peso era saudável em 7 (28,0%) hipertensos, e os demais (20,0%) eram obesos. Observa-se que, na maioria, alterações de peso (sobrepeso ou obesidade), sedentarismo e estresse, eram inter-relacionados e constituíam riscos cardiovasculares. Ressalta-se que as alterações ponderais foram classificadas com base no cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os depoimentos ilustram os achados dessa tabela:

"... Quando descobri que tinha hipertensão, o meu médico disse que eu precisava fazer uma série de mudanças nos meus hábitos de vida para que eu não tivesse problemas de saúde no futuro. Mas, até hoje, não consegui reduzir o meu peso (G.A., 48 anos).

"... Nunca gostei de fazer exercícios, no entanto, não abuso de carnes vermelhas, sal, não fumo e nem bebo. Outra coisa que influencia na minha saúde é o estresse do dia-a-dia..." (A.N., 47 anos)

"... não gosto de fazer exercício físico, mas jogo frescobol nos finais de semana. Tento manter o peso controlado, mas não tenho conseguido, embora coma tão pouco..." (S.G., 49 anos)

Percebe-se nos depoimentos dos trabalhadores, que há interesse e empenho quanto a adotar hábitos saudáveis, e também déficit de conhecimentos sobre a prática destes hábitos.

Em pesquisa realizada em 2001 em Fortaleza com 200 mulheres, 121 (60,5%) eram obesas, 59 (29,5%) tinham sobrepeso e 20 (10,0%) apresentavam peso saudável. Observou-se ainda que, a alteração de peso foi mais freqüente nas mulheres morenas e negras, e na faixa etária de 40 a 59 anos⁽¹⁴⁾. Portanto, em ambas pesquisas, na atual e na anterior, as alterações de peso estavam presentes na maioria dos pesquisados.

O estudo de Framingham demonstrou que a atividade física está relacionada à diminuição do risco de doença cardiovascular. No segmento de 14 anos, constatou-se que, quanto maior a atividade física do indivíduo, menores a morbidade e mortalidade por essa causa⁽¹⁵⁾.

Existem diversos estudos realizados entre hipertensos que buscam promover melhor o controle da pressão arterial a partir da prática regular de exercícios aeróbicos, como andar, correr, pedalar, nadar.

Boa parte deles mostra resultados positivos, indicando uma diminuição dos valores de pressão com essa prática e mostrando também ser um bom exercício coadjuvante na adoção de medidas saudáveis de vida⁽¹⁵⁾.

Devemos sempre levar em consideração que as práticas de atividades físicas devem ser prazerosas e fomentadoras da adesão do cliente às mesmas, devendo atender, portanto, às aspirações desse ao indicar práticas preferenciais. Caso o indivíduo não tenha o hábito de práticas de exercícios, devemos encontrar uma atividade que lhe dê maior satisfação e, caso não achemos esta solução, o mínimo que se recomenda são as caminhadas aceleradas de marcha regular (em princípio, todos os indivíduos podem caminhar, salvo contra-indicação específica)⁽¹⁵⁾.

Atualmente, a obesidade é um dos graves problemas de saúde pública, ligada a várias doenças, em especial às cardiovasculares e ao *diabetes mellitus*. Além de ser importante fator de risco para doenças coronarianas, a obesidade está associada a outros fatores de risco, como: hipertensão arterial, dislipidemia, sedentarismo, *diabetes mellitus* e hipertrigliceridemia.

Já está comprovado que a obesidade compromete seriamente a saúde e diminui a qualidade e a longevidade da vida de seus portadores. Há evidências de que, esses pacientes, beneficiam-se bastante quando acontece a redução do peso, pois, para pacientes com *diabetes mellitus* não-insulino-dependente, hipertensão arterial ou hiperlipidemia, uma modesta redução de peso pode melhorar o controle glicêmico, reduzir a pressão arterial e diminuir os riscos de colesterol. Segundo alguns autores, perdas pequenas de peso, de cerca de 5% a 10%, comprovam a melhora da função cardíaca e se associam à importante diminuição da pressão arterial, bem como, à promoção geral da saúde no paciente⁽⁷⁾.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de peso acima do saudável ou obesidade, as medidas adequadas para a reversão dessa situação deverão ser implementadas, e sem dúvida alguma, apresentam-se como um desafio aos profissionais de saúde, visto que, são grandes obstáculos à adoção, pelos pacientes, de medidas efetivas e duradouras no sentido de diminuir o seu peso e mantê-lo dentro dos parâmetros aceitáveis⁽¹⁵⁾.

O excesso de peso é um fator predisponente e agravante à hipertensão. Uma dieta apropriada deve incluir frutas, verduras, legumes (vegetais verdes, amarelos e vermelhos), leite e derivados desnatados, carboidratos complexos, ao invés de açúcar e derivados, e quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol⁽¹⁶⁾.

O alcoolismo estava presente em 9 (36,0%) entrevistados e 8 (32,0%) eram abstêmios. Entretanto, esses relataram que faziam uso de bebidas alcoólicas socialmente, conforme está demonstrado nas falas:

“...Gosto de beber uma cervejinha com os amigos de vez em quando, mas não sou um

viciado. Só bebo para me divertir...” (A.F. 49 anos)

“...eu bebia todos finais de semanas e feriados, mas quando soube que tinha problema de pressão, reduzi a bebida ...” (A.G. 51 anos).

Refletindo sobre os depoimentos, questiona-se o que significa para os trabalhadores, *não ser viciado, beber para divertir-se, redução da bebida?*. Portanto, é oportuno discutir com estes sobre estas questões, sob a ótica da educação em saúde, com o propósito de conscientizá-los sobre os riscos de bebidas alcoólicas para a saúde.

O uso excessivo de bebidas alcoólicas representa fator importante na falta de controle da pressão arterial, provocando, nesse caso, a elevação da pressão e interferindo no efeito terapêutico de medicamentos eventualmente necessários⁽¹⁵⁾.

A hipertensão associada ao tabagismo, diabetes e dislipidemia, constitui-se em importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes⁽¹¹⁾.

Em relação ao tabagismo, 9 (36,0%) aboliram esse hábito e 4 (16,0%) o praticavam cotidianamente. Nos depoimentos, evidenciam-se estas informações:

“...Mas ainda não consegui parar de fumar. Fumo há quase 20 anos, mais ou menos 10 cigarros por dia...” (I.R., 55 anos).

“...a partir do dia que soube que tinha pressão alta e o doutor falou que o cigarro fazia mal a pressão, deixei logo de fumar...” (S.G., 49 anos).

O tabagismo, associado à hipertensão, potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares, enquanto sua abolição, reduz estes riscos⁽¹⁵⁾.

Embora sendo a HAS um dos maiores, se não o maior, fator de risco cardiovascular, a associação com outros fatores maiores ou menores, potencializa o risco de tal forma que pressões arteriais mais elevadas, isoladas ou associadas a menor número de fatores de risco cardiovascular, podem representar menos risco que o inverso⁽¹²⁾.

O hábito alimentar era saudável na maioria dos entrevistados, pois, em relação ao uso de sal, 23 (92,0%) adicionavam uma quantidade adequada desse tempero na preparação dos alimentos, e 2 (8,0%) aboliram totalmente o uso do mesmo.

Ao longo das últimas décadas, tem sido demonstrada correlação direta entre consumo de sódio e hipertensão arterial. Diversos trabalhos epidemiológicos têm indicado que a redução na ingestão de sódio pode provocar diminuição

nos níveis de pressão arterial, ou até mesmo evitar o desenvolvimento da HAS⁽¹⁵⁾.

Os entrevistados não tinham preferência por gorduras, pois, ingeriam tanto a vegetal como a animal. Cerca de 15 (60,0%) ingeriam habitualmente a carne branca, enquanto que 10 (40,0%) consumiam tanto essa como a vermelha. Provavelmente, essa atitude seja responsável pelos casos de dislipidemia relatados pela clientela. Cerca de 8 (32,0%) consumiam preferencialmente os vegetais, enquanto que, a maioria, não tinha preferência. Talvez, esse fato seja um dos fatores responsáveis pelas alterações de peso presentes na maioria (tabela 2). Os depoimentos revelam a mudança no hábito alimentar em alguns dos entrevistados, ao tomarem conhecimento do diagnóstico da hipertensão:

“...mas, desde que soube que era hipertensa passei a repensar todos os meus costumes e hábitos. A partir de então, fui me adaptando a manter meu peso e os níveis de colesterol normais, fazer alimentação adequada...”
(M.S., 48 anos)

“...Eu tenho pressão alta, mas já comecei a fazer o tratamento. A comida lá de casa já não tem mais tanto sal, não como carne vermelha...”
(J.R., 55 anos).

“...Comecei a comer menos sal, gordura e carne vermelha com a ajuda da minha mulher que não trabalha mas fica cuidando da casa. Também fiquei mais magro.”(A.G., 51 anos)

As modificações de hábitos de vida, quando necessárias, para a correção de sedentarismo, obesidade, diabetes, tabagismo, alcoolismo, consumo exagerado de sal na alimentação, etc., têm sido consideradas de utilidade na redução das cifras pressóricas e na correção de fatores de risco⁽¹²⁾.

É muito importante, além do aspecto educacional, o acúmulo de informações a respeito da hipertensão e das mudanças no estilo de vida. O paciente deve estar consciente da gravidade dessa doença 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 doença e de prevenção das complicações da mesma.

Deve haver a intensificação do emprego das medidas não farmacológicas, principalmente, a redução de peso e a ingestão de sal. O controle da pressão arterial é o mais importante fator de proteção aos órgãos-alvo em pacientes com síndrome metabólica e diabetes⁽¹⁷⁾.

Mas, nenhum homem é uma ilha, e entende-se que essa concepção é verdadeira, quando se estuda a questão da adesão. Essa, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada ou direcionada pelo meio social sobre o fenômeno e bastante citada, estratificando os dados por faixa salarial e escolaridade⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, constata-se que, a maioria dos entrevistados não tinha atitudes e práticas adequadas ao controle da hipertensão arterial, e parte deles, apresentava outros fatores de riscos cardiovasculares, tais como: dislipidemia, diabetes, sobrepeso ou obesidade, alcoolismo e tabagismo. Enfim, não eram bons aderentes às condutas terapêuticas, entretanto, em alguns, evidenciou-se o esforço no seguimento dessas práticas e o déficit de conhecimentos sobre as mesmas.

Os trabalhadores declararam dificuldade na aquisição dos medicamentos, em decorrência do baixo poder aquisitivo, uma vez que o SUS não dispensava sistematicamente à clientela toda a medicação necessária ao tratamento.

Portanto, conclui-se que os trabalhadores, de modo geral, não adotavam práticas e atitudes adequadas ao controle da hipertensão arterial. Esse achado é preocupante, pois a hipertensão por si só, constitui um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares., e tem sido causa de absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento, e aposentadorias precoces por invalidez, conseqüentemente gerando alto custo social.

Os resultados do estudo poderão subsidiar um planejamento de ações educativas que visem conscientizar os trabalhadores a adotarem condutas inerentes à prevenção da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular, bem como, ao controle desses entre aqueles portadores da referida doença, no sentido de prevenir as suas complicações; atuando como agentes multiplicadores das ações de promoção da saúde entre os familiares e a comunidade. Dessa forma os custos sociais com essa doença serão minimizados, com a redução das taxas de morbidade e de mortalidade por agravos associados a esta doença.

REFERÊNCIAS

1. Riera ARP. Hipertensão arterial - conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento

- da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(4): 375-83.
3. Veiga EV, Nogueira MS, Cárnio EC, Marques S, Lavrador MAS, Lima NKC. Avaliação de técnicas da medida de pressão arterial pelos profissionais. *Arq Bras de Cardiol.* 2003; 80(1): 83-91.
 4. Jarvis S. Tratamento da hipertensão arterial no idoso. Update. 2002; 13(153): 59-61.
 5. Olmos DR, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens.* 2002; 9(4): 340-45.
 6. Guimarães AC. Hipertensão como fator maior de risco de arteriosclerose. *Rev Bras Hipertens.* 2003; 6(3): 100-3.
 7. Ivanov, LM. Atendimento em clientes obesos: experiência em programa de prevenção de doenças cardiovasculares e diabetes melito na iniciativa privada. *Rev SOCESP.* 2001; 11(3): 1-3.
 8. Lima SM. Hipertensão arterial e climatério. *Rev Bras Hipertens.* 2001; 4(1): 23-40.
 9. Santos ZMSA. Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.
 10. Barroso WKS. Hipertenso diabético. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(2): 137-42.
 11. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion JRD. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(4): 343-54.
 12. Pinheiro LAF, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na Hipertensão arterial tratada: um estudo crítico. *Rev Bras Hipertens.* 2003; 6(3): 86-90.
 13. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Situações especiais. Cap 7. In: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA): 2002; 1: 23-5. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/default.asp>
 14. Santos ZMSA, Silva RM, Becher SLM. Análise do índice de massa corporal em mulheres hipertensas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2003; 16(1): 34-8.
 15. Jardim PCBV. Abordagem não-medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2003; 8(2): 50-9.
 16. Batlouni M, Malachias MVB. Hipertensão arterial: como nós tratamos. *Rev Bras Hipertens.* 2004; 7(3): 86-9.
 17. Ribeiro JM, Póvoa R. Hipertensão arterial: como eu trato. *Rev Bras Hipertens.* 2004; 7(3): 109-16.
 18. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa – elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências e Saúde Coletiva.* 2003; 8(3): 775-82.
- Endereço de correspondência**
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Av. Washington Soares 1321
Edson Queiroz Fortaleza –Ceará
CEP 60811-905
Fones (85) 34773280
zeliasantos@unifor.br