

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 - Caracterização da população e dados sobre a biologia humana

Fizeram parte do estudo 123 indivíduos, todos do sexo masculino, sendo 79 (64,2%) da raça branca, 25 (20,3%) não brancos e 19 (15,4%) negros e idade entre 18 e 71 anos, (média de 33,8 anos).

A Tabela 1 mostra a distribuição dos trabalhadores segundo a idade, por faixa etária, onde observamos maior freqüência entre o intervalo de 18 a 29 anos (40,7%), seguida da faixa de 30 a 39 anos de idade (30%).

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a variável idade em anos. Ribeirão Preto, 2001.

Idade (anos)	nº	%
18 - 29	50	40,7
30 - 39	37	30,0
40 - 49	27	22,0
≥ 50	9	7,3
Total	123	100,0

Além da idade, observamos o peso corporal da população em estudo, que variou de 56 a 116 kg, com média foi de 75,5 kg. Quanto à altura, esta variou de 158 e 191 cm, com média de 171 cm.

A obtenção dos dados referentes ao peso e altura nos auxiliou na investigação da ocorrência de obesidade entre os entrevistados, uma vez que é considerada fator de risco para as doenças cardiovasculares (FERREIRA & ZANELLA, 2000; ZANELLA, 2000; DÓREA & LOTUFO, 2001). Assim, para verificar a obesidade entre eles, utilizamos o Índice de Massa Corporal (IMC),

através da divisão do peso do indivíduo em quilos pelo quadrado de sua altura em metros (kg/m^2) adotando-se a classificação preconizada pelo INTERNACIONAL LIPID INFORMATION BUREAU LATINO AMERICA (1994).

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC). Ribeirão Preto, 2001.

Índice de Massa Corporal (kg/m^2)	nº	%
< 25 (Normal)	60	48,8
25 a 27,4 (Sobrepeso)	29	23,6
27,5 a 29,9 (Obesidade grau I ou leve)	13	10,6
30 a 39,9 (Obesidade grau II ou moderada)	21	17,0
≥ 40 (Obesidade grau III ou grave)	-	-
Total	123	100,0

Pela Tabela 2, constatamos que 60 (48,8%) trabalhadores não eram obesos e que 29 (23,6%) estavam na faixa de sobrepeso (IMC 25-27,5 kg/m^2). Encontramos a obesidade grau I, ou leve, em 13 (10,6%) trabalhadores, enquanto a de grau II esteve presente em 21 (17,0%) indivíduos. Segundo dados do Ministério da Saúde, em média, entre um quinto e um terço dos adultos são obesos (BRASIL, 1993).

Os malefícios da obesidade são claramente conhecidos. Os obesos têm maior prevalência de HA que os não-obesos e a diminuição de peso corporal reduz os níveis de PA. Entre indivíduos obesos normotensos há uma maior probabilidade de ocorrência de complicações hipertensivas e cardiovasculares (FERREIRA & ZANELLA, 2000; ZANELLA, 2000; SUPLICY, 2000).

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a idade em anos, por faixa etária e Índice de Massa Corporal. Ribeirão Preto, 2001.

Idade (anos)	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)					Total
	< 25	25 - 27,4	27,5 - 29,9	30 - 39,9	≥ 40	
18 - 29	36	7	2	5	-	50
30 - 39	13	13	5	6	-	37
40 - 49	8	7	4	8	-	27
≥ 50	3	2	2	2	-	9
Total	60	29	13	21	-	123

Pelos dados da Tabela 3, podemos identificar que tanto o sobrepeso quanto à obesidade leve e a moderada foram predominantes nas faixas etárias de 30 a 39 e dos 40 a 49 anos de idade, enquanto que na faixa entre 18 e 29 anos encontramos sete trabalhadores com sobrepeso, dois com obesidade leve e cinco com obesidade moderada. O sobrepeso e a obesidade foram menos freqüentes entre os trabalhadores com 50 anos ou mais.

A obesidade está comumente associada à resistência à insulina, o que pode levar à intolerância à glicose e ao diabetes tipo 2, aumentando consideravelmente o risco de eventos cardiovasculares. A redução de peso com a dieta hipocalórica aumenta a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina. Da mesma forma, a prática regular de exercícios físicos, mesmo na ausência de perda de peso corporal, provoca aumento da ação da insulina, o que demonstra uma adaptação crônica ao treinamento físico (NEGRÃO et al., 2000).

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a idade em anos, por faixa etária e os valores da pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Idade (anos)	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130 - 139	140 - 159	160 - 179	≥ 180	
18 - 29	36	12	2	-	-	50
30 - 39	25	9	3	-	-	37
40 - 49	15	8	4	-	-	27
≥ 50	1	3	3	1	1	9
Total	77	32	12	1	1	123

Os dados da Tabela 4 mostram que 14 (11,4%) trabalhadores apresentaram valores de PAS ≥ 140 mmHg, havendo tendência desses valores crescerem com o aumento da faixa etária.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a idade por faixa etária e os valores de pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Idade (anos)	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85-89	90-99	100-109	≥ 110	
18 - 29	48	2	-	-	-	50
30 - 39	31	3	2	-	1	37
40 - 49	14	6	5	2	-	27
≥ 50	3	1	2	2	1	9
Total	96	12	9	4	2	123

Em relação à variação da PAD, 15 (12,2%) trabalhadores apresentaram valores de PAD ≥ 90 mmHg, demonstrando um discreto crescimento à medida que aumentava a faixa etária, embora um indivíduo na faixa etária de 30 a 39 anos apresentasse PAD ≥ 110 mmHg (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) e os valores de pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

IMC (Kg/m ²)	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130 - 139	140 - 159	160 - 179	≥ 180	
< 25	43	11	5	1	-	60
25 - 27,4	16	11	2	-	-	29
27,5 - 29,9	8	4	-	-	-	12
30 - 39,9	10	6	5	-	1	22
≥ 40	-	-	-	-	-	-
Total	77	32	12	1	1	123

Pela Tabela 6, observamos que dos 14 indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg, dois tinham sobrepeso, seis obesidade moderada e em outros seis com IMC < 25 (normal), encontramos PAS ≥ 140 mmHg.

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) e os valores da pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

IMC (Kg/m ²)	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110	
< 25	52	4	3	1	-	60
25-27,4	21	5	2	1	-	29
27,5-29,9	9	1	2	-	1	13
30-39,9	14	2	2	2	1	21
≥ 40	-	-	-	-	-	-
Total	96	12	9	4	2	123

Pelos dados da Tabela 7, observamos que dos 15 trabalhadores com PAD ≥ 90 mmHg, oito tinham obesidade entre leve e moderada.

Assim, os dados das Tabelas 6 e 7 confirmam o que tem sido mostrado na literatura sobre os efeitos da obesidade na HA, conforme apontam

(FERREIRA & ZANELLA, 2000; SUPLICY, 2000). CRISTOVÃO (2000) estudando a prevalência de obesidade e HAS em mulheres residentes em um distrito de São Paulo, identificou um índice de 36,2% de obesidade.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a etnia e os valores de pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Etnia	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130 - 139	140 - 159	160 - 179	≥ 180	
Branco	49	22	7	1	-	79
Não Branco	17	6	2	-	-	25
Negro	11	4	3	-	1	19
Total	77	32	12	1	1	123

Pela Tabela 8, observamos que dos 14 (11,4%) trabalhadores que apresentaram valores de PAS ≥ 140 mmHg, oito eram brancos, dois não brancos e quatro negros. Ressalta-se que apesar do maior número destes com PAS ≥ 140 mmHg serem de raça branca, a grande maioria dos participantes do estudo era constituída por esta etnia.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a etnia e os valores da pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Etnia	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110	
Branco	60	7	8	4	-	79
Não Branco	22	1	1	-	1	25
Negro	14	4	-	-	1	19
Total	96	12	9	4	2	123

Os dados da Tabela 9 evidenciam que os valores PAD ≥ 90 mmHg foram predominantes entre os indivíduos de raça branca.

A hipertensão arterial se conceitualiza por um conjunto de entidade com etiopatogenia multifatorial caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos (CONSENSO. . . , 1998; PÉREZ RIERA, 2000).

A prevenção da HAS e o controle da PA em pacientes hipertensos são medidas necessárias para reduzir a morbidade e a mortalidade por causas cardiovasculares e a mudança no estilo de vida é uma ferramenta importante para a redução efetiva da PA. A maioria dos estudos mostram que mesmo uma redução modesta de peso (de 3 a 9%) está associada a uma diminuição significativa da pressão arterial sistólica e diastólica, de aproximadamente 3 mmHg, em indivíduos com sobrepeso (OLMOS & BENSEÑOR, 2001).

Para investigação de alterações dos valores de PAS e PAD na população em estudo, como já dissemos, utilizamos a média dos valores pressóricos obtidos através de duas medidas consecutivas, com intervalo de 120 segundos, conforme os critérios propostos pelo VI JOINT. . . (1997) que define hipertensão como PAS maior ou igual a 140 mmHg ou PAD maior ou igual a 90 mmHg. Ressaltamos que a definição do possível diagnóstico só deve ocorrer quando os valores obtidos, através de duas ou mais verificações da pressão arterial, se mantiverem elevados, porém quando a PAS for igual ou superior a 180 mmHg e/ou PAD igual ou superior a 110 mmHg, não há necessidade de confirmação, por serem valores consideradas de riscos para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (VI-JOINT. . . , 1997).

A PAS dos indivíduos participantes da pesquisa variou entre 99,5 e 192 mmHg, com média de 126,3 mmHg, mas 14 (11,4%) deles apresentaram cifras acima do nível de normalidade da PAS. Quanto à PAD, os índices variaram entre 44,0 e 122,0 mmHg, com média de 75,7 mmHg, todavia 15 (12,2%) trabalhadores apresentaram PAD acima dos níveis considerados normais.

Para os trabalhadores com níveis de PA acima dos normais, agendamos três observações subseqüentes, sendo que cinco deles que apresentaram manutenção dos valores de PAS \geq 140 e PAD \geq 90 mmHg, nas três medidas realizadas em dias diferentes, os quais foram encaminhados ao serviço médico da empresa para observação e conduta terapêutica.

Estudos realizados por vários autores, no Brasil, também encontraram níveis elevados de PA, corroborando os dados desta pesquisa. Dentre eles, citamos: CRISTOVÃO (2000) que encontrou um índice de 23,3%; TRINDADE et al. (1998), 21,9% e CORDEIRO et al. (1998) com 56,1%.

Investigamos também se os trabalhadores sabiam que eram portadores de HAS, obtendo o seguinte resultado: 13 (10,6%) sujeitos tinham conhecimento prévio do diagnóstico da enfermidade; 11 (84,6%) já faziam algum tratamento prescrito pelo médico e 2 (15,4%) negaram fazer qualquer tipo de tratamento para HAS. Dos que confirmaram o tratamento, apenas um sujeito referiu exclusivamente o tratamento não-farmacológico, à base de atividade física; os demais indicaram tratamento farmacológico e dois destes

relataram também atividade física regular. Seis dos dez sujeitos que tomavam medicação para HAS não souberam informar o nome da medicação usada; dos quatro restantes, dois mencionaram o uso de Atenolol, um de Higroton e o outro de Capoten.

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil é alta, em torno de 40% aproximadamente, e inúmeros fatores influenciam no processo de não-adesão: os relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, a aspectos institucionais e ao relacionamento médico-paciente (PIERIN, 2001).

De acordo com LESSA (1999), a prevalência de HAS em nível nacional, no Brasil, é desconhecida, pois a maioria dos estudos foram realizados em localidades de determinados Estados e Regiões e revelaram uma ampla variação nas taxas encontradas, assim como nos critérios de classificação e processo de amostragem utilizados.

Outro aspecto investigado refere-se à presença de história familiar para DCVs, que tem sido apontada em vários estudos como fator de risco para as doenças cardiovasculares.

É importante a avaliação dos fatores de risco cardiovascular tanto nos parentes de primeiro grau de qualquer paciente que venha a manifestar DAC numa idade precoce, como também em indivíduos saudáveis (HAVLIK et al., 1979; MORIGUCHI & VIEIRA, 2000). Para estes autores, o risco de DAC aumenta à medida que se torna mais próximo o grau de parentesco em relação ao membro da família que apresenta DAC ou ainda se a percentagem de membros da família com DAC for elevada.

No nosso estudo, verificamos que dos 123 participantes, 54 (43,9%) referiram ser órfãos de pai, e apontaram como principais causas de morte do genitor, o AVC em 16 (29,6%) casos; infarto em 4 (7,4%) e acidentes em 3 (5,6%). Dentre os sujeitos, 31 (25,2%) referiram ser órfãos de mãe, indicando como principais causas de morte: doença de Chagas, 4 (12,9%); AVC, 2 (6,5%); trabalho de parto, câncer da mama e do útero, 3 (9,7%).

A HAS não foi indicada como antecedente familiar por 57 (46,3%) trabalhadores (Tabela 10). Para aqueles que assinalaram, foram citados pela maioria dos sujeitos (32,5%), como sendo pai, mãe e os irmãos, os principais graus de parentes.

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o grau de parentesco indicado para antecedente familiar com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Ribeirão Preto, 2001.

Grau de parentesco	nº	%
Pai	15	12,2
Mãe	17	13,8
Irmãos	8	6,5
Avôs	5	4,1
Mãe/Irmão	4	3,3
Tio	3	2,4
Pai/Mãe/Irmãos	3	2,4
Pai/Mãe	3	2,4
Pai/Tio	2	1,6
Outros {Pai/Irmão; Pai/Avô; Pai/Tio/Avós; Pai/Irmão/Tios/Avós; Mãe/Avô; Filho}	6	4,9
Não indicou	57	46,3
Total	123	100,0

Conforme observamos, a história familiar de HAS tem sido apontada como fator predisponente para elevação da pressão arterial, de modo que

devem receber maior atenção os indivíduos com tal característica (ALMEIDA et al., 1998).

Os filhos de pais hipertensos são mais propensos a desenvolver a doença do que aqueles filhos de pais normotensos. Quando ambos são hipertensos, pai e mãe, a chance do filho desenvolver hipertensão fica em torno de 50% (HAVLIK et al., 1979; LOPES, 2000).

Quanto à história familiar de DM, 34 (27,6%) confirmaram ter familiares com DM; destes, onze indicaram as mães; seis, os pais, cinco sujeitos referiram que tinham pelo menos um irmão diabético; três apontaram tios e avós; os demais tinham mais de um parente diabético na família (tio e avô; mãe e irmão; pai, avós e tio; mãe e pai).

Quanto aos antecedentes familiares de angina, apenas três (2,4%) participantes do estudo os referiram.

Dos 123 trabalhadores, 11 (8,9%) afirmaram ter ocorrido casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) na família, citando como parentes acometidos, pais, tios e irmãos.

Quando indagamos sobre a ocorrência de AVC na família, 32 (26%) trabalhadores confirmaram história familiar, sendo que, a maioria deles, 18 (56,3%) indicaram ocorrência com os pais; seis (18,8%) com os avós e os demais citaram mais de um parente. Este dado chama atenção, pois como apontam MORIGUCHI & VIEIRA (2000), estes indivíduos têm chances aumentadas para desenvolver DCVs.

Quanto à ocorrência de morte súbita na família, 10 (8,1%) trabalhadores a confirmaram com pais, avós e tios. Porém, observamos que muitos não souberam informar qual a situação de saúde da família, por estarem vivendo em cidades distantes há alguns anos.

3.2 - Dados relacionados ao meio ambiente

Para análise destes dados, buscamos informações socioeconômicas da população em estudo, levando em consideração o grau de instrução, ocupação, número de empregos, renda familiar, estado civil, número de contribuintes para a renda familiar e a composição da família. Os dados indicaram que o nível de instrução predominante foi o 1º grau incompleto, com 74 (60,2%) trabalhadores; 2 (1,6%) não tinham nenhuma escolaridade e 23 (18,7%) possuíam o 1º grau completo.

Quanto ao 2º grau, 16 (13,0%) indivíduos possuíam 2º grau incompleto e 8 (6,5%) com o curso completo. Estes dados caracterizam uma população com baixa escolaridade, embora o número de sujeitos sem nenhuma escolaridade tenha sido baixo.

Como sabemos, o grau de instrução interfere e determina o tipo de trabalho que o indivíduo terá, bem como influencia na renda familiar e nas suas condições socioeconômicas. O grau de instrução está relacionado à compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica, dos fatores

de risco que contribuem para sua instalação e do significado atribuído às orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde (BRASIL, 1993).

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a categoria de ocupações desenvolvidas na empresa. Ribeirão Preto, 2001.

Ocupações	nº	%
Mecânico	18	14,6
Motorista	8	6,5
Operador de máquinas	27	22,0
Eletricista	3	2,4
Atividades de apoio	29	23,6
Atividades de controle	38	30,9
Total	123	100,0

O maior contingente de trabalhadores da empresa desenvolvia atividade de controle (30,9%) ou de apoio (23,6%), além de operador de máquina com percentual semelhante (22,0%), conforme demonstramos dados contidos na Tabela 11.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a categoria de ocupações desenvolvidas na empresa e os valores de pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Ocupação	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130 - 139	140 - 159	160 - 179	≥ 180	
Mecânico	11	4	3	-	-	18
Motorista	3	3	1	-	1	8
Operador de máquinas	20	4	3	-	-	27
Eletricista	2	1	-	-	-	3
Atividades de apoio	16	10	2	1	-	29
Atividades de controle	25	10	3	-	-	38
Total	77	32	12	1	1	123

Pela Tabela 12, verificamos que os valores de PAS \geq 140 mmHg foram mais observados na categoria de mecânico, operador de máquinas, atividades de apoio e controle.

Tabela 13 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a categoria de ocupações desenvolvidas na empresa e os valores de pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Ocupação	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	\geq 110	
Mecânico	12	3	1	1	1	18
Motorista	3	1	3	-	1	8
Operador de máquinas	21	4	1	1	-	27
Eletricista	3	-	-	-	-	3
Atividades de apoio	24	2	2	1	-	29
Atividades de controle	33	2	2	1	-	38
Total	96	12	9	4	2	123

Os dados da Tabela 13 revelam que os valores de PAD \geq 90 mmHg foram encontrados entre 15 (12,2%) trabalhadores, com predomínio entre os mecânicos, motoristas e aqueles que exerciam atividades de apoio e de controle.

De acordo com o MS, a prevalência da HA está relacionada também à ocupação dos indivíduos. Admite-se que esta relação seja devido às características físicas do trabalho que muitas vezes os trabalhadores estão submetidos, como exposição contínua ao barulho, à vibração, temperaturas extremas e outras variáveis, como falta de liberdade, trabalho sob supervisão severa, de natureza repetitiva e instabilidade no emprego (BRASIL, 1993).

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tempo em anos de atividade na empresa. Ribeirão Preto, 2001.

Tempo de atividade (anos)	nº	%
< 1	24	19,5
1 — 5	58	47,2
5 — 10	16	13,0
≥ 10	25	20,3
Total	123	100,0

Verificamos pelos dados da Tabela 14 que 99 (80,5%) trabalhadores exerciam atividades na empresa há mais de um ano, tendo em vista que ela emprega trabalhadores fixos, que exercem atividades durante o período da safra e entressafra e trabalhadores com contrato temporário, que são dispensados logo após o término da safra. Os que exerciam atividades há menos de um ano, na maioria, referiam-se aos contratados temporariamente e parte daqueles que exerciam atividades há mais anos eram contratados apenas na ocasião da safra.

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a jornada diária de trabalho em horas. Ribeirão Preto, 2001.

Horas de trabalho/dia	nº	%
7,0	2	1,6
8,0	93	75,6
9,0	10	8,1
10,0	15	12,2
11,0	3	2,4
Total	123	100,0

Identificamos na Tabela 15 que, a maioria, 93 (75,6%) trabalhadores possuíam jornada de trabalho de oito horas. Aqueles com carga horária acima de oito horas diárias faziam horas-extras. Lembramos que a coleta de dados

foi realizada na época da safra, período em que o volume e complexidade trabalho na empresa são maiores.

Quanto ao número de empregos, verificamos que, quase a totalidade, 120 (97,6%) possuíam um único emprego. Apenas três entrevistados tinham dois empregos (garçom, segurança particular e responsável por firma de cosmético). Os trabalhadores de contrato permanente, durante a entressafra, exerciam atividades ligadas à manutenção dos equipamentos da indústria, enquanto que aqueles contratados temporariamente voltavam para suas cidades de origem, em busca de outros serviços na área rural ou como ajudantes de diversas profissões.

No que concerne ao transporte usado para locomoção até o trabalho, a maioria dos funcionários, 103 (83,7%), utilizavam o ônibus da empresa, 16 (13,0%), não utilizavam nenhum meio de transporte, pois moravam na colônia da destilaria, três faziam uso de carros da empresa, uma vez que desenvolviam atividades em locais distantes; apenas um trabalhador usava condução própria.

A distância da residência até local de trabalho, para a maioria dos trabalhadores, variou de 8 a 15 quilômetros.

Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a renda familiar em salários-mínimos. Ribeirão Preto, 2001.

Número de salários-mínimos	nº	%
≤ 3	28	22,8
4	42	34,1
5	23	18,7
6	6	4,9
> 6	22	17,9
Não informou	2	1,6
Total	123	100,0

Pelos dados da Tabela 16, observamos que a renda familiar da população em estudo variou de menos ou igual a três salários-mínimos a mais que seis salários mínimos. A maioria dos trabalhadores, 70 (56,9%) recebiam entre ≤ 3 a 4 salários-mínimos.

Um dado que nos chamou atenção foi o fato de 22 (17,9%) trabalhadores terem referido renda acima de seis salários mínimos, embora a renda familiar aqui apresentada não esteja relacionada ao número de contribuintes e composição da família, é provável que muitos tenham mencionado renda maior e possuam família numerosa.

Na ocasião da coleta de dados, o salário-mínimo vigente no país era de cento e oitenta reais.

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a renda familiar em salários-mínimos e os valores da pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Renda Familiar	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130-139	140-159	160-179	≥ 180	
≤ 3	18	8	2	-	-	28
4	26	10	5	1	-	42
5	13	6	3	-	1	23
6	3	3	-	-	-	6
> 6	15	5	2	-	-	22
Não informou	2	-	-	-	-	2
Total	77	32	12	1	1	123

Observamos pela Tabela 17 que os valores de PAS ≥ 140 mmHg predominaram entre os trabalhadores que indicaram renda familiar entre quatro e cinco salários-mínimos, devemos levar em conta que no grupo de trabalhadores, a maioria indicou renda de quatro salários-mínimos.

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a renda familiar em salários-mínimos e a pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Renda Familiar	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110	
≤ 3	24	3	-	1	-	28
4	29	5	6	1	1	42
5	18	1	1	2	1	23
6	4	2	-	-	-	6
> 6	19	1	2	-	-	22
Não informou	2	-	-	-	-	2
Total	96	12	9	4	2	123

Os valores de PAD ≥ 90 mmHg prevaleceram entre os trabalhadores que mencionaram renda familiar de até quatro salários-mínimos.

A classe social baixa é um fator de risco independente para a cardiopatia, uma vez que a pobreza está associada com maior prevalência

todas as doenças, bem como à maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens (BRASIL, 1993) e a elevação da renda familiar da população está inversamente relacionada ao nível de PA (BRASIL, 1993; LOLIO et al., 1993).

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o número de pessoas que compõem a família. Ribeirão Preto, 2001.

Número de pessoas	nº	%
1	3	2,4
2	16	13,0
3	27	22,0
4	41	33,3
5	22	17,9
6	11	8,9
7	2	1,6
11	1	0,8
Total	123	100,0

Os dados da Tabela 19 revelam que da composição familiar da maioria (95,1%) dos trabalhadores variou de duas a seis pessoas, aparecendo apenas três trabalhadores vivendo sozinhos.

Tabela 20 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o número de pessoas da família que exercem atividade remunerada. Ribeirão Preto 2001.

Número de pessoas	nº	%
1	59	48,0
2	39	31,7
3	13	10,6
4	9	7,3
5	2	1,6
6	1	0,8
Total	123	100,0

Analisando os dados da Tabela 20, podemos observar que 59 (48,0%) trabalhadores mencionaram apenas um integrante da família que exercia atividade remunerada e 39 (31,7%) indicaram duas pessoas na família exercendo atividade remunerada.

Por estes resultados, constatamos que, embora as famílias da maioria dos trabalhadores fossem constituídas por mais de uma pessoa, conforme mostra a Tabela 19, poucos membros exerciam atividades remuneradas.

Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a contribuição dos membros da família para a renda familiar em salários-mínimos. Ribeirão Preto, 2001.

Valor (salário-mínimo)	nº	%
≤ 1	12	9,8
2 – 3	48	39,0
4 – 5	44	35,8
≥ 6	15	12,1
Não informou	4	3,3
Total	123	100,0

Pelos dados apresentados na Tabela 21 observa-se que a contribuição para a renda familiar, da maioria dos integrantes da população estudada, variou de 2 a 5 salários mínimos (74,8%). Apenas quatro (3,3%) entrevistados não souberam informar o valor de contribuição para a renda dos seus familiares.

Com relação ao estado civil da população em estudo, 34 (27,6%) eram solteiros; 61 (49,6%) casados; 16 (13,0%) amasiados; cinco (4,1%) viúvos e sete (5,7%) encontravam-se separados, na ocasião de coleta de dados (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o estado civil. Ribeirão Preto, 2001.

Estado civil	nº	%
Solteiro	34	27,6
Casado	61	49,6
Amasiado	16	13,0
Viúvo	5	4,1
Separado	7	5,7
Total	123	100,0

Do total de trabalhadores, 79 (64,2%) tinham filhos e, a maioria, 64 (52,0%) possuía de um a três filhos e 15 (12,2%) de quatro a seis filhos.

Quanto ao local de residência encontramos que a grande maioria, 106 (86,2%), dos trabalhadores residiam na área urbana em casas com instalações elétricas, rede de esgoto, água canalizada e asfalto e; 70 (56,9%) trabalhadores moravam em casa própria, 25 (20,3%) indicaram residir em casas alugadas; sete (5,7%) em casas emprestadas e um (0,8%) estava hospedado numa pensão.

Apenas 17 (13,8%) trabalhadores residiam na zona rural em casa com instalações elétricas, rede de esgoto e água canalizada. Dentre aqueles que moravam na área rural, 16 (94,1%) habitavam na colônia da própria empresa e um morava na fazenda em casa emprestada.

Na Tabela 23 podemos identificar a distribuição dos trabalhadores segundo o Estado de procedência.

Tabela 23 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o Estado de procedência. Ribeirão Preto, 2001.

Estados	nº	%
São Paulo	71	57,7
Minas Gerais	26	21,1
Bahia	13	10,6
Paraná	7	5,7
Pernambuco	2	1,6
Outros	4	3,3
Total	123	100,0

Quanto à procedência dos trabalhadores, na Tabela 23 podemos identificar que, a maioria deles, 71 (57,7%) procedia do Estado de São Paulo, vindo a seguir os Estados de Minas Gerais, (21,1%) e Bahia, (10,6%), os demais Estados foram representados por 10,6% dos trabalhadores.

3. 3 - Dados relacionados ao estilo de vida

A boa saúde é influenciada pelo estilo de vida e este está relacionado diretamente à qualidade de vida, que significa saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurando sempre melhorar o processo de interiorização de hábitos saudáveis e aumentar a capacidade para enfrentar pressões, a fim de viver mais consciente e de modo mais harmônico com o meio ambiente, com as pessoas e consigo mesmo (SILVA & MARCHI, 1997).

Assim, um aspecto importante relativo ao estilo de vida diz respeito à realização de atividades físicas pelos indivíduos e neste estudo observamos que apenas 50 (40,7%) trabalhadores referiram realizar algum tipo de atividade física (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo os tipos de atividades físicas praticados. Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de atividade física	nº	%
Futebol	29	23,6
Andar de bicicleta	6	4,9
Caminhada	5	4,1
Atletismo	5	4,1
Malhação	4	3,2
Natação	1	0,8
Não pratica	73	59,3
Total	123	100,0

A atividade física mais citada pelos trabalhadores foi o futebol (23,6%); ciclismo (4,9%); caminhada e atletismo (4,1%). Quanto à frequência e duração da atividade, 30 (24,4%) trabalhadores faziam atividade física menos de três vezes por semana e por um período superior a 45 minutos; oito (6,5%) de três a quatro vezes por semana, com duração superior a 45 minutos.

No entanto, dentre os 50 trabalhadores que relataram realizar algum tipo de atividade física, nem todos a executavam conforme o proposto, ou seja, com duração de 30 a 45 minutos, no mínimo três vezes por semana (CONSENSO. . ., 1998); como pode ser identificado na Tabela 25.

Tabela 25 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a frequência e duração de atividades físicas praticadas. Ribeirão Preto, 2001.

Frequência e duração de atividade física	nº	%
< 3 x Semana/ > 45 minutos	30	24,4
3 x Semana/ > 45 minutos	5	4,1
4 x Semana/ > 45 minutos	3	2,5
< 3 x Semana/ < 30 minutos	1	0,8
4 x Semana/ 30 a 45 minutos	2	1,6
5 x Semana/ 30 a 45 minutos	1	0,8
5 x Semana/ > 45 minutos	1	0,8
> 5 x Semana/ < 30 minutos	2	1,6
> 5 x Semana/ 30 a 45 minutos	1	0,8
> 5 x Semana/ > 45 minutos	2	1,6
< 3 x Semana/ 30 a 45 minutos	2	1,6
Não pratica	73	59,3
Total	123	100,0

Atividade física regular traz múltiplos benefícios para a saúde, incluindo a redução da incidência de DCV, como as decorrentes de ateroscleroses coronarianas (BERLIN & COLDITZ, 1990). Além de reduzir a pressão arterial e o peso corporal, contribui para a diminuição do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão. A atividade física deve estar representada por exercícios físicos aeróbios, tais como caminhadas, ciclismo, natação e corrida, realizados numa intensidade entre 50 a 70% do consumo máximo do oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana (III CONSENSO. . ., 1998).

Tabela 26 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a prática de atividade física e o Índice de Massa Corporal. Ribeirão Preto, 2001.

Atividade Física	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)					Total
	< 25	25-27,4	27,5-29,9	30 -39,9	≥ 40	
SIM	27	9	6	8	-	50
NÃO	33	20	7	13	-	73
Total	60	29	13	21	-	123

Os dados da Tabela 26 mostram que dos 50 (40,7%) trabalhadores que indicaram realizar atividade física, nove apresentavam sobrepeso; 14 obesidade leve ou moderada. Dos 73 (59,3%) trabalhadores que negaram realizar atividade física, 20 apresentavam sobrepeso, 20 obesidade leve ou moderada.

Quando analisamos a freqüência de valores de PAS e PAD $\geq 140 \times 90$ mmHg, respectivamente, os dados das Tabelas 27 e 28 confirmam a tendência de valores aumentados de PA, entre aqueles com inatividade física ou sedentários.

Tabela 27 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a realização de atividade física e valores de pressão sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Atividade Física	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130-139	140-159	160-179	≥ 180	
SIM	33	15	2	-	-	50
NÃO	44	17	10	1	1	73
Total	77	32	12	1	1	123

A Tabela 27 revela também que, dos 14 trabalhadores que apresentaram valores de PAS \geq 140 mmHg, apenas dois realizavam atividade física e a variação dos valores nestes indivíduos foi de 140 a 159 mmHg e que dentre os 15 com valores de PAD \geq 90 mmHg, somente três praticavam atividade física (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a realização de atividade física e os valores de pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Atividade Física	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85-89	90-99	100-109	\geq 110	
SIM	46	1	2	1	-	50
NÃO	50	11	7	3	2	73
Total	96	12	9	4	2	123

Outro fator de risco autocriado, que encontramos presente no estilo de vida, foi o tabagismo. Dos 123 participantes do estudo, 20 (16,3%) eram fumantes, tendo o restante, 103 (83,7%) negado este comportamento em relação ao cigarro. Dos não-fumantes, por ocasião da coleta de dados, 31 (30%) eram ex-fumantes. Quanto ao tipo e número de cigarros fumados, encontramos: 18 (14,7%) indicaram uso de cigarro de papel de até 20 cigarros por dia; um indivíduo indicou que fumava até dois maços de cigarro de papel, com filtro, por dia; um outro indicou que usava o cigarro de palha numa quantidade inferior a 20 cigarros por dia.

Questionados sobre o tempo que faziam uso de tabaco, dois indicaram entre 1 e 5 anos; três entre 5 e 10 anos e 15 há mais de 10 anos.

Ao indagarmos aos ex-fumantes (n=31) sobre as razões que os levaram a deixar de fumar, 19 (61,3%) apontaram vontade própria; seis (19,4%) alegaram que se sentiam mal; cinco (16,1%) citaram a influência religiosa e um (3,2%) referiu ter tomado consciência de que aquele ato prejudicava a saúde.

Tabela 29 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo e a quantidade de cigarro e os valores de pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de cigarro/quant.	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130-139	140-159	160-179	≥ 180	
Fumantes:						
Papel com filtro/1 maço-dia	2	1	1	-	-	4
Papel c/ filtro < 1 maço-dia	8	4	2	-	-	14
Palha < 1 maço-dia	1	-	-	-	-	1
Papel c/ filtro 2 maços-dia	-	1	-	-	-	1
Não fumante	66	26	9	1	1	103
Total	77	32	12	1	1	123

Quanto aos 14 (11,4%) trabalhadores que apresentaram valores de PAS ≥ 140 mmHg, três eram fumantes e 11 não fumantes (Tabela 29).

Tabela 30 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo e a quantidade de cigarro e os valores de pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de cigarro/quant.	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85-89	90-99	100-109	≥110	
Fumantes:						
Papel com filtro/1 maço-dia	2	-	1	-	1	4
Papel c/ filtro < 1 maço-dia	10	-	2	2	-	14
Palha < 1 maço-dia	1	-	-	-	-	1
Papel c/ filtro 2 maços-dia	1	-	-	-	-	1
Não fumante	82	12	6	2	1	103
Total	96	12	9	4	2	123

Os dados da Tabela 30 mostram que dentre os 15 trabalhadores com valores de PAD ≥ 90 mmHg, seis eram fumantes.

O fumo é importante causa de perda de saúde e está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas (MOREIRA et al., 1995).

O hábito de fumar é bastante freqüente na sociedade brasileira, tanto que dados do Ministério da Saúde apontam que mais da metade dos homens e cerca de 33% das mulheres adultas fumam cigarro. Os pobres e aqueles com menor nível de educação fumam mais que os de classes socioeconômica e de níveis educacionais mais altos (BRASIL, 1993).

A cada ano, os produtos derivados do tabaco são responsáveis pela morte de 4 milhões de pessoas em todo mundo, sendo 50% deles nos países em desenvolvimento. O crescimento do consumo de produtos derivados do tabaco, nos países em desenvolvimento, é atribuído às estratégias agressivas adotadas pela indústria do fumo para conquistar terreno junto à população mais jovem (OMS, s.d.). Esta fonte ressalta, ainda, aumento do número acima citado para 10 milhões de mortes por ano, estimativa para 2020 e 2030, devendo 7 milhões dessas mortes ocorrerem em países em desenvolvimento.

Os malefícios do tabaco sobre o sistema cardiovascular resultam do estímulo adrenérgico em que os receptores colinérgicos nicotínicos ativam gânglios autonômicos, resultando em liberação de noradrenalina e adrenalina da medula supra-renal, provocando taquicardia e HAS, além de vasoconstrição

periférica com diminuição da temperatura cutânea e aumento da resistência periférica (FRANKEN et al. 1996; ISSA, 1996; STOCCO & BARRETTO, 2000).

Segundo Bartechic et al. e Mackenzie, citados por MORIGUCHI & VIEIRA (2000), o tabagismo é responsável por cerca de 50% de todas as mortes evitáveis, pois cerca da metade delas é causada por doenças cardiovasculares. Para Wilhelmsen & Manson, citados por MORIGUCHI & VIEIRA (2000), o efeito adverso do tabagismo está diretamente relacionado à quantidade de cigarros consumida por dia e com o tempo de duração do hábito, sendo alto o risco de doenças cardiovasculares, no futuro, quando este hábito se inicia antes dos 15 anos de idade.

O consumo de bebida alcoólica mostrou-se freqüente na população estudada, 81 (65,8%) trabalhadores indicando o uso de algum tipo de bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana, contra 42 (34,2%) que o negaram. Dos 42 que negaram o uso de bebida alcoólica, 30 (71,4%) já fizeram uso da bebida alcoólica anteriormente.

O tipo de bebida mais consumido pela maioria dos entrevistados foi a cerveja, indicada por 63 (51,2%) trabalhadores e aguardente por outros 12,25%, conforme observamos na Tabela 31.

Tabela 31 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo de bebida alcoólica consumida. Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de bebida	nº	%
Cerveja	63	51,2
Aguardente (Pinga, Vodka, Conhaque)	15	12,2
Vinho	3	2,4
Não faz uso	42	34,2
Total	123	100,0

Quanto à frequência de consumo de bebida alcoólica, 66 (81,5%) indivíduos referiram fazer uso da mesma menos de três vezes por semana, indicando geralmente os fins de semana; 11 (13,6%) indicaram uso superior a cinco vezes por semana, enquanto quatro (4,9%) referiram frequência que variou de três a cinco vezes por semana.

Em relação à quantidade de bebida alcoólica consumida, 18 (22,2%) consumidores verbalizaram a ingestão entre quatro e seis garrafas de cerveja de 600ml por dia, o que equivale a 112,8 a 169,2 gramas de etanol/dia; considerando que uma garrafa de 600 ml de cerveja contém de 28,2 a 30 gramas de etanol.

Quanto à aguardente, sete (8,6%) trabalhadores indicaram ingestão de uma dose diária, correspondendo a aproximadamente 20 gramas de etanol/dia e oito (9,9%) referiram duas doses, cerca de 40 gramas de etanol/dia. Para o cálculo da quantidade aproximada de etanol ingerida, tomamos como base que 100 ml de aguardente contém aproximadamente 40 gramas de etanol.

O vinho foi o tipo de bebida alcoólica consumido com menos frequência nesta população. Um trabalhador referiu que tomava um copo de

aproximadamente 100 ml ao dia, o equivalente a 11,5 gramas e dois indicaram dois copos, o que corresponde a aproximadamente 23 gramas de etanol/dia; considerando que 100 ml de vinho contêm 11,5 gramas de etanol.

Os efeitos do consumo de álcool dependem fundamentalmente da quantidade e da regularidade da ingestão, do tipo de bebida utilizada, do estado nutricional do indivíduo, do tabagismo associado à bebida, da suscetibilidade individual e até mesmo de fatores genéticos (STOCCO & BARRETTO, 2000).

CABERNITE (1982), estudando a epidemiologia do alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área, salienta que a nossa situação é comparada com a de outros países. O autor menciona que estudos de natureza diversa referem que as diferenças socioeconômicas e culturais podem contribuir para a programação e desenvolvimento de possíveis atividades preventivas. Enfatiza ainda a necessidade de uma ação interdisciplinar e comunitária no combate e prevenção ao alcoolismo, citando dois elementos básicos que distinguem o alcoólatra obstinado do bebedor considerado não-viciado, que são o desejo de se embriagar e a possibilidade ou não de manter a embriaguez sob controle. De modo geral, é aceito como bebedor excessivo àquele que mantém o organismo continuamente suprido de álcool e, como abstinente de álcool, aquele que se embriaga no máximo uma vez por mês.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão (1998), o consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica aumenta a prevalência de hipertensão; o álcool é fator de risco para

acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva.

Devemos ressaltar que alguns trabalhadores informaram que consumiam mais de um tipo de bebida alcoólica, porém como o objetivo do nosso estudo não foi investigar em detalhes o padrão de consumo de álcool, optamos por incluir somente o tipo de bebida que os trabalhadores relataram usar freqüentemente.

Em relação ao tempo em que os consumidores faziam uso de bebida alcoólica, 23 (28,4%) indicaram que já bebiam entre 1 e 5 anos; 20 (24,7%) entre 5 e 10 anos e apenas um (1,2%) referiu estava fazendo uso de bebida alcoólica há menos de um ano.

Para os ex-consumidores de bebida alcoólica, (n=30) a cerveja foi a bebida mais citada por 18 (60%) trabalhadores, seguida de aguardente, por 11 (36,7%) deles.

Quanto ao tempo de uso para os ex-consumidores, foi indicado por três (10%) deles como sendo menos de um ano; 11 (36,7%) trabalhadores indicaram uso entre um a cinco anos; sete (23,3%) entre cinco e dez anos nove (30%) indicaram uso de mais de dez anos.

Tabela 32 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de pressão arterial sistólica (PAS). Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de bebida	PAS (mmHg)					Total
	< 130	130-139	140-159	160-179	≥ 180	
Cerveja	37	19	6	1	-	63
Aguardente	9	3	3	-	-	15
Vinho	3	-	-	-	-	3
Não faz uso	28	10	3	-	1	42
Total	77	32	12	1	1	123

As Tabelas 32 e 33 mostram que os valores de PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90 mmHg predominaram entre os trabalhadores que faziam uso de cerveja e aguardente e também entre os que não consumiam qualquer bebida alcoólica. Não observamos alteração nos trabalhadores que indicaram tomar vinho e como referimos anteriormente, apenas três sujeitos indicaram consumi-lo.

A hipertensão arterial é a manifestação mais freqüentemente reconhecida do alcoolismo, sendo diagnosticada em cerca de um terço dos alcoólatras (FAINTUCH, 1995).

Tabela 33 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de pressão arterial diastólica (PAD). Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de bebida	PAD (mmHg)					Total
	< 85	85-89	90-99	100-109	≥ 110	
Cerveja	50	6	5	2	-	63
Aguardente	9	2	3	-	1	15
Vinho	3	-	-	-	-	3
Não faz uso	34	4	1	2	1	42
Total	96	12	9	4	2	123

Ao indagarmos aos trabalhadores que deixaram de ingerir bebida alcoólica (n=30) sobre as razões que os levaram à desistência desse

comportamento autocriado, 13 (43,3%) declararam que pararam por vontade própria; oito (26,7%) por motivos religiosos; oito (26,7%) por motivos de doença e um (3,3%) trabalhador referiu obediência aos conselhos da família.

Na investigação do consumo de bebida alcoólica incluímos as quatro perguntas que compõem o teste CAGE (LIMA et al., 1999).

O teste CAGE é um questionário padronizado composto por quatro perguntas. A sua denominação deriva das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês. São elas: 1) alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (*Cut down*); 2) as pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de beber? (*Annoyed by criticism*); 3) o senhor se sente culpado pela maneira como costuma beber? (*Guilty about drinking*); 4) o senhor costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (*Eye-opener drinks*). Este teste visa à detecção do chamado bebedor-problema, suspeito de ser dependente de álcool (LIMA et al., 1999).

Indagamos a cada participante que confirmara ingerir bebida alcoólica, (n=81) se alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber e, como resposta, encontramos 24 (29,6%) trabalhadores que afirmaram essa vontade, contra 57 (70,4%) que a negaram.

Ao questionarmos se as pessoas os aborreciam por criticarem seu modo de beber, sete (8,6%) trabalhadores responderam positivamente.

Fez parte ainda desta investigação a ingestão de bebida alcoólica pela manhã para redução do nervosismo ou ressaca, assim como os sentimentos de culpa manifestados pelos sujeitos entrevistados pela maneira como

bebiam. Apenas um (1,2%) entrevistado que nos revelou beber pela manhã e 14 (17,3%) afirmaram que se sentiam culpados pela maneira como bebiam.

O estresse é um dos fatores que afetam a qualidade de vida, estando este relacionado às DCVs, segundo vários autores (LIPP,1996).

No momento de estresse, o corpo prepara-se para lutar ou para fugir da situação através de uma série de mudanças, tais como aumento na produção de adrenalina e uma maior constrição dos vasos sanguíneos, entre outras mudanças, fazendo com que o coração bata mais rápido, ao mesmo tempo em que a resistência é aumentada nos vasos sanguíneos periféricos. Com o aumento da resistência e da atividade cardíaca, a pressão tende a subir (LIPP, 1996).

Para investigarmos esse fator de risco, questionamos ao trabalhador se ele se considerava uma pessoa estressada ou nervosa. Para o entendimento do estresse, utilizamos o termo “*tensão nervosa*” e, em resposta, 46 (37,4%) mencionaram que se consideram estressados ou nervosos e apontaram o serviço e a casa como os principais ambientes onde freqüentemente ficavam estressados.

Em relação ao padrão de sono e descanso, a maioria, 81 (65,9%) indicaram o hábito de 7 a 8 horas de sono; 19 (15,4%) informaram possuir o hábito de dormir durante o dia num tempo inferior a 2 horas; 14 (11,4%) dormiam durante o dia de 2 a 3 horas e 18 (14,6%) dormiam mais de 4 horas durante o dia, pois exerciam atividades laborais no turno da noite.

Em relação às alterações do sono, 14 (11,4%) trabalhadores a referiam; sete (5,7%) as atribuíram ao estado emocional; cinco (4,1%) a mudanças de hábito; um (0,8%) ao uso de bebida alcoólica e um (0,8%) ao relacionamento familiar.

Ao indagarmos se existiam diabéticos na população em estudo, quatro (3,3%) trabalhadores sabiam que eram diabéticos, 68 (55,3%) negaram a doença e 51 (41,5%) desconheciam o diagnóstico. Dentre os trabalhadores que confirmaram serem diabéticos, um sabia do diagnóstico há menos de cinco anos e não fazia tratamento farmacológico, o controle da doença era baseado em dieta; um outro tinha conhecimento da doença há menos de cinco anos e tomava hipoglicemiante oral; os outros dois tinham conhecimento do diagnóstico há mais de dez anos e também tomavam hipoglicemiante oral, além do controle da doença pela dieta.

A prevalência de HAS em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes a da população em geral. No diabético tipo I, a hipertensão arterial associa-se à nefropatia diabética, enquanto no diabetes tipo II, a hipertensão arterial associa-se, comumente, a outros fatores de risco cardiovasculares, tais como dislipidemia, obesidade, hipertrofia ventricular esquerda e hiperinsulinemia (III CONSENSO. . . , 1998).

Segundo estudos, no Brasil, existem 2 milhões de indivíduos portadores de diabetes e 90% pertencem ao chamado tipo II, que está freqüentemente associado à obesidade, hiperlipidemia, à hipertensão e à aterosclerose. A DAC é a causa principal de mortalidade nos pacientes com diabetes tipo II,

sendo responsável por 60% dos óbitos, e o risco de apresentarem DAC é de três a quatro vezes maior que em indivíduos não-diabéticos (CHACRA, 1999).

O conhecimento sobre níveis elevados de colesterol foi investigada nesta população e encontramos que dos 123 trabalhadores, três (2,4%) indicaram possuir níveis altos de colesterol, porém não faziam nenhum tratamento farmacológico; destes, um tinha conhecimento do diagnóstico há menos de um ano e dois sabiam que apresentavam elevação dos níveis de colesterol de um a cinco anos; 56 (45,5%) trabalhadores negaram apresentar hipercolesterolemia, enquanto que 64 (52,0%) referiram não saber, pois não se lembravam de terem feito algum exame para dosagem do colesterol.

A associação entre os níveis de LDL e as DCVs é forte e direta, quanto maiores os níveis de LDL, maior o risco de ocorrência de um evento coronariano (NEATON et al., 1992; DAVEY et al. 1992), de modo que a redução dos níveis de LDL deve ser prioridade tanto na prevenção primária como na secundária das DCVs.

O hábito alimentar foi outro aspecto ligado ao estilo de vida estudado nesta pesquisa. A questão alimentar é complexa e sua análise exige um aprofundamento tal que, seria necessário estudo exclusivo, para abordá-lo. É importante salientar que a grande maioria dos trabalhadores, ou seja, 120 (97,6%) deles referiram ter bom apetite.

Quanto à refeição básica consumida, 98 (79,7%) trabalhadores indicaram que ela era constituída por arroz, feijão, carne, salada e em relação ao número de refeições, 104 (84,6%) indivíduos informaram que faziam duas

refeições ao dia, 11 (8,9%) apenas uma refeição diária e oito (6,5%) referiram três refeições ao dia.

Uma alimentação saudável é aquela que proporciona à pessoa o alimento que seu corpo necessita para funcionar bem, não ingerindo alimentos que, devido à natureza e/ou quantidade, possam trazer efeitos nocivos à sua saúde e ao bem-estar (SILVA & MARCHI, 1997).

As dietas não-balanceadas, tais como as que contêm altas calorias de origem animal, são ricas em lipídios (carnes, ovos, derivados de leite, gordura saturada, colesterol) e contribuem para a epidemiologia das doenças não-transmissíveis através da manutenção de condições propícias ao surgimento de dislipidemias e obesidade (FELICIANO, 1997).

O aumento de uma série de doenças, tais como a obesidade, a coronariana, o diabetes e o câncer, entre outras, se deve a mudanças no padrão alimentar da civilização moderna ocidental, sobretudo nos Estados Unidos e Europa, onde é grande o consumo de gordura, açúcar, carne, com pequena ingestão de fibras (BURKITT, 1973).

Estudo realizado no Brasil por MONDINI & MONTEIRO (1994), sobre identificação de mudanças no padrão alimentar da população urbana brasileira, ao longo das três últimas décadas, no qual utilizaram dados de duas pesquisas nacionais feitas no início da década de 60 (1961 a 1963) e no final da década de 70 (1974 – 1988), além de um inquérito nacional sobre consumo alimentar datado da década de 70 (1974 – 1975), mostrou redução no consumo de cereais e derivados, aumento contínuo no consumo de ovos, leite

e derivados e de carnes e a substituição da banha, bacon e manteiga por óleos vegetais e margarina.

Assim, diante da estreita relação entre o padrão alimentar e as enfermidades crônico-degenerativas foi de fundamental importância a identificação dos hábitos alimentares destes trabalhadores, uma vez que fazem parte tanto da etiologia como do agravamento dessas morbidades.

Em nossa observação percebemos que cerca de um quarto de trabalhadores fazia pelo menos uma refeição no refeitório da empresa, pagando 50% do valor total da mesma; os demais, traziam suas marmitas de casa.

Na Tabela 34 apresentamos os alimentos consumidos com mais frequência pelos trabalhadores do estudo.

Tabela 34 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo a frequência do consumo de alimentos. Ribeirão Preto, 2001.

Alimentos	Frequência de consumo											
	Não usa		< 3xsem		>3xsem		Diariamente		Raramente		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Peixe	15	12,2	33	26,8	-	-	-	-	75	61,0	123	100,0
Carne suína	16	13,0	28	22,8	-	-	1	0,8	78	63,4	123	100,0
Carne bov.	-	-	46	37,4	31	25,2	43	35,0	3	2,4	123	100,0
Frango com pele	53	43,1	51	41,5	7	5,7	5	4,1	7	5,7	123	100,0
Frango sem pele	63	51,2	47	38,2	8	6,5	1	0,8	4	3,3	123	100,0
Embutidos	27	22,0	49	39,8	3	2,4	4	3,3	40	32,5	123	100,0
Enlatados	50	40,7	36	29,3	-	-	-	-	37	30,1	123	100,0
Gema de ovos e suas preparações	4	3,3	85	69,1	9	7,3	3	2,4	22	17,9	123	100,0
Frituras	10	8,1	65	52,8	14	11,4	17	13,8	17	13,8	123	100,0
Manteiga	104	84,6	8	6,5	-	-	5	4,1	6	4,9	123	100,0
Margarina	39	31,7	22	17,9	5	4,1	47	38,2	10	8,1	123	100,0
Verduras	1	0,8	30	24,4	23	18,7	58	47,2	11	8,9	123	100,0
Legumes	-	-	58	47,2	15	12,2	36	29,3	14	11,4	123	100,0
Frutas	1	0,8	55	44,7	20	16,3	23	18,7	24	19,5	123	100,0
Chocolate e derivados	57	46,3	21	17,1	1	0,8	8	6,5	36	29,3	123	100,0
Leite e derivados	30	24,4	14	11,4	9	7,3	41	33,3	29	23,6	123	100,0

Pelos dados da Tabela 34, verificamos que a maioria dos trabalhadores raramente consumia peixe (61%), provavelmente porque este alimento tem custo elevado, se comparado às carnes vermelhas.

SILVA & MARCHI (1997) recomendam que o consumo das carnes, preferencialmente, deve privilegiar os peixes e aves sem pele. O consumo de carnes bovina e suína e de frios deve ser reduzido e evitado.

O hábito de ingerir carne bovina foi referido por todos participantes do estudo, tendo, a maioria indicado um consumo superior a três vezes por semana (37,4%) e quanto à carne suína, a maior parte deles indicou que a consumia raramente (63,4%). Vale lembrar que consideramos ingestão rara de um alimento, quando este não era consumido numa frequência de 15 dias ou mais.

Questionados sobre a ingestão de frango, todos trabalhadores indicaram consumi-lo, porém 70 (56,9%) o consumiam com a pele e 60 (48,8%) sem a pele.

Considerando que os enlatados e embutidos são produtos industrializados com alto teor de sal, ao verificarmos a ingestão destes alimentos entre a população, tivemos: 73 (59,3%) trabalhadores indicaram que faziam uso de enlatados, tais como: salsicha, palmito, ervilha, atum, sardinha, milho, pelo menos uma vez por mês e 96 (78%) referiram o consumo de embutidos (salame, mortadela, presunto), contra 27 (22%) que o negaram. O hábito de ingestão de margarina foi encontrado em 84 (68,3%) trabalhadores, contra 39 (31,7%) que negaram seu uso e quanto ao consumo de verduras, legumes e frutas, a grande maioria dos trabalhadores indicou que estes faziam parte do seu hábito alimentar.

As fibras formam um conjunto de substâncias derivadas de vegetais resistentes à ação das enzimas digestivas humanas, sendo classificadas em solúveis e insolúveis, de acordo com a solubilidade de seus compostos em água. As fibras solúveis são responsáveis, pelo aumento da viscosidade do

conteúdo intestinal como também pela redução do colesterol plasmático. Já as fibras insolúveis aumentam o volume do bolo fecal, reduzem o tempo de trânsito no intestino, tornando-o mais fácil e rápido (CAVALCANTI, 1989), portanto uma alimentação equilibrada e completa em nutrientes deve incluir as fibras alimentares.

A quantidade de fibra alimentar ingerida pela maioria das populações do mundo, especialmente a do Brasil, é desconhecida, devido à falta de utilização de metodologias analíticas adequadas e inquéritos alimentares corretos. Um estudo realizado no Brasil, para determinar o conteúdo de fibra alimentar presente nos alimentos, encontrou no farelo de trigo um alto teor de fibra, ou seja, de 45%; na farinha de soja desengordurada o teor foi de 20,6%; nos feijões cozidos 5,6% e as verduras e frutas apresentaram valores inferiores (FILISSETTI-COZZI & LAJOLO, 1991).

Outro estudo realizado em Cotia, São Paulo, com objetivo de estimar o consumo médio diário de fibras alimentares totais nas refeições de uma população de área metropolitana, indicou que a maioria dos alimentos presentes na dieta das pessoas estudadas continha baixo teor de fibra, sendo o feijão o único alimento com alto teor de fibras na dieta habitual e a principal fonte de fibra (MATTOS & MARTINS, 2000).

Em relação ao consumo de ovos, 119 (96,7%) trabalhadores afirmaram consumi-los, quase que a totalidade da população pesquisada; no entanto, 85 (69,1%) indicaram ingesta inferior a três vezes por semana.

Este dado nos chama atenção, pois a gema do ovo é rica em colesterol e o seu consumo excessivo pode levar à hipercolesterolemia, sendo recomendado até 2 ovos por semana, inclusive os utilizados em outras preparações (SILVA & MARCHI, 1997).

Quando indagamos sobre a inclusão de frituras nas refeições, a maioria, 113 (91,9%) trabalhadores tinham hábito de ingerir qualquer tipo de fritura, apenas 10 (8,1%) negaram consumi-la, porém chamou nossa atenção o fato de que, aproximadamente, um quarto dos trabalhadores consumia fritura mais de três vezes por semana. Quanto ao tipo de gordura usado no preparo das refeições, 88 (71,5%) deles citaram a gordura vegetal; três (2,4%) a gordura animal e mais de um quarto (26,0%) afirmou que utilizava tanto a gordura vegetal como a animal.

O consumo de chocolate ou derivados também foi encontrado no padrão alimentar dos trabalhadores, embora indicassem não ter o hábito de consumi-los freqüentemente e a maioria (46,3%) ter afirmado que não faz uso.

Dos 123 participantes do estudo, 93 (75,6%) tomavam leite; destes, 41 (44,0%) faziam uso dele diariamente; 14 (15,0%) menos que três vezes por semana, nove (9,7%) o consumiam mais de três vezes por semana e 29 (31,2%) o ingeriam raramente. Quanto ao tipo de leite usado, 71 (76,3%) deles indicaram o leite integral e 22 (23,6%) o leite desnatado, sendo este último o mais recomendado por conter baixa quantidade de gordura. É importante salientar que devem ser evitados os produtos com leite integral (SILVA & MARCHI, 1997).

A ingestão do café foi também relacionada como hábito alimentar desta população. Dos 123 entrevistados, 109 (88,6%) tomavam café e apenas 14 (11,4%) negaram consumi-lo. Em relação à quantidade de café consumida por dia, 37 (33,9%) referiram ingerir uma xícara/dia; 12 (11,0%) duas xícaras/dia; 21 (19,3%) três xícaras/dia e 39 (35,8%) assinalaram tomar mais que três xícaras/dia.

Dentre os alimentos indicados de uso diário ou utilizados mais que três vezes na semana, constatamos uma tendência maior no consumo de carne bovina, frituras, margarina, verduras, legumes, frutas, leite e café.

Considerando que a ingestão de dietas com alto teor de sódio se constitui em fator de risco para o desenvolvimento de HAS, questionamos aos trabalhadores sobre o hábito de ingerirem alimentos temperados com bastante sal, e 61 (49,6%) deles indicaram gostar de comida salgada, destes oito (6,5%) mencionaram o hábito de levar saleiro à mesa para adição de sal à comida.

Com a finalidade de investigarmos o conhecimento dos trabalhadores a respeito dos fatores de risco para as DCVs, indagamos quais os fatores que na sua opinião poderiam contribuir para ocorrência destas doenças, cujos dados estão apresentados na Tabela 35.

Tabela 35 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o conhecimento acerca dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Ribeirão Preto, 2001.

Fatores de risco	SIM		NÃO	
	nº	%	nº	%
Dieta inadequada	105	85,4	18	14,6
Falta de exercícios	104	84,6	19	15,4
Tabagismo	109	88,6	14	11,4
Ingestão excessiva de sal	113	91,9	10	8,1
Ingestão excessiva de álcool	104	84,6	19	15,4
Estresse	105	85,4	18	14,6
Uso de drogas	95	77,2	28	22,8
Raça	27	22,0	96	78,0
Idade	82	66,7	41	33,3
História familiar	82	66,7	41	33,3
Diabetes	74	60,2	49	39,8
Hipercolesterolemia	93	75,6	30	24,4
Obesidade	107	87,0	16	13,0
Outros (ingestão excessiva de pimenta)	1	0,8	122	99,2

Observamos na Tabela 35 que a maioria dos trabalhadores tinha um certo conhecimento sobre os fatores de risco para as DCVs, tanto que a dieta inadequada (85,4%), falta de exercícios (84,6%), tabagismo (84,6%), ingestão excessiva de sal (91,6%) e álcool (84,6%), estresse (85,4%) e obesidade (87,0%) foram os hábitos mais ligados ao estilo de vida e os mais citados, enquanto que a raça, como fator de risco, conforme descrito na literatura, foi menos indicado pela maioria, ou seja, 96 (78%) trabalhadores.

Por estes dados podemos considerar que os trabalhadores estudados têm conhecimento de que alguns hábitos autocriados podem contribuir para essas doenças, porém muitos deles não se preocupam com a prevenção, pois mesmo tendo conhecimento dos efeitos da ingestão excessiva de sal e do

álcool, a maioria destes hábitos esteve presente em grande parte dos relatos dessa população, pelos dados apresentados anteriormente.

3.4 - Dados relacionados ao atendimento de saúde

Nesta etapa, procuramos obter informações sobre a frequência com que os trabalhadores utilizavam os serviços de saúde, em que ocasiões procuravam por eles, se realizavam algum tratamento medicamentoso, bem como o tempo transcorrido desde o início desse tratamento.

Por ser uma indústria de grande porte, possui um ambulatório onde é realizado o atendimento dos casos de menor complexidade, enquanto as urgências e os casos mais graves, quando este está fechado, são encaminhados ao hospital da cidade mais próxima. Existe também o serviço conveniado da empresa, ao qual todos os trabalhadores estão vinculados. A procura pelo mesmo é livre, desde que o funcionário não se encontre em horário de trabalho; caso contrário, deve procurar o serviço de saúde da empresa que fará o encaminhamento, se for necessário. A empresa mantém, ainda, um motorista de plantão, para eventuais transferências de acidentados ou outras urgências relacionadas à saúde do trabalhador.

Esse convênio oferece atendimento de consultas clínicas de urgência, 24:00 horas ininterruptas, inclusive sábados, domingos e feriados, no seu ambulatório central, das seguintes especialidades: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Traumato-Ortopedia, Urologia, Vascular, Clínica

Médica, Plástica Reparadora, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Neuro-Cirurgia, Pneumologia e Reumatologia.

A destilaria conta com os serviços de um médico que atende de segunda à sexta-feira, duas horas por dia, e de uma auxiliar de enfermagem especializada em enfermagem de trabalho que permanece na empresa de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas.

Um dos benefícios oferecidos a todos trabalhadores é auxílio para a compra de medicamentos, pois 50% do custo total de qualquer medicação de um trabalhador e/ou de seu dependente são pagos pela empresa.

Quando questionados em quais ocasiões os trabalhadores procuravam pelos serviços de saúde, 26 (21,1%) referiram que buscavam os serviços periodicamente para prevenir doenças e para tratamento de saúde; 95 (77,2%) indicaram tratamento de saúde e apenas dois (1,6%) trabalhadores mencionaram para atendimento de urgência.

A respeito da realização de tratamento, na ocasião de coleta de dados, a Tabela 36 mostra que 28 (22,8%) trabalhadores realizavam algum tratamento medicamentoso, oito (6,5%) indicaram a hipertensão arterial, três (2,4%) tratamento neurológico e gastrite, respectivamente, dois (1,6%) indicaram que estavam em tratamento para sinusite, bronquite alérgica e diabetes respectivamente e quatro (3,2%) indicaram tratamento para diabetes e hipertensão, para micose, problemas ortopédicos e prostáticos.

Tabela 36 - Distribuição dos trabalhadores de uma destilaria segundo o tipo de patologia sob tratamento. Ribeirão Preto, 2001.

Patologia em tratamento	nº	%
Hipertensão arterial	8	6,5
Neurológico	3	2,4
Sinusite	2	1,6
Bronquite alérgica	2	1,6
Gastrite	3	2,4
Diabete	2	1,6
Otras (Diabete e hipertensão, próstata, micose, ortopédico)	4	3,2
Não sabiam informar	4	3,2
Nenhum tratamento	95	77,4
Total	123	100,0

Estes dados indicam a necessidade de maior atenção para os cuidados com a hipertensão arterial, relacionados especificamente ao controle da doença e prevenção quanto a exposição aos fatores de risco, o que pode ser alcançado mediante a implementação de programas educativos específicos para esta comunidade.