



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PPGCS**

EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REPERCUSSÃO NOS FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO
AMAPÁ**

**Macapá/AP
2020**

EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REPERCUSSÃO NOS FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO
AMAPÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Rodrigues da Silva

Macapá/AP
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Cristina Fernandes – CRB-2/1569

Costa, Edinaldo Siqueira da.

Educação em saúde e repercussão nos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica no judiciário do Estado do Amapá. / Edinaldo Siqueira da Costa; Orientadora, Silvana Rodrigues da Silva. – Macapá, 2020.

99 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Hipertensão. 2. Sistema cardiovascular - Doenças. 3. Fatores de riscos. 4. Saúde pública - Educação. I. Silva, Silvana Rodrigues da, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

616.132 C837e
CDD. 22 ed.

EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REPERCUSSÃO NOS FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO
AMAPÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra Silvana Rodrigues da Silva
Silva

DATA DE APROVAÇÃO: ___/___/_____

Examinador: Prof. Dr. Demilto Yamaguchi Pureza
Universidade Federal do Amapá

Examinadora: Prof.^a Dr.^a Marlucilena Pinheiro Da Silva
Universidade Federal do Amapá

Examinadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Figueiras de Assis Mello
Membro externo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Silvana Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Amapá

Macapá/AP
2020

AGRADECIMENTOS

Chego ao momento mais sonhado, o dia da defesa da dissertação. Mas a caminhada não foi solitária, pelo contrário, foi construída com valioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a Deus por me propiciar o bem mais valioso, a vida.

A minha família, em especial meus pais Manoel dos Santos Costa e Maria Juliana Siqueira, e minha esposa Edilene Nogueira de Souza, que sempre me motivaram e estimularam a transformar simples sonhos em grandes conquistas e essa dissertação é mais um resultado desse amor.

A minha orientadora, Professora Dra. Silvana Rodrigues da Silva, por toda orientação, paciência, empenho, dedicação e competência com que sempre me orientou e por jamais me deixar desmotivar ao longo dessa jornada.

Aos professores por todo conhecimento repassado, em especial a professora Dra. Marlucilena Pinheiro Da Silva e Profa. Dra. Anneli Mercedes Celis de Cardenas por todos os conhecimentos e sugestões ofertadas durante as defesas do pré-projeto de pesquisa e qualificação, que sem dúvida forma importantíssimos para que os objetivos fossem alcançados.

Desejo também agradecer a todos os meus colegas do Mestrado, cujo apoio, solidariedade e amizade, fizeram com que a caminhada diária se tornasse menos árdua e mais alegre.

Agradeço aos funcionários da UNIFAP, que com empatia, diluíram grandes obstáculos.

Por último, todos os amigos pelo apoio incondicional que me deram ao longo deste trabalho.

Meus imensuráveis e eternos agradecimentos a todos!

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e responde como o principal fator de risco para as complicações mais comuns como: acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A educação em saúde constitui importante ferramenta de para orientar hábitos e estilo de vida saudável, fundamentais a prevenção desta patologia. O objetivo foi analisar a influência das ações educativas em saúde promovidas no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá, na mudança do estilo de vida dos trabalhadores. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Foi utilizado um questionário como instrumento de coleta de dados, composto por 46 questões fechadas. Teve a participação de 255 servidores. Os dados coletados foram tabulados por dupla digitalização, para comparação e validação do banco. A análise dos dados ocorreu através do *Statistical Package for Social Science* SPSS versão 22 para as formas uni e bivariada. Na análise descritiva foi observada distribuição de frequências entre o sexo e as variáveis sociodemográficas, de dados físicos e clínicos. Na análise inferencial, foi usado o teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2), a fim de analisar a associação entre a hipertensão arterial e as variáveis sociodemográficas, de dados físicos e clínicos, hábitos e estilo de vida, doenças crônicas e estado de saúde e educação em saúde. Foi empregado $\alpha = 0,05$ em todos os testes. Os resultados mostraram que 54,1% eram do sexo feminino, 66,3% de cor parda, 33,7% com idade entre 40 a 49 anos, 47,8% detinham nível superior e 59,6% eram casados e ou viviam em união estável. O Índice de Massa Corporal mostrou que 48,2% estavam com sobrepeso, 64,7% apresentavam circunferência abdominal aumentada, 10,6% tinham valores de glicemia capilar ≥ 99 mg/dL. Quanto a pressão arterial, 33,3% dos homens e 21,7% das mulheres estavam com PA ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Em relação à participação em alguma atividade preventiva ou educativa, 76,1% afirmaram que sim, 60,4% consideraram satisfatórias e para 49% não influenciaram em mudança no estilo de vida. Comprova-se que as ações de educação em saúde, estão impactando parcialmente em mudança de hábitos dos trabalhadores com foco na redução dos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica, pois os índices dos fatores de risco ainda despertam preocupação.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Fatores de Risco. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is the most frequent of cardiovascular diseases and responds as the main risk factor for the most common complications such as: stroke and acute myocardial infarction, in addition to end-stage chronic kidney disease. Health education is an important tool to guide healthy habits and lifestyles, which are fundamental to the prevention of this pathology. The objective was to analyze the influence of educational health actions promoted within the scope of the Court of Justice of the State of Amapá, in changing the lifestyle of workers. This is a descriptive study, with a quantitative approach. A questionnaire was used as a data collection instrument, composed of 46 closed questions. 255 servers participated. The collected data were tabulated by double digitization, for comparison and validation of the bank. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Science SPSS version 22 for univariate and bivariate forms. In the descriptive analysis, frequency distribution was observed between sex and sociodemographic variables, physical and clinical data. In inferential analysis, Pearson's chi-square test (χ^2) was used to analyze the association between arterial hypertension and sociodemographic variables, physical and clinical data, habits and lifestyle, chronic diseases and health status and health education. $\alpha = 0.05$ was used in all tests. The results showed that 54.1% were female, 66.3% were brown, 33.7% were between 40 and 49 years old, 47.8% had higher education and 59.6% were married and or lived in stable union. The Body Mass Index showed that 48.2% were overweight, 64.7% had increased waist circumference, 10.6% had capillary blood glucose values ≥ 99 mg / dL. As for blood pressure, 33.3% of men and 21.7% of women had BP ≥ 140 and / or 90 mmHg. Regarding participation in some preventive or educational activity, 76.1% said yes, 60.4% considered it satisfactory and 49% did not influence the change in lifestyle. It is proven that health education actions are partially impacting the change in workers' habits with a focus on reducing risk factors for systemic arterial hypertension, as the risk factor indexes are still a cause for concern.

Keywords: Systemic arterial hypertension. Risk factors. Health education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial.....	15
Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a Diretriz do <i>American College of Cardiology and American Heart Association</i>	16
Tabela 3 – Índices de Mortalidade por hipertensão arterial.....	17
Tabela 4 – Características sociodemográficas x fatores de risco para HAS.....	38
Tabela 5 – Características físicas e clínicas x fatores de risco para HAS.....	43
Tabela 6 – Hábito e estilo de vida: consumo de alimentos.....	46
Tabela 7 – Hábito e estilo de vida: atividade física.....	51
Tabela 8 – Hábito e estilo de vida: consumo de cigarro e álcool.....	54
Tabela 9 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: hipertensão arterial sistêmica.....	56
Tabela 10 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: diabetes.....	60
Tabela 11 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: Assistência.....	61
Tabela 12 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: familiar.....	63
Tabela 13 – Educação em Saúde – TJAP.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – *American Heart Association*

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CA – Circunferência Abdominal

DAP – Doença Arterial Periférica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

DH – Doenças Hipertensivas

DM – Diabetes Mellitus

DRC – Doença Renal Crônica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FR – Fatores de Risco

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIRPEDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Insuficiência Cardíaca

IMC – Índice de Massa Corporal

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

IPSS – *Statistical Package for Social Science*

LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

LOA – Lesão de Órgão Alvos

MS – Ministério da Saúde do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

POF – Pesquisa Orçamento Familiar

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

TJAP – Tribunal de Justiça do Estado do Amapá

UBS – Unidade Básica de Saúde

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ASPECTOS GERAIS	15
2.2	FATORES DE RISCO E COMORBIDADES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	18
2.3	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E IMPACTO SOCIAL E NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	25
2.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	28
3	MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1	TIPO DE ESTUDO	31
3.2	LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	31
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.4	PERÍODO DE ESTUDO.....	33
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
3.6	COLETA DE DADOS.....	34
3.7	TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	37
4.2	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS.....	41
4.3	ANÁLISE DOS HÁBITOS E ESTILO DE VIDA	45
4.4	ANÁLISE DAS DOENÇAS CRÔNICAS E ESTADO DE SAÚDE	55
4.5	ANÁLISE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	63
5	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	APÊNDICE A – Questionário	89
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
	ANEXO A – Parecer do CEP/UNIFAP	97

1 INTRODUÇÃO

Inúmeras questões merecem destaque na área da saúde e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), sem dúvida, faz parte desse rol, pois é caracterizada tanto como uma doença, quanto como um fator de risco e agravado para outras enfermidades, sendo responsável por danos a qualidade de vida da população de todo o mundo, acarretando milhares de internações e óbitos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença (MALTA *et al.*, 2017). Soares, Pardo e Costa (2017, p. 103) informam que “cerca de 11 milhões de pessoas na América Latina e Caribe morrerão de doenças cardiovasculares, segundo estimativa realizada, até o ano de 2020, e a mortalidade por essa causa está cada vez mais prematura” e acrescenta que embora seja uma patologia com maior prevalência na população da terceira idade, chegando a mais de 50%, estima-se que acometa de 5 a 10% da população com até 18 anos, ou seja, 7 milhões de crianças e adolescentes.

Corroborando com estes dados, Scala (2014, p. 139) reforça que “25% da população mundial adulta, cerca de 1,56 bilhões de pessoas vão apresentar hipertensão em 2025, que será responsável por, aproximadamente, 13% da mortalidade global”. Guerra *et al.* (2016, p.5), afirmam que “em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo ocorreram em decorrência da elevação da pressão arterial, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração”. Conforme Silva *et al.* (2016, p. 51), “é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que na última década representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes”.

No Brasil, Zangirolani *et al.* (2018) informam que a hipertensão arterial apresenta elevada prevalência, entre 22% e 44% para adultos, aumentando com a idade, podendo chegar a 68% em idosos. Malachias *et al.* (2016) asseguram que ela atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2017, em onze anos, o diagnóstico médico de hipertensão arterial aumentou na população adulta das capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017, apresentando as mulheres com maior prevalência quando

comparado aos homens, tendo registrado 26,4% contra 21,7% para eles (VIGITEL, 2017).

Na Região Norte, a pesquisa nacional de saúde realizada em 2013, mostra que o diagnóstico médico de hipertensão arterial era menor nessa região, com prevalência de 14,5% (IBGE, 2013).

O Estado do Amapá, em 2013, apresentava 13,3% da população com hipertensão (ANDRADE *et al.*, 2015; FEIO *et al.*, 2020). Segundo dados colhidos do programa de controle de tratamento de diabetes e hipertensão (HIPERDIA) no sistema DATASUS, no período de 1999 a 2005, foram registrados um total de 5.540 casos, sendo 1.926 do sexo masculino e 3.514 do sexo feminino. (SANTOS, 2012).

No município de Macapá, dados inéditos da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas de 2017, do Ministério da Saúde, estimaram que 21,4% da população têm diagnóstico médico de hipertensão arterial (VIGITEL, 2017).

Para Machado, Pires e Lobão (2012, p. 1366) “o desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento”. Por sua vez, Malachias *et al.* (2016), citam que os fatores de risco para HAS, são a idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. Silva *et al.* (2016) acrescentam com base no *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI), o sobrepeso, tabagismo e o estresse.

Para Zangirolani *et al.* (2018), a maior expectativa de vida, a transição nutricional e o estilo de vida contemporâneo, que se traduzem em comportamentos pouco saudáveis, contribuem para os crescentes níveis de hipertensão arterial na população. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) assegura que hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

Silva (2016, p. 897) descreve que “as modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, sem o qual os medicamentos não resultarão em níveis adequados de pressão arterial”. Para Oliveira *et al.* (2017, p. 389) “torna-se necessário garantir a implementação das diretrizes para o tratamento da HAS através de um processo continuado, envolvendo fundamentalmente ações de educação, de mudança do estilo de vida e garantia de acesso aos medicamentos”.

Segundo Guerra *et al.* (2016, p.5), “a educação em saúde é um componente essencial nas esferas da promoção da saúde e da prevenção de doenças, principalmente quando trata de doenças crônicas como a HAS, morbidade cujo avanço na população é crescente, e leva ao

risco de agravo à saúde”. Assim, educação em saúde é vista como uma importante ferramenta de combate aos fatores de risco e ou controle da HAS.

Ciente que seus servidores, assim como os demais grupos de trabalhadores, também estão sujeitos a desenvolverem hipertensão arterial e estão vulneráveis aos seus fatores de risco em face do seu estilo de vida, bem como da importância das ações de educação em saúde na prevenção e controle de riscos de doenças, o Tribunal de Justiça do Estado do Amapá – TJAP, através da sua seção de saúde, instituiu o programa Viver Melhor, que contempla ações de educação em saúde como: Informe Saúde, Exames Periódicos, Perfil de Saúde e ações de saúde em benefício de seus trabalhadores.

De acordo com a Seção de saúde do TJAP, o Informe Saúde consiste no desenvolvimento de ações educativas acerca de diversos temas de saúde, através de boletins informativos, divulgados eletronicamente e disponibilizados na sua intranet, possibilitando o acesso a todos os interessados.

Já o exame periódico tem a finalidade de sensibilizar Gestores, Magistrados e Servidores da importância para realização dos “exames periódicos”, que compreendem exames para avaliar o estado de saúde e exposição a fatores de riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, aos quais os profissionais estão expostos, possibilitando diagnósticos precoces de patologias que podem comprometer a qualidade de saúde, permitindo intervenções mais eficientes.

Perfil de Saúde tem a finalidade de levantar informações de saúde de Magistrados e Servidores, que permita delinear o perfil de saúde/doença, com foco em especial para as doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e hábitos prejudiciais à saúde como, sedentarismo, alcoolismo, fumo, alimentação imprópria e estresse, além das doenças ocupacionais, como as Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Os dados coletados visam à definição de diretrizes para o desenvolvimento de uma política de saúde relacionada a uma melhor qualidade de vida.

Conforme dados levantados junto a Seção de Saúde do TJAP, o perfil de saúde promovido pelo TJAP, ano 2016, realizou a aferição da pressão arterial de aproximadamente 680 servidores, no intervalo das 7h30 minutos e 8h30, antes que os iniciassem seu turno de trabalho, adotando a posição sentada, onde 172 servidores apresentaram medida de pressão compatível com HAS e 66 com o de pré-hipertensão. Sendo que 154 afirmaram ser hipertensos, mostrando que alguns servidores desconhecem serem prováveis portadores de

hipertensão arterial sistêmica.

Essa realidade preocupa, em face dessa doença crônica está associada a graves complicações cardiovasculares, primeira causa de morte no país e responde como o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal e pela provável ineficácia das ações de educação em saúde promovidas no TJAP.

As ações de educação em saúde são de significativa importância na prevenção do adoecimento desses trabalhadores, à medida que é considerada um dos principais instrumentos de prevenção da hipertensão arterial sistêmica, atuando na promoção da saúde, com foco no estímulo a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, refletindo em uma melhor qualidade de vida.

Cabe ressaltar, que dada à oferta de plano de saúde pelo TJAP a seus trabalhadores, deduziu-se que a maioria não frequenta as unidades básicas de saúde, local onde se concentram as políticas públicas de saúde, com foco não prevenção de doenças crônicas, sob a ação das equipes da saúde da família, o que faz com que as ações de educação em saúde promovida pelo empregador, sejam a principal via de acesso direta desses trabalhadores a informações de promoção da saúde.

Nesse contexto, nasce o problema da pesquisa, pois se questionou se as ações de educação em saúde desenvolvidas no âmbito do TJAP têm impactado positivamente nos servidores, como instrumento de mudança de estilo de vida, com foco na prevenção da hipertensão arterial sistêmica e assim, nasce as motivações para se investigar a influência das ações de educação em saúde promovidas pelo TJAP, dado o risco elevado de servidores com níveis pressóricos alterados e ou com HAS, resultando em risco de danos cardiovasculares e complicações, além da necessidade de se avaliar a eficácia dessas ações na redução desses fatores de risco, sob pena de dispêndio de dinheiro público e ineficácia preventiva, possibilitando propor melhores estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Logo, as ações de educação em saúde promovidas no TJAP necessitam ter sua eficácia na redução dos fatores de risco da HAS comprovada ou as possíveis causas de sua ineficácia identificadas, para que seus servidores não fiquem vulneráveis ao risco de aumento nos índices da doença. Frente a este cenário, não se pode ficar inerte, sendo necessária a adoção de políticas efetivas de combate aos fatores de risco, com fim de promover melhor qualidade de vida a esses trabalhadores e suas famílias.

A resposta acerca da efetividade das ações de educação em saúde implantada no TJAP

se mostrou relevante em função da demonstração da atual problemática inerente ao aumento da exposição dos trabalhadores aos fatores de riscos da HAS, contribuir para elaboração/implantação de ações de possibilitem a redução da exposição a doença e promovam melhor qualidade de saúde/vida a esses servidores. Além de demonstrar a importância da educação em saúde na prevenção da hipertensão arterial, diminuído o custo médico-social do Brasil e melhorando a saúde das pessoas afetadas.

Neste contexto, o objetivo geral do estudo foi analisar a influência das ações educativas em saúde promovidas no âmbito do TJAP, na mudança do estilo de vida dos servidores, com fim de diminuir os fatores de risco para a HAS. Os objetivos específicos foram: a) caracterizar o perfil sócio demográfico, antropométrico e clínico dos trabalhadores do judiciário estadual; b) identificar os fatores de risco para HAS nos servidores do Judiciário e c) avaliar a aceitabilidade das ações de educação em saúde pelos servidores do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá, como instrumento de mudança do estilo de vida.

O presente estudo pode contribuir em termos gerais, para uma avaliação mais criteriosa e eficaz das políticas de saúde executadas pelas instituições públicas e ou privadas, para que a mesmas utilizem com a maior eficiência possível os recursos destinados as ações de educação em saúde e sejam efetivas no cumprimento do seu real papel, de promover melhorias na qualidade de vida das populações. De forma específica, a avaliação das ações de educação conduz a um melhor diagnóstico situacional, possibilitando o planejamento de políticas de saúde focadas nos reais problemas e ou agravos, bem como, na definição das suas principais prioridades. Além, de contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos, auxiliando gestores, profissionais e estudantes no planejamento e execução de políticas de educação em saúde, além de servir de referencial bibliográfico para novas pesquisas e subsidiar dados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ASPECTOS GERAIS

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua 7ª diretriz, define a HAS como:

Condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e /ou estruturais de órgãos -alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 20).

Correia *et al.* (2017) conceituam HAS como a elevação dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. É uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica, em pelo menos duas aferições subsequentes, obtidas em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo.

Segundo Silva *et al.* (2016, p. 39), a HAS é caracterizada como uma “doença crônica não transmissível, de causas multifatoriais associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas”. Para Silva e Bousfield (2016), a HAS é tanto uma doença quanto um fator de risco e agravo para outras enfermidades. Além disso, ela não possui cura e demanda um tratamento que se prolonga por toda a vida.

Conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial, publicada em 2016, para adultos (> 18 anos) com a medida casual ou no consultório, os valores pressóricos são classificados, conforme quadro 1. No entanto, considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3 (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89

Continua

Classificação	Conclusão	
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

* Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.
Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016)

Malachias *et al.* (2016, p. 11) esclarecem que “os pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações cardiovasculares quando comparados a indivíduos com PA normal, \leq 120/80mmHg, necessitando de acompanhamento periódico”.

A *American College of Cardiology and American Heart Association*, por sua vez, publicou em 2017 uma nova Diretriz de Hipertensão Arterial, com a classificação segundo a Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a Diretriz do *American College of Cardiology and American Heart Association*.

Categoria BP	SBP		DBP
Normal	<120 mm Hg	e	<80 mm Hg
Elevado	120 – 129 mm Hg	e	<80 mm Hg
Hipertensão			
Estágio 1	130 – 139 mm Hg	ou	80 – 89 mm Hg
Estágio 2	≥140 mm Hg	ou	≥90 mm Hg

* Indivíduos com PAS e PAD em 2 categorias devem ser designados para a maior categoria de PA. A PA indica pressão arterial com base em uma média de \geq 2 leituras cuidadosas obtidas em \geq 2 ocasiões, conforme detalhado na PAD, pressão arterial diastólica e pressão arterial sistólica da PAS.

Fonte: *American College of Cardiology and American Heart Association* (2017)

Observa-se que a Diretriz Americana reduz os níveis pressóricos que caracterizam “a pressão alta”, considerando como hipertensão os valores da pressão arterial maiores ou iguais a 130/80 mmHg, ao passo que a brasileira adota os valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta um aumento significativo todo ano e seu aparecimento é cada vez mais precoce (SILVA; BOUSFIELD, 2016). No Brasil, dados da pesquisa VIGITEL ano 2016, mostra os índices da Hipertensão no Brasil, conforme o mapa na Figura 1.

Figura 1 – Índices de Hipertensão Arterial no Brasil

Fonte: VIGITEL, 2016

De acordo com o VIGITEL (2017), a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo.

Segundo Fagundes (2017), dados do Ministério da Saúde de 2016 mostraram que a HAS aumentou 14,2% na última década e já atinge 25,7% da população brasileira com 18 anos ou mais. Para Zangirolani *et al.* (2018) a maior expectativa de vida, a transição nutricional e o estilo de vida contemporâneo, que se traduzem em comportamentos pouco saudáveis, contribuem para os crescentes níveis de hipertensão arterial na população.

A elevação dos casos de hipertensos impacta nos índices de mortalidade, conforme dados na Tabela 3, publicados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Índices de Mortalidade por hipertensão arterial.

Ano do Óbito	Masc.	Fem.	Total
2006	17164	19543	36710
2007	18468	20859	39330

Continua

			<i>Conclusão</i>
Ano do Óbito	Masc.	Fem.	Total
2008	20303	22724	43030
2009	21082	23180	44266
2010	21190	23862	45056
2011	21699	24967	46668
2012	21212	24085	45300
2013	22031	24796	46832
2014	21382	24386	45776
2015	21893	25387	47288
2016	23529	26106	49640
Total	22.9953	25.9895	4.898.96

Fonte: BRASIL, 2020a

De acordo com Malachias *et al.* (2016), no Brasil a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) e que em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país, sendo que as taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a HAS participa de quase metade delas (MATAVELLI *et al.*, 2014). Conforme Azevedo, silva e Gomes (2017), a HAS é responsável por um elevado custo médico-social, principalmente pelos fatores de risco, suas complicações e doenças cardiovasculares, tais como: morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), totalizando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração.

2.2 FATORES DE RISCO E COMORBIDADES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

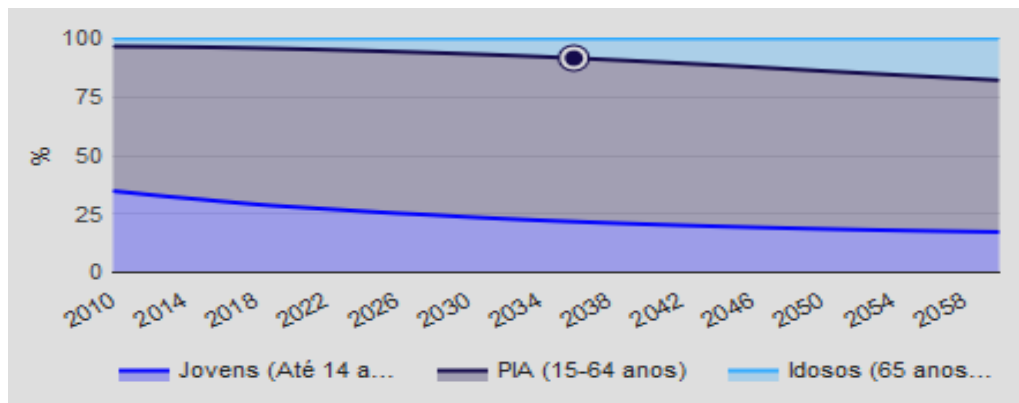
A 7ª Diretriz Brasileira de Cardiologia cita alguns fatores de risco para HAS, são eles, a idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016). Conforme Santos *et al.* (2018), os fatores de risco se dividem em dois grupos; os fatores não

modificáveis e modificáveis. O primeiro ocorre quando os sujeitos não podem controlar ou alterar seu estado clínico e desse modo não podem ser modificados pelas alterações do estilo de vida e segundo, que podem ser controlados ou prevenidos e devem ser pauta de educação em saúde dos profissionais de saúde.

Mataveli *et al.* (2014) afirmam que entre os riscos não modificáveis destacam-se a idade, hereditariedade, sexo e raça. Já nos modificáveis consistem em hábitos sociais, uso de anticoncepcionais, tabagismo, bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares e estresse.

Malachias *et al.* (2016, p.3) descrevem que “há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos e da população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%”. Observa-se na Figura 2 a evolução dos grupos etários no Estado do Amapá, onde ocorrerá um aumento expressivo de pessoas com idade superior a 65 anos nos próximos anos, mantendo-se praticamente constante a taxa entre 15-64 anos de idade. Diante desses dados e tomando por base a afirmativa de associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, contata-se uma forte tendência de aumento dos índices de pessoas portadoras de hipertensão nas próximas décadas.

Figura 2 – Evolução dos Grupos etários 2010-2060 no Amapá



Fonte: BRASIL, 2020b.

Segundo Oliveira *et al.* (2017, p. 389), “o número de adultos com HAS aumentou de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhões em 2015, sendo 597 milhões de homens e 529 milhões de mulheres. Esse aumento possivelmente foi devido ao crescimento e envelhecimento das populações”.

Moreira *et al.* (2013) dizem que “embora a HAS seja mais frequente em adultos, a prevalência entre crianças e adolescentes está aumentando, porém, esses valores, de forma

global, não são conhecidos devido, principalmente, às diferenças na definição de PA elevada e à metodologia de medição da pressão arterial”.

No que tange a relação entre a HAS e sexo e idade, Malachias *et al.* (2016) relatam que na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres e pessoas de raça negra/cor preta. Os autores ainda citam que o estudo Corações do Brasil, realizado em 2005, pela SBC, que tinha por objetivo traçar um perfil da distribuição de fatores de risco cardiovascular na população brasileira e o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) realizado em 2008 por seis universidades brasileiras, onde o primeiro observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra e que o, e o segundo por sua vez, mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros.

Machado, Pires e Lobão (2012) esclarecem que:

A etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão, além de terem mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e as patologias associadas. Contudo deve-se levar em consideração a miscigenação da população brasileira que dificulta a classificação genérica da mesma. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p. 1366).

Dados do Ministério da Saúde registram que no Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%), com maior frequência para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2013). Quando observado a escolaridade, destaca-se a associação inversa, enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade (VIGITEL, 2011).

Para Malachias *et al.* (2016), o consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco para HAS, associa-se a eventos cardiovasculares e renais. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte. O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos.

Machado, Pires e Lobão (2012) registram que:

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos. Um estudo com pessoas negras hipertensas, revelou que um terço dos entrevistados apresentava resistência para a redução de sal na alimentação, pois implica ter menos prazer com o consumo do alimento. Além disso, é importante ressaltar que no Nordeste o sal foi e é muito utilizado como conservante de alimentos, sendo então importante considerar a rotina dessas pessoas como um fator não só nutricional, mas socioeconômico e cultural. Estudos mostraram que os hipertensos têm consciência da importância da redução do sal para o tratamento uma vez que 62,5% e 74,3% dos entrevistados de tais estudos relataram fazer o controle do sal na alimentação. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p. 1367).

Para Bombig, Francisco e Machado (2014), a associação entre uma dieta rica em sódio e sua excreção urinária como fator etiológico primário da HAS em humanos é antiga. Evidências epidemiológicas demonstram haver uma correlação direta entre a magnitude da ingestão de sódio na dieta e o aumento da prevalência da doença. Sendo observada principalmente em sociedades nas quais a quantidade média ingerida de sódio excede 100 meq ao dia (2,3 g de sódio) e infrequente em sociedades com médias de ingestão menores do que 50 meq ao dia (1,2 g de sódio).

Burgos *et al.* (2014) relatam que há 70 anos sabe-se que a quantidade de sal interfere na pressão arterial e por isso, é de grande importância uma diminuição de sal nos alimentos na primeira infância, o que irá refletir no percentual da hipertensão aproximadamente 15 anos depois.

Silveira *et al.* (2013) afirmam que entre os vários fatores de risco que contribuem para a HAS, destaca-se a obesidade, pois o excesso de peso se associa com maior prevalência da doença, mesmo na juventude, e, de forma contrária, a perda de peso promove redução da Pressão Arterial (PA), além de também reduzir outros fatores de risco associados com a elevação da PA, como a resistência à insulina e a dislipidemia. Burgos *et al.* (2014), explicam que a obesidade leva ao aumento da expressão das adipocitocinas imunes pró-inflamatórias no organismo, gerando um estado inflamatório crônico, que em desequilíbrio parece ser a chave, a resposta moduladora do sistema inflamatório que contribui para as doenças cardiovasculares e, concomitantemente, com a hipertensão arterial.

Silva *et al.* (2016), descrevem que:

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. No mundo, há mais de 1 bilhão de pessoas adultas com sobrepeso e pelo menos 300 milhões de obesos. No Brasil, o cenário é similar, cerca de 18 milhões de pessoas estão obesas, totalizando mais de 70 milhões de indivíduos acima do peso, o dobro de 3 décadas atrás. (SILVA *et al.*, 2016, p. 36).

Machado, Pires e Lobão (2012) afirmam que a meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, porém a diminuição de 5% a 10% do peso corporal já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Malachias *et al.* (2016) relatam que no Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso. No mesmo período, obesidade aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres.

Souza (2014) alega que o grande desafio referente aos efeitos do álcool em indivíduos hipertensos é a dificuldade de se quantificar padrões de consumo nesta classe de pacientes, pois a população alvo é resistente à participação em protocolos de pesquisas dificultando até mesmo correlação com os subtipos de hipertensão arterial, uma vez que esta análise sofre influência, da quantidade, estilo de vida e nível socioeconômico da população envolvida, tornando a metodologia dos estudos bastante heterogênea e com diferentes padrões de resultados das análises. Mas que estudos epidemiológicos transversais ou longitudinais correlacionaram a ingestão crônica de etanol com o desenvolvimento de hipertensão arterial independentemente do tipo de bebida alcoólica, porém dependente dos padrões de consumo e não relacionados a fatores como idade sexo, raça e obesidade.

Machado, Pires e Lobão (2012, p. 1367) afirmam que “o alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido”. Conforme Malachias *et al.* (2016), o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Em uma meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HAS com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HAS tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia.

Para Aziz (2014, p. 75), “o sedentarismo é um dos fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial, como também está associado a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica”.

De acordo com Machado, Pires e Lobão (2012, p. 1367), “o sedentarismo está pronunciado nos 81,2% dos discursos de um estudo feito com 32 hipertensos, que disseram não fazer atividades físicas, logo se concluiu que o sedentarismo e a ingestão de gordura são os fatores menos controlados pelos hipertensos”.

Malachias *et al.* (2016) observaram a associação significativa entre HAS e idade, sexo

masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda per capita < 3 salários mínimos, onde dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%). Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%).

A nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial. A prevalência do tabagismo é maior em homens e este fator somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão aumenta as chances de os homens tabagistas serem hipertensos (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido, mas que estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS, onde fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (BRASIL, 2013). Estudos estimaram um aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia, bem como aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado. E por fim, descreve que o tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. E que a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%.

Malachias *et al.* (2016), narram que adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%). Mas que essa proporção diminuiu à medida que completam o ensino fundamental (16,7%), alcançando o índice foi 18,2%, em relação às pessoas com superior completo. No entanto, aos autores relatam que dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens.

Machado, Pires e Lobão (2012), afirmam que os fatores socioeconômicos podem ser entendidos como nível de escolaridade e renda. O nível de escolaridade é inversamente

proporcional à hipertensão, pois, quanto maior o grau de instrução, menores os índices de hipertensão. Este é um dado relevante uma vez que com o aumento do nível de instrução é mais fácil a compreensão das informações passadas a respeito da doença, das medicações, dos hábitos de vida e dos fatores de risco, apesar de haver um estudo realizado com 1.739 pessoas em uma capital brasileira que não encontrou associações entre o nível de escolaridade e a hipertensão.

Ainda ressaltam os autores que a baixa renda, por sua vez, e as más condições de vida estão associadas ao desenvolvimento da hipertensão, podendo ser um fator determinante para a adesão ao tratamento, uma vez que dificulta o acesso a medicamentos, a alimentos adequados, a frequentar academias, entre outros e que um estudo realizado em Salvador/BA, mostrou que tanto as pessoas aderentes quanto os não aderentes ao tratamento são de baixa escolaridade e baixa renda. Logo, a associação da renda e da escolaridade com a HAS precisa ser mais bem estudada a fim de gerar dados concretos sobre sua relação com a hipertensão.

Para Machado, Pires e Lobão (2012), o fator genético está entre os fatores de risco pouco modificáveis para a HAS. Sendo assim, a hereditariedade ou o fator genético é um forte indicador do desenvolvimento da hipertensão, por isso, os indivíduos com casos da doença na família devem estar atentos para monitorar o possível desenvolvimento da patologia.

Conforme Lopes (2014), um pequeno grupo de pacientes hipertensos, tem alterações gênicas envolvidas na gênese da hipertensão que permite classificá-los com o diagnóstico de hipertensão arterial secundária. Porém, a maioria dos hipertensos, o aumento da pressão arterial é o resultado da interação da predisposição genética com o meio ambiente.

Malachias *et al.* (2016) descrevem que estudos brasileiros avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.

Conforme Silva e Bousfield (2016, p. 896), “a HAS é caracterizada tanto como uma doença, quanto como um fator de risco e agravo para outras enfermidades”. O Ministério da Saúde (2013), por sua vez, divulga que além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco.

Silva *et al.* (2016) descrevem que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que na última década representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Bombig, Francisco e Machado (2014, p. 63) asseguram que “evidências científicas mostram que pequenas reduções na pressão arterial (PA) têm grande impacto na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular”.

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E IMPACTO SOCIAL E NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Figueiredo *et al.* (2015) relatam que na sociedade capitalista e, mais recentemente, pós-moderna, há a prevalência da relação dominação-exploração entre os sujeitos e o aparecimento de modos de vida alienantes, desvinculando do ser humano toda a sua individualidade, sentimentos, vontades, desejos que impossibilitam a realização de ações que resultem em uma qualidade de vida adequada. Esta condição social oferece riscos e potencialidades para o surgimento de doenças crônico-degenerativas como, por exemplo, a hipertensão arterial.

Conforme Lopes (2014, p. 88) “a hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública da atualidade pelo grande número de pessoas acometidas e de complicações crônicas”. De Moura e Nogueira (2013) asseguram que acarreta transformações significativas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostraram que a hipertensão arterial atinge entre 20 e 40% da população adulta (BRASIL, 2001). De acordo com Malachias *et al.* (2016), dados norte-americanos de 2015 revelaram que a hipertensão arterial estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, 77% de, 75% com insuficiência cardíaca e 60% com doença arterial periférica, sendo responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico.

Para Azevedo *et al.* (2017) a hipertensão arterial é considerada um dos principais problemas de saúde no Brasil na atualidade, elevando o custo médico-social, principalmente pelos fatores de risco, suas complicações e doenças cardiovasculares, tais como: morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente

vascular encefálico (AVE), totalizando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração.

Teixeira *et al.* (2006) registram que a hipertensão arterial é resultante das condições de vida do homem moderno, representando um alto custo social na saúde, por causar enfermidades secundárias tais como: doença cerebrovasculares, transtornos cardíacos e complicações renais, que podem levar à incapacidade e à morbidade, sendo uma doença que acomete 28,5 % dos brasileiros, e que, se não for tratada e controlada, resulta em graves complicações. Os autores dizem ainda que, estudos quantitativos atuais contabilizam que há 600 milhões de hipertensos no mundo, causando a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos. Soares, Pardo e Costa (2017) relatam que embora a HAS seja uma patologia com maior prevalência na população da terceira idade, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) mostra que no Brasil, 70% da população economicamente ativa é hipertensa.

De acordo com Oliveira *et al.* (2017), a HAS representa o principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, que além do significativo impacto epidemiológico, o tratamento não medicamentoso agrega significativo valor econômico às despesas dos Ministérios da Saúde, Segurança Social e Economia, por se tratar de uma das principais causas envolvidas direta ou indiretamente (por suas complicações) no afastamento do trabalho.

Malachias *et al.* (2016) relatam que no Brasil, a hipertensão arterial junto com a Diabetes Mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Soares, Pardo e Costa (2017) afirmam que apesar de ser uma condição clínica que, embora seja de diagnóstico relativamente fácil e é passível de prevenção e controle, possui expressiva ocorrência de aposentadoria por incapacidade, fato preocupante para o país.

Observa-se que a Hipertensão Arterial sistêmica constitui uma das principais doenças que afligem a população atual, manifestando-se conseqüentemente com elevada frequência na classe trabalhadoras, impactando negativamente para o desenvolvimento social e econômico do país. Para corroborar, Malachias *et al.* (2016, p.20) citam que “estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%)”.

Correia *et al.* (2017) informam que:

No âmbito previdenciário, a HAS é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e ausência no trabalho, gerando um forte impacto social e econômico, com

um custo de 475 milhões de reais por ano². Tem sido demonstrado também que, de todas as pessoas com pressão arterial elevada; 71,8% são conscientes da sua condição, 61,4% fazem tratamento, 35,1% conseguem controlar a doença e 64,9% não tem acompanhamento. (CORREIA *et al.*, 2017, p.265).

Silva *et al.* (2015) descrevem que entre as doenças que acometem a saúde dos trabalhadores incluem-se as cardiovasculares e a hipertensão arterial sistêmica é a mais prevalente. Assim, políticas de saúde do trabalhador precisam ser efetivadas, pois tem importância vital na promoção da saúde, desenvolvendo a atenção integral a essa população, com atividades de vigilância, visando à promoção e proteção desses trabalhadores e a redução da morbimortalidade proveniente da hipertensão, à medida que a alguns estudos apontam o estresse acarretado pelo ambiente de trabalho, como os avanços tecnológicos, a pressão psicológica, pouco tempo de lazer, atividades ocupacionais excessivas, baixos salários e dificuldades de acesso à assistência médica, associados aos hábitos de vida contribuem para o desenvolvimento da doença.

O Ministério da Saúde do Brasil institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

E a PNSTT, incumbiu os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), entre outras atribuições, a de desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. Com base nesse papel, observa-se que esses centros têm importância no processo de promoção da saúde dos trabalhadores.

De acordo com Moraes Filho (2015), os caminhos da prevenção e promoção da saúde do trabalhador já foram traçados há décadas, bastando os governantes e empresários reconhecê-las, e pôr em prática, pois só assim será possível obter a diminuição dos agravos ocupacionais advindos do estresse e dos agravos ocupacionais e melhorar a qualidade de vida da população que necessita indiscutivelmente dos trabalhadores, para o desenvolvimento de diversos que fazeres em diferentes áreas promovendo assim um proletariado saudável, com uma boa capacidade laborativa e logo aposentados com menos riscos de agravos decorrentes de uma saúde ocupacional insatisfatória e uma melhor idade satisfatória, independente e menos incapacitadora.

A necessidade de políticas de promoção da saúde dos trabalhadores com foco no combate às doenças crônicas se faz importante e urgente, pois Soares, Pardo e Costa (2017) asseguram que embora a HAS seja uma patologia com maior prevalência na população da terceira idade, observa-se, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), que, no Brasil, 70% da população economicamente ativa é hipertensa. Os autores ainda citam que é a patologia de maior risco para doenças cardiovasculares, responsável por elevados custos médicos e socioeconômicos para a saúde, por perdas relevantes na qualidade de vida e na produtividade, além de serem responsáveis por morte prematura ou sobrecarga na demanda dos serviços assistenciais, podendo causar ausência prolongada do empregado, comprometimento da concentração e desempenho no trabalho devido aos seus sintomas acompanhantes.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Ao longo do percurso histórico, a construção das atividades educativas foi fundamentada em aspectos do cunho sanitaristas e higienicistas, direcionadas para as classes populares economicamente desfavorecidas com o intuito de controlar, supervisionar, fiscalizar e combater as epidemias, de caráter meramente informativas e verticalizadas, causando resistência por parte da população, a exemplo da revolta da vacina (FIGUEIREDO *et al.*, 2015). Os autores ainda enfatizam que no Brasil, as ações de educação em saúde assumem papel crucial com a Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei 8.080, que caracterizam a saúde enquanto um direito de todos e dever do estado. Além disso, os princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da autonomia passam a ser elementos norteadores da produção das ações e serviços no setor saúde.

Salci *et al.* (2013) definem Educação em Saúde como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida.

Já Correia *et al.* (2017) alegam que:

A educação em saúde constitui-se uma estratégia de ação voltada para promoção da saúde, por possibilitar o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, além da troca de conhecimentos entre os membros da comunidade e os profissionais, com vistas à identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes comprometidas com o autocuidado e a reverberação desse conhecimento com a

coletividade. (CORREIA *et al.*, 2017, p. 266).

Por sua vez, Rodrigues e Santos (2010) conceituam que:

Educação em Saúde é um artefato capaz de produzir ação, é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano. (RODRIGUES; SANTOS, 2010, p. 321).

Falkenberg *et al.* (2014) atribuem a Educação em Saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

As ações educativas promovem a adequada reflexão sobre as escolhas e ações a serem adotadas no autocuidado, que corroboram a prevenção dos agravos à saúde. Essas possibilitam o aprofundamento de informações, o efetivo aprendizado e a ampliação do autoconhecimento, de modo que a pessoa hipertensa supere as suas dificuldades e obtenha maior autonomia, melhorando a condição de saúde e a qualidade de vida. Isso resulta na efetividade do tratamento, contribuindo para a diminuição das complicações, com conseqüente redução do número de hospitalizações e da mortalidade por doenças cardiovasculares. (GUERRA *et al.*, 2016, p. 1).

Diante dos esclarecimentos supramencionados, constata-se que a Educação em Saúde é uma importante ferramenta no processo de mudança comportamental, contribuindo para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

Para Guerra *et al.* (2016), a educação em saúde é um componente essencial nas esferas da promoção da saúde e da prevenção de doenças, principalmente as doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, morbidade cujo avanço na população é crescente, e leva ao risco de agravo à saúde, associada ao aumento da expectativa de vida da população.

A educação em saúde constitui-se em uma ferramenta que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, devem adotar com vistas ao atendimento integral do indivíduo portador de hipertensão arterial. Por meio da educação em saúde, pode-se gerar oportunidades de reflexão sobre saúde, práticas de cuidados e mudanças de costumes, constituindo-se um dos pilares da promoção da saúde. (MOURA; NOGUEIRA, 2013, p. 36).

Azevedo *et al.* (2017) descrevem que:

O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado

com os pacientes hipertensos. (AZEVEDO *et al.*, 2017, p. 3280).

Santos *et al.* (2014, p.3212) dizem que “ações de promoção da saúde relacionadas às mudanças de estilo de vida representam a possibilidade de prevenção mais efetiva da ocorrência de hipertensão arterial”. Doença que merece mais atenção do poder público, profissionais e da sociedade, no sentido de construção de estratégias em saúde que promovam mudanças comportamentais, contribuindo para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

É consenso na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Estudos mostram que esses fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira. Documentos de órgãos internacionais, entre eles da WHO e da *American Heart Association* (AHA), divulgaram estratégias para reduzir os principais fatores de risco para as DCV, a qual se destaca as intervenções educativas (MACHADO *et al.*, 2016).

As ações de educação em saúde mostram-se como o caminho mais efetivo de prevenção da ocorrência da hipertensão arterial, pois fazem com que a população desperte para o real valor da saúde, estimulando-os a serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença.

Para Machado, Pires e Lobão (2012, p. 1366) “as pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável”. É inquestionável que a hipertensão arterial é uma doença crônica e de grande importância epidemiológica no Brasil, e ações de educação em saúde tem importante função de despertar o senso crítico da sociedade, a fim de conscientizar da importância da doença e as implicações desta quanto ao não seguimento de autocuidado e mudanças no seu estilo de vida.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Barros e Lehfeld (2007), na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. Prodanov e Freitas (2013, p. 52) afirmam que na pesquisa descritiva “o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles, descrendo as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Segundo Hemes (2009, p.77), “a pesquisa quantitativa é aquela que se caracteriza pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta como no tratamento dos dados, e que tem como finalidade medir relações entre as variáveis”. Dessa forma, entende-se que a abordagem quantitativa expressa à situação realista da população estudada por modelos estatísticos.

3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Tribunal de Justiça do Estado do Amapá – TJAP, criado em 1991, com o advento da transformação do Território Federal do Amapá em Estado, com sua sede localizada na Rua General Rondon, 1295, no Centro do Município de Macapá, Capital do Estado.

Atualmente o TJAP conta com mais de 1800 servidores em seu quadro funcional, composto por magistrados, servidores efetivos, à disposição, comissionados, estagiários e menores aprendizes. É constituído por 12 Comarcas (Amapá, Calçoene, Ferreira Gomes, Laranjal do Jari, Macapá, Mazagão, Oiapoque, Porto Grande, Santana, Tartarugalzinho, Vitória do Jari e Pedra Branca do Amapari) e cinco Postos Avançados (Serra do Navio, Pracuúba, Itaubal do Piririm, Lourenço e Cutias), atuando no julgamento de matérias de natureza cível, de família, do consumidor, de sucessões, de falências e concordatas, da infância e juventude, criminais, dentre outras. Os seus órgãos jurisdicionais e respectivas Secretarias, os Gabinetes, a Corregedoria, a Secretaria-Geral, os vários Departamentos e respectivas Divisões e Setores, bem assim os Offícios Judiciais, funcionam nos dias úteis no período das 07:30 às 14:30 horas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a população (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo e que a amostra é parte da população, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. No estudo desenvolvido, a população alvo foram os servidores do TJAP lotados nas unidades jurisdicionais de Macapá e Santana, no total de 680 servidores.

Desse total de 680 servidores, calculou-se a amostra para fornecer estimativas de proporções ou prevalências das características de interesse do estudo por meio do programa *Epi info*, considerando-se, um intervalo de 95% de confiança (IC95%), margem de erro de 5%, chegando-se a um tamanho amostral mínimo de 245 participantes. No entanto, houve um acréscimo de 10% para cobrir eventuais perdas e recusas. Ao final do estudo, totalizou-se uma amostra de 255 participantes.

Posteriormente foram sorteados aleatoriamente os participantes que foram utilizados para compor a amostra, sem reposição, a fim de evitar que componha mais de uma vez ou duplicidade.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a amostra é dita aleatória simples quando cada elemento da população tenha igual possibilidade de ser selecionada. Creswell (2007, p.164) afirma que “com um método aleatório, a amostra representativa de uma população garante a capacidade de generalizar para a população”.

- **Critérios de inclusão**

A pesquisa teve os seguintes critérios de inclusão: a) ser trabalhador efetivo, à disposição e ou comissionado; b) ser maior de 18 anos e c) participação voluntária na pesquisa.

- **Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa: a) trabalhadores pertencentes às empresas terceirizadas; b) com menos de 1(um) ano de efetivo exercício no TJAP; c) ser policial militar.

As exclusões ocorreram da necessidade de garantir que o público alvo da pesquisa, tenham a oportunidade de participar pelo tempo mínimo de 1 (um) ano das ações de educação em saúde promovidas pelo TJAP. Assim, os trabalhadores das empresas terceirizadas e policiais militares, em face de terem vínculo de natureza precária com o TJAP.

3.4 PERÍODO DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2018 a março de 2019, no horário das 7:15 às 8:15h, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, facultados e finais de semana, com agendamento prévio com os participantes, após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), momento em que foram orientados quanto a necessidade de estarem em jejum, uso de vestimentas leves, sem acessórios e calçados, além de bexiga vazia, não ter praticar exercícios físicos e fumar há pelo menos 60 minutos da coleta, dada a necessidade de aferições da pressão arterial, circunferência abdominal, altura, peso e glicemia capilar em jejum.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

O instrumento de coleta de dados adotado para pesquisa foi o questionário estruturado (apêndice B), elaborado a partir dos já validados pelo Ministério da Saúde na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ano 2013 e VIGITEL ano 2017, posto que continham blocos com perguntas sobre variáveis que envolvem os fatores de risco para hipertensão, como: sociodemográficos, tabagismo, atividade física, consumo de bebida alcoólica e percepção da saúde, dentre outros. Porém, foi adaptado com fim de atender os objetivos do estudo.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto com o objetivo de avaliar a eficácia do questionário quanto aos objetivos da pesquisa e verificar o tempo de duração de todo o procedimento de coleta.

O questionário foi composto com perguntas fechadas, dividido nos seguintes módulos: I- Dados sociodemográficos, II- Dados físicos e clínicos, III- Hábitos e estilo de vida, IV – Doenças crônicas e estado de saúde e V- Educação em saúde do TJAP, no total de 46 questões.

As variáveis de estudo foram:

– Variáveis independentes

a) sociodemográficas: sexo, idade (categorizada em 19-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 a 75 anos), cor/raça (branca, preta, parda, amarela e mulata), escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, ensino médio completo, superior completo, fundamental completo, médio incompleto e superior incompleto e pós-graduação) e estado civil (solteiro, casado ou união estável, separado/divorciado e viúvo).

b) Físicos e clínico: Peso e estatura, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar e o índice de massa corporal (IMC).

– Variáveis dependentes

a) hábitos e estilo de vida: hábitos alimentares, prática atividade física, consumo de bebida alcoólica e tabagismo;

b) doenças crônicas e estado de saúde: Estado de saúde, aferição da pressão, medicamento para controlar a pressão, assistência médica por causa da hipertensão arterial, diabetes, medida da glicemia, visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, plano de saúde ou convênio médico, pais e ou irmãos portadores de diabetes e ou hipertensão e pais e ou irmãos acometidos de infarto e ou acidente vascular encefálico (derrame);

c) educação em saúde: Participação em alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP, leitura do Informe saúde divulgado via email; avaliação das ações de saúde promovidas pelo TJAP e influência das ações de educação em saúde promovida no TJAP na mudança de hábitos e estilo de vida.

3.6 COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi entregue um termo de consentimento a Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas, explicando a finalidade da pesquisa, sua metodologia, objetivo e abrangência, pedindo sua autorização para frequentar a unidade de lotação dos Servidores e ter acesso aos dados do perfil de saúde de 2016, referente aos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.

A coleta de dados ocorreu por meio do preenchimento do questionário contendo perguntas fechadas (Apêndice A).

Os questionários foram individuais e respondidos em local reservado, sendo que após o preenchimento, foram feitas as aferições de pressão arterial, circunferência abdominal, altura e peso e glicemia capilar em jejum.

Nos casos em que o participante recrutado não compareceu e ou compareceu sem atender as condições descritas acima, realizou-se um novo agendamento para coleta dos dados.

Para a obtenção das medidas antropométricas (peso e estatura) dos adultos foram

utilizadas as técnicas recomendadas pelo Manual de Antropometria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ano 2013, com uso de balança eletrônica portátil com capacidade de 150kg e precisão de 100g, com o participante posicionado descalço no centro da balança previamente zerada e estadiômetro portátil, mantendo-o em pé com as pernas e pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo e o posicionamento da cabeça no plano de Frankfurt.

A Circunferência abdominal foi obtida com uso de fita métrica, com o participante em pé, descalço, com blusa/camisa levantada, os braços flexionados e cruzados a frente do tórax, pés afastados, abdômen relaxado e respirando normalmente. Utilizou-se a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres, posto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que medidas superiores são indicativas de aumento de risco de doenças cardiovasculares (ABESO, 2009/2010).

A aferição da pressão arterial ocorreu em conformidade com recomendação da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, como uso de esfigmomanômetro manual, validado e calibrado de acordo com as orientações do INMETRO.

Glicemia capilar: a realização da glicemia capilar foi realizada com participante em jejum, com aparelho glicosímetro One call. Os valores glicêmicos capilares foram considerados alterados quando maiores que 99 mg/dL, com referência ao preconizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Com base nas variáveis peso e altura foi calculado o Índice de massa corporal (IMC), que consiste na medida do peso corporal (kg) dividido pela altura (m) elevada ao quadrado (Peso/Altura²). Utilizou-se como referência na avaliação do IMC a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), também adotada pelo Ministério da Saúde, que define: baixo-peso IMC < 18,5 kg/m²; peso normal IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²; sobrepeso IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e obesidade IMC ≥ 30 kg/m². (ABESO, 2009/2010).

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram primeiramente tabulados por dupla digitalização, para comparação e validação do banco. Posteriormente foram transferidos para o pacote estatístico Statistical Package for Social Science – SPSS versão 22 (IBM SPSS, USA), para realização de análises estatísticas das variáveis de forma uni e bivariada.

Na análise descritiva foi observada distribuição de frequências entre o sexo e as

variáveis sociodemográficas, de dados físicos e clínicos. Na análise inferencial, foi usado o teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2), a fim de analisar a associação entre a hipertensão arterial e as variáveis sociodemográficas, de dados físicos e clínicos, hábitos e estilo de vida, doenças crônicas e estado de saúde e educação em saúde. Foi empregado $\alpha = 0,05$ em todos os testes.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012- CONEP, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CAAE: 9773318.8.0000.0003, parecer nº 2.955.665 (Anexo A). Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e métodos, com garantia do anonimato e da livre participação, sendo que todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) antes do início da coleta de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram obtidos a partir de um total de 255 servidores, onde com fim de atingir os objetivos da pesquisa, apresenta-se a descrição do perfil sociodemográfico, perfil clínico, estilo de vida, estado de saúde e doenças crônicas e de educação em saúde.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em relação ao sexo, obteve-se que o feminino se sobressaiu, com 54,1%. Quanto à cor, 66,2% se declararam pardas e 33,7% com idade entre 40 a 49 anos; em relação à escolaridade, 47,8% detinham nível superior, sendo que 59,6% eram casados e ou viviam em união estável. As variáveis sexo e idade tiveram associação significativa com a presença de PA \geq 140 e/ou 90 mmHg ($p = 0,016$ e $p = 0,012$, respectivamente), e as demais variáveis não apresentaram associação significativa, como se verifica na Tabela 4.

Tabela 4 – Características sociodemográficas geral x fatores de risco para HAS.

	Variáveis	n(255)	%	n(69)*	%	valor p
Sexo	Feminino	138	54,1	30	21,7	0,016
	Masculino	117	45,9	39	33,3	
Cor/raça	Parda	169	66,2	45	65,2	0,083
	Branca	68	26,6	17	24,6	
	Preta	6	2,4	4	5,8	
	Mulata	6	2,4	3	4,3	
	Amarela	6	2,4	0	0,0	
Idade	20 a 29	9	3,5	3	4,3	0,012
	30 a 39	76	29,8	11	15,9	
	40 a 49	86	33,7	25	36,2	
	50 a 59	69	27,1	28	40,6	
	60 a 75	15	5,9	2	2,9	
Escolaridade	Superior completo	122	47,8	37	53,6	0,526
	Pós-graduação	84	33,0	23	33,3	
	Ensino médio completo	24	9,4	3	4,3	
	Superior incompleto	20	7,8	6	8,7	
	Médio incompleto	3	1,2	0	0,0	
	Fundamental incompleto	2	0,8	0	0,0	
Estado civil	Casado /união estável	152	59,6	34	49,3	0,516
	Solteiro	72	28,2	25	36,2	
	Separado/divorciado	29	11,4	10	14,5	
	Viúvo	2	0,8	0	0,0	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

O Conselho nacional de Justiça, ao publicar o diagnóstico da participação feminina no Poder Judiciário, constatou que a participação feminina entre os servidores representa 56,6% do total dos servidores que atuaram no Poder Judiciário nos últimos 10 anos, em flagrante demonstração da superioridade do sexo feminino nos órgãos do judiciário. No contexto do TJAP, de um total de 1.373 servidores, 643 eram mulheres, demonstrando uma pequena maioria do sexo masculino.

No estudo, a predominância do sexo feminino também prevaleceu, representando 54,1% dos participantes. A maior participação feminina guarda conformidade com a maioria dos estudos realizados por amostras aleatórias e que estejam relacionados à HAS a exemplo do estudo realizado por Chagas e Almeida (2016), onde o sexo feminino representou 77,6% da amostra. No entanto, observa-se que maioria desses estudos são realizados em locais que favorecem a sua participação, como as unidades básicas de saúde (UBS), que dispõem de diversas políticas de saúde destinadas a esse público. Logo, pode não servir de referência comparativa com os dados aqui encontrados.

No presente estudo, a predominância do sexo feminino pode se justificar pela crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. A composição da população economicamente ativa alterou-se de maneira significativa, com uma inflexão célere do engajamento feminino no mercado de trabalho (GUIMARAES *et al.*, 2016).

As políticas do Conselho Nacional de Justiça, como a Resolução CNJ nº 255 com a política de incentivo à participação Feminina no Poder Judiciário, também podem ser referência por uma maior iniciativa das mulheres nas ações ocorridas no TJAP, pois mesmo sendo minoria, no universo de servidores, ainda representaram maior percentual na pesquisa. Somado a todos esses fatores, podemos fazer ressalva ainda a herança cultural de serem as mulheres mais interessadas nos cuidados com saúde dos que os homens (BRASIL, 2018).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua 7ª diretriz, define HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Os valores mostram um forte indício da doença, motivo pelo qual os percentuais do estudo foram analisados sob essa óptica.

O sexo masculino tiveram níveis pressóricos superiores, onde 33,3%, contra 21,7% do sexo feminino apresentaram $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg. Silva *et al.* (2016) argui que a literatura aponta diferentes dados na prevalência da HAS entre os sexos, podendo as mulheres terem a pressão influenciada por algumas situações como o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa, ainda que não estejam totalmente

esclarecidos os mecanismos responsáveis pelas diferenças na regulação da pressão entre os sexos.

Os índices supramencionados superam os percentuais da Pesquisa Nacional de Domicílios e de inquérito telefônico nacional, pois de acordo com Lobo *et al.* (2017) no referido inquérito telefônico nacional, a prevalência na população brasileira para o ano de 2011 foi de 24,8%, e de 21,4% na Pesquisa Nacional de Saúde. Porém, Guerra *et al.* (2016) relata que a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 indicou que a prevalência de pressão arterial sistêmica (PAS) em mulheres foi de 19,5%, enquanto nos homens foi de 25,3%, demonstrando que o sexo é determinante na prevalência da hipertensão arterial sistêmica, pois pode sofrer influência de outros fatores como o ambiente e os hábitos, bem como indica uma inversão da prevalência como no presente estudo, onde os homens obtiveram percentuais de pressões elevadas superiores as das mulheres.

A cor parda foi a mais autodeclarada no estudo e a que apresentou maior índice de servidores com $PA \geq 140 \times 90$ mmHg, conforme se observa na tabela 4. Para Silva e Leão (2012), a partir de 1940 passou a ocorrer um aumento percentual de pardos e segundo Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, ela é a segunda raça predominante no Brasil, com 45 % da população. Na pesquisa Nacional de Saúde em 2013, a prevalência de HA autorreferida na população brasileira foi de pardos 20%, percentual menor quando comparada com os brancos, com 22,1% e dos pretos, com 24,2% (BRASIL, 2016). Na pesquisa de Chagas e Almeida (2016), realizada com usuários da UBS da Universidade Federal do Amapá, também houve um predomínio de pessoas pardas com percentual de 61,2%.

Indivíduos da cor negra são tidos pela literatura com maior risco de desenvolver a HAS. Em relação à cor parda, estudos que correlacione os impactos da doença ainda são escassos, necessitando de uma análise mais aprofundada, pois dados das pesquisas locais, expressam a sua predominância na população da capital do Estado. Kabad, Bastos e Santos (2012) asseguram que ao mesmo tempo em que é importante estudar as diferenças étnico-raciais na saúde, sobretudo para analisar as vulnerabilidades e as necessidades de intervenção, é igualmente importante estar atento para a qualidade da informação produzida, pois incidirá diretamente sobre as interpretações a partir dos estudos epidemiológicos.

Quanto à idade, apenas 5,9% apresentaram idade entre 60 e 75 anos de idade, quando somando com os de idade entre 50 e 59 anos, o percentual sobe para 33%, sinalizando para um aumento significativo de idosos no decorrer de uma década. Vitorino *et al.* (2015) já citavam em seus estudos que o envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma rápida

e intensa desde os anos de 1970 em decorrência do desenvolvimento econômico e uma das doenças cardiovasculares crônicas que atinge um número cada vez maior de pessoas idosas ao redor do mundo é a HAS.

Malachias *et al.* (2016) asseguram que a HAS é a doença crônica não transmissível mais predominante entre os idosos e que sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo considerada o principal fator de risco cardiovascular modificável na população geriátrica. Os referidos autores, afirmam ainda, que são considerados idosos, sob o ponto de vista cronológico, indivíduos com 65 anos ou mais de idade, vivendo em países desenvolvidos, ou com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento. Os dados da pesquisa mostram valores crescentes de PA \geq 140 e/ou 90 mmHg, com a idade, sendo os maiores percentuais nos de idade entre 50 a 59 anos. Diante desse cenário, políticas efetivas de prevenção e ou de atendimento aos portadores de HAS necessitam serem promovidas com fim de garantir melhor qualidade de vida esses servidores.

No estudo de Lobo *et al.* (2017) verificaram-se maiores prevalências de HAS nas pessoas com menor escolaridade, independentemente dos anos estudados e do sexo. No presente estudo os dados divergem, pois, a maioria dos participantes que detinham níveis pressóricos \geq 140 e/ou 90 mmHg, possuíam nível superior completo e pós-graduação. A escolaridade, que a princípio poderia ser visto como um importante fator de impacto positivo nos índices da HAS, à medida que esse perfil educacional deveria contribuir para percentuais menores da doença, pela maior capacidade de acesso as informações sobre a doença e das medidas preventivas dos fatores de risco, não se refletiu na pesquisa.

A variável estado civil aparece maior predominância de valores de PA \geq 140 e/ou 90 mmHg entre os servidores casados e ou união estável. De acordo Esperandio *et al.* (2013) existe uma maior tendência de hipertensos entre os solteiros por conta da interferência no bem-estar emocional e no estilo de vida causados pela instabilidade conjugal e o estresse relacionado, ao passo que nos indivíduos casados, pode haver incentivo do cônjuge à prática de comportamentos saudáveis. No estudo de Chagas e Almeida (2016), por sua vez, teve um predomínio de pessoas que vivem com cônjuge, e acreditam que essa condição pode estar associada a um acúmulo de funções domésticas e obrigações, ou a certo estresse proporcionado pela constituição de família, configurando um dos fatores de risco da HAS.

Por sua vez, Guimaraes (2011) reconhece a presença do cônjuge pode ser um importante apoio para enfrentamento da doença, tanto que descreve, que a família é imprescindível para adesão do tratamento, e os resultados do cuidado quando promovido

podem refletir em melhores hábitos no ambiente familiar, devendo-se levar em consideração que a presença de conflitos familiares que podem interferir negativamente no tratamento.

Ribeiro *et al.* (2012) também descrevem que a participação da família nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação, tem papel de fundamental importância para viabilizar a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS. Barreto e Marcon (2014) afirmam que entre os fatores que influenciam a adesão/não adesão ao tratamento, a família parece apresentar papel de destaque, pois apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição crônica, torna-se permeável aos ajustamentos necessários e constitui suporte para o seu familiar doente.

Em análise dos autores acima, observa-se que estado civil tem impacto na prevenção e tratamento da HAS, à medida que é vista como positiva por uns e negativa por outros. Porém, permitem atestar que o contexto familiar é primordial para a adesão ou não aos mecanismos de prevenção e ou tratamento, onde lares estruturados tendem a uma maior participação no enfrentamento da doença, com adoção de práticas mais saudáveis, como prática regular de exercício físico, controle do peso, alimentação saudável, consumo moderado de álcool, abandono do tabagismo e gerenciamento do estresse. Ao passo, que lares conflituosos podem não só desmotivar a adesão, mas servir como fator de risco por serem geradores de situações consideradas estressantes.

4.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

A análise da variável clínica foi realizada a partir da avaliação dos dados físicos, clínicos, hábitos e estilo de vida, doenças crônicas e estado de saúde.

Na Tabela 5 observam-se os dados físicos e clínicos, onde 48,2% dos indivíduos apresentaram IMC entre 25 a 29 Kg/m² e 27,6% com pressão arterial superior a ≥ 140 e/ou 90 mmHg, sendo que 26,3% registraram glicemia capilar em jejum ≥ 99 mg/dL e 64,7% tiveram a circunferência abdominal ≥ 94 cm quando homem e 80 cm quando mulher. As variáveis IMC e circunferência abdominal tiveram associação significativa com a presença de PA ≥ 140 e/ou 90 ($p < 0,001$ e $p = 0,001$, respectivamente), ao passo que as demais variáveis não apresentaram associação significativa.

Tabela 5 – Características físicas e clínicas x fatores de risco para HAS.

	Variável	fn(n=255)	%	n(69)*	f%	valor p
IMC	< 25	69	27,1	0	0,0	<0,001
	25 a 29	123	48,2	42	60,9	
	≥ 30	63	24,7	27	39,1	
Circunferência abdominal	< 94 cm (M) e 80 cm (F)	90	35,3	26	37,7	0,001
	≥ 94 cm (M) e 80 cm (F)	165	64,7	43	62,3	
Glicemia capilar	< 99	188	73,7	14	23,7	0,388
	≥ 99	67	26,3	45	76,3	

* Número de participantes que apresentaram PA ≥ 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

A análise do IMC mostrou que a totalidade de participantes com PA ≥ 140X90 apresentavam sobrepeso e obesidade. Segundo Tomase *et al.* (2014), a obesidade é um dos principais problemas de saúde pública em âmbito mundial, com tendência crescente nos últimos anos, estando associada a um aumento da mortalidade e é um dos principais complicadores no controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A hipertensão em indivíduos obesos é resultante do aumento do volume sanguíneo ejetado pelo coração, com o consequente aumento do débito cardíaco pela maior massa corporal, também existe o aumento da resistência periférica, gerada pelo acúmulo do tecido adiposo subcutâneo (DAMASCO, 2001; PICADA, CHERUBIN, CAMARGO, 2010). Para Padilha *et al.* (2017), a gordura corporal em excesso aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver HAS, em decorrência de estar associada a diferentes mecanismos de elevação do aumento dos níveis pressóricos, dentre os quais hemodinâmica alterada, comprometimento da homeostase do sódio, disfunção renal, desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, alterações endócrinas, estresse oxidativo, inflamação e lesão vascular.

O risco de comorbidades está correlacionado com o IMC, sendo a gordura abdominal ou visceral a de maior preocupação, atuando como fator de risco independente para as doenças associadas ao sobrepeso e a obesidade (SILVA *et al.*, 2015). As medidas de circunferência abdominal (CA) da presente pesquisa mostraram que 64,7% dos servidores apresentavam-se alteradas (CA ≥ 94 cm para os homens e 80 cm para mulheres). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres como a indicativa de aumento de risco de doenças cardiovasculares (ABESO, 2009/2010).

Sarno e Monteiro (2007) relatam que vários estudos têm mostrado a associação entre hipertensão arterial e indicadores antropométricos que refletem o excesso de tecido adiposo

corporal. Destacam-se entre esses indicadores a circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC). E que os estudos que buscaram comparar a associação do IMC e da circunferência abdominal com a ocorrência de hipertensão arterial chegaram a conclusões diversas. Ora evidenciaram superioridade do IMC, ora da circunferência abdominal, frequentemente com resultados divergentes entre os sexos.

Pesquisas confirmam que quanto maior o excesso de peso, maiores são os níveis pressóricos (OLIVEIRA, 2013). No estudo de Radovanovic *et al.* (2014) verificou-se a associação significativa, semelhante aos resultados de outras pesquisas que também observaram associação significativa do IMC com a HAS, onde os indivíduos com obesidade mostraram ter 2,35 vezes mais chances de serem hipertensos do que os indivíduos com peso considerado normal.

As reduções do peso e da circunferência abdominal são importantes medidas de controle da hipertensão arterial, pois Malachias *et al.* (2016) afirmaram que o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos, quanto em crianças e que a relação entre sobrepeso e alteração da PA já pode ser observada a partir dos 8 anos, sendo o aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para HAS.

Em relação dos resultados da glicemia capilar em jejum, uma média de 26,3% apresentou valores ≥ 99 mg/dL. Quando observado os indivíduos com $PA \geq 140 \times 90$ mmHg, esses representaram 76,3% dos que estavam com glicemia ≥ 99 mg/dL. Sá, Navas e Alves (2013) asseguram que o exame de glicemia em jejum é o meio clássico de se diagnosticar o diabetes mellitus. Considerando que quando em jejum, a taxa de glicose circulante no sangue deve situar-se abaixo de 100 mg/dL nos pacientes considerados normais e, quando esta encontrar-se entre 100 e 125 mg/dL, significa que o paciente apresenta alteração na glicemia em jejum, também chamada hiperglicemia não diabética ou pré-diabetes.

A definição pré-diabetes baseia-se no fato de que 1 a cada 4 pacientes com alteração na glicemia de jejum, desenvolverão critérios para o desencadeamento do diabetes mellitus dentro de 3 a 5 anos, e, ainda, se o paciente apresentar outros fatores de risco como obesidade e histórico familiar, o risco torna-se ainda maior e quando o valor da glicemia em jejum apresenta-se acima de 125 mg/dL em pelo menos duas coletas sanguíneas realizadas em momentos diferentes, tem-se o diagnóstico fidedigno para o diabetes mellitus (PINHEIRO, 2010; SÁ, NAVAS, ALVES, 2013).

Na pesquisa de Radovanovic *et al.* (2014) observou-se que os indivíduos com diabetes têm chance aumentada em quase três vezes para o desenvolvimento de HAS do que os não

diabéticos. Cita ainda que, um estudo epidemiológico aponta que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas, confirmando os dados encontrados na sua pesquisa, na qual foi identificado que entre os indivíduos com diabetes, 50% são hipertensos. Malachias *et al.* (2016) asseguram que a associação de HA e DM dobra o risco cardiovascular e que o aumento na incidência de HA pode atingir 75-80% nos pacientes com doença renal diabética, sendo que cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de DM tipo 2 têm HA, e que ela ocorre aproximadamente 50% dos diabéticos tipo 2, antes do desenvolvimento de albuminúria e por fim, conclui que todo hipertenso diabético é considerado de alto risco cardiovascular.

Dada a correlação entre a HAS e a DM, como agravantes mútuos, as medidas de prevenção e controle tomam proporções de altíssima importância. Estudos conduzidos ao longo do mundo provam que hábitos de vida mais saudáveis, como uma dieta balanceada, rica em fibras, em busca do peso corporal adequado, associada à prática de exercícios físicos de, pelo menos, 150 minutos semanais, são eficazes, nos indivíduos pré-diabéticos, para reduzir o risco de desenvolvimento do diabetes mellitus em 58% (TUOMILEHTO *et al.*, 2001; NATHAN *et al.*, 2009; SÁ, 2013).

A HAS é considerada um problema de saúde pública tanto por apresentar alta prevalência como também por ser um fator de risco para diversas outras patologias, principalmente para as doenças cardiovasculares, que são as principais causas de mortalidade em todo o mundo (MARTINS *et al.*, 2010). A HAS favorece uma maior sobrecarga cardíaca podendo levar a hipertrofia do músculo cardíaco, tornando-o dilatado e enfraquecido aumentando assim os riscos de uma isquemia cardíaca, bem como aumenta o risco de um acidente vascular cerebral, de lesão renal e de insuficiência cardíaca. O risco de um ataque cardíaco num indivíduo hipertenso aumenta várias vezes, associado ao tabagismo, o diabetes, a obesidade e o colesterol elevado (SILVA e BOUSFIELD, 2016).

Diante das consequências advindas da hipertensão, constasse com base nos valores de PA aferidas no estudo, traz um cenário preocupante, à medida que os índices demonstram um número expressivo de indivíduos com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg, sugestivo de HAS, além de uma expectativa alarmante de crescimento nessa população.

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos (OLIVEIRA e PICHEL, 2013). Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle. Etnia, idade,

sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis, ao passo que fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação. Mas por sua vez, o sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

4.3 ANÁLISE DOS HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

O estudo mostrou que as variáveis relacionadas ao estilo de vida (tabela 7) não apresentaram associação significativa com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg. No entanto, em relação ao consumo de carne vermelha (boi, porco), 34,1% consomem por 1 a 2 dias por semana, 43,9% de 3 a 4 dias por semana e 12,9% de 5 a 6 dias por semana, sendo que 51% tiram sempre o excesso de gordura, 18,8% optam por comer com a gordura e 29,4% evitam comer carne vermelha com muita gordura.

O consumo refrigerante ou suco artificial, 43,1% responderam que quase nunca tomam refrigerante ou suco artificial. Porém, 27,5% consomem de 1 a 2 dias por semana, percentual significativo, principalmente quando somado aos que consome de 3 a 6 dias, que representam 11,8% dos participantes e 22,4% de comer alimentos doces, tais como sorvetes, chocolates, por 3 a 4 dias por semana, com 63,5% ao menos 1 vez por dia; 35,3% trocavam a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches, 1 a 2 vezes por semana; 10,6% tem o hábito de acrescentar sal nos alimentos depois de preparados e 5,9% dispõe de saleiro na mesa de refeições.

Todos os dados podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6 – Hábito e estilo de vida: consumo de alimentos

	Variável	n(255)	%	n(69)*	n(69)	valor p*
Come carne vermelha	1 a 2 dias por semana	87	34,2	21	30,4	0,784
	3 a 4 dias por semana	112	43,9	30	43,5	
	5 a 6 dias por semana	33	12,9	10	14,5	
	Todos os dias	9	3,5	2	2,9	
	Quase nunca	9	3,5	4	5,8	
	Nunca	5	2,0	2	2,9	
Come carne vermelha com gordura	Tirar o excesso de gordura	130	51	40	58,0	0,615
	Comer com a gordura	48	18,8	10	14,5	
	Não come com muita gordura	75	29,4	19	27,5	
	Não responderam	2	0,8	0	0,0	

Continua

conclusão

	Variável	n(255)	%	n(69)*	valor p*	Variável
Tomar refrigerante ou suco artificial	1 a 2 dias por semana	70	27,5	22	31,9	0,118
	3 a 4 dias por semana	25	9,8	7	10,1	
	5 a 6 dias por semana	5	2	2	2,9	
	Todos os dias	5	2	4	5,8	
	Quase nunca	110	43,1	22	31,9	
	Nunca	40	15,6	12	17,4	
Come alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces	1 a 2 dias por semana	93	36,4	31	44,9	0,559
	3 a 4 dias por semana	57	22,4	12	17,4	
	5 a 6 dias por semana	14	5,5	3	4,3	
	Todos os dias	10	3,9	3	4,3	
	Quase nunca	75	29,4	17	24,6	
	Nunca	6	2,4	3	4,3	
Come doces em dia comum	1 vez no dia	162	63,5	45	65,2	0,678
	2 vezes no dia	20	7,8	7	10,1	
	3 ou mais vezes no dia	4	1,6	0	0,0	
	Nunca	64	25,1	15	21,7	
	Não responderam	5	2,0	2	2,9	
Troca a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches	1 a 2 dias por semana	90	35,3	24	34,8	0,663
	3 a 4 dias por semana	19	7,5	7	10,1	
	5 a 6 dias por semana	7	2,7	1	1,4	
	Todos os dias	8	3,1	4	5,8	
	Quase nunca	109	42,8	28	40,6	
	Nunca	22	8,6	5	7,2	
Acrescenta sal nos alimentos depois de preparados	Sim	27	10,6	11	15,9	0,143
	Não	226	88,6	58	84,1	
	Não responderam	2	0,8	0	0,0	
Tem saleiro na mesa de refeições	Sim	15	5,9	5	7,2	0,604
	Não	238	93,3	64	92,8	
	Não responderam	2	0,8	0	0,0	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

Observa-se que a ingestão de carne vermelha ocorre de forma frequente na população estudada, sendo que praticamente 20% sequer retira o excesso de gordura ou evita carnes com essa característica e 43,5% dos que possuíam PA \geq 140 e ou 90 mmHg, consome 3 a 4 dias por semana. A carne é um componente importante que faz parte da dieta da população, porém o consumo de carnes com gorduras visíveis ou pele de aves devem ser evitados nas dietas (FALUDI *et al.*, 2017; CAMPOS *et al.*, 2018). Campos *et al.* (2018) enfatizam que o Guia alimentar para a população Brasileira recomenda que as carnes vermelhas devam ser consumidas em no máximo um terço da nossa alimentação, dando-se preferência por carnes magras e grelhadas ou assadas.

Schneider *et al.* (2014) asseveram que embora a carne seja um item que deva estar presente em uma dieta equilibrada, o seu alto consumo, principalmente com excesso de gordura, tem sido apontado como um fator preocupante. As carnes, especialmente as vermelhas e as processadas, em virtude de possuírem alta concentração de colesterol, ácidos

graxos saturados e sódio, estando assim associadas à incidência de doenças cardiovasculares e até mesmo de câncer.

Segundo Oliveira e Pichel (2013), mundialmente as DCV são a maior causa de morte por doenças não transmissíveis, tratando-se de uma doença multifatorial, resultante do atual estilo de vida, em particular pela alimentação. Assim, a mudança de hábitos alimentares é fundamental na prevenção das DCV e, por esta razão, existe um conjunto de recomendações nutricionais e alimentares direcionadas para a população. Uma que requer especial atenção é o consumo de lipídios, principalmente o de ácidos graxos saturados (AGS).

Conforme Campos *et al.* (2018), é importante levar em consideração que o consumo de gordura em excesso está associado a diversas doenças, tornando importante conhecer os hábitos alimentares relacionados ao consumo de carnes com o objetivo de que políticas públicas voltadas para uma alimentação saudável possam ser delineadas e implementadas. Em uma pesquisa sobre o consumo de carne por adultos de Cataguases-MG, o consumo de gordura visível na carne foi relatado por 40,48% dos avaliados, sendo a maioria do sexo masculino (56,85%), na pesquisa realizada com adultos de Barra Velha, estes apresentaram valores superiores e significativos no consumo de carne com gordura de 39,4% (BORECK *et al.*, 2018). O que enfatiza o consumo expressivo de carne tanto na poluição em estudo, como em outros locais do Brasil.

O consumo refrigerante ou suco artificial, também tiveram resultados expressivos no estudo. O consumo de refrigerantes é um fator de risco para o aumento da obesidade, ingestão calórica e diabetes (VARTANIAN; SCHWARTZ; BROWNELL, 2007; CAMPOS *et al.*, 2018). O elevado consumo de bebidas açucaradas, está associado com potencial desregulação hormonal, resistência à insulina, dislipidemia e obesidade. Está positivamente associado a uma pior qualidade da dieta, maior consumo de alimentos com alta densidade energética e a inferior ingestão de várias vitaminas e minerais (SILVA *et al.*, 2019).

Boreck *et al.* (2018), em sua pesquisa sobre fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos de Barra Velha – SC, comparou a amostra do estudo com os dados da capital Florianópolis a variável consumo de refrigerante/suco artificial em cinco ou mais dias por semana, teve prevalência superior e significativa, com 19,7%, contra 14,1% da capital. Em relação aos dados nacionais, também se verificou sua prevalência, já que esta apresentou percentual de 16,5%.

Silva *et al.* (2019) citam em seu estudo que no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o consumo de refrigerantes não dietéticos de

adultos chega a 15 milhões de litros por dia, se transformando no sexto alimento mais consumido, perdendo apenas para o café, feijão, arroz, carne e sucos e que a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002-2003) registrou aumento de 400% na participação do refrigerante na aquisição domiciliar de alimentos pelos brasileiros.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011-2022, tem em sua política uma tentativa de desestimulação do consumo de bebidas com elevado teor de açúcar, por meio de restrições sobre o marketing destes alimentos. Porém, os dados comprovam que o processo está em uma escala crescente de consumo, mostrando a pouca eficácia das medidas adotadas.

Quanto aos dias da semana que costumava comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces, 36,5% consomem de 1 a 2 dias por semana e 31,8% consomem de 3 ou mais dias na semana. Sendo que 65,2% dos que apresentam PA \geq 140 e ou 90 mmHg consomem apenas 1 vez no dia. Lucietto *et al.* (2016) descrevem que a ingestão elevada de açúcares livres é preocupante, uma vez que se associa à má qualidade do regime alimentar, grande quantidade de energia e sem nutrientes específicos. E seu estudo com estudantes de odontologia, identificou-se maior consumo em sala de aula dos seguintes grupos: doces e miscelâneas (66,7%); biscoitos, bolos e cereais (26,5%); frutas (5,2%); e iogurtes (1,6%). Constatando que houve expressiva quantidade de alimentos e bebidas classificados como ultraprocessados, que por serem hipercalóricos e pouco nutritivos, interferem negativamente na saciedade e, conseqüentemente, sobre a saúde.

Quando perguntado a quantidade de dias da semana costumava trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches, a pesquisa também mostrou índices significantes, conforme se observou na Tabela 7, onde 34,8% dos que apresentam PA \geq 140 e ou 90 mmHg, costuma fazer essa troca 1 a 2 vezes por semana.

Na pesquisa de Boreck *et al.* (2018), quando perguntado se trocava almoço e ou jantar por lanche sete ou mais vezes por semana, o índice em adultos de Barra Velha/SC, foi de 22,5%, contra 20,7% da capital Florianópolis e 13,9% a nível nacional. É de conhecimento notório que a dinâmica de vida atualmente, serve de justificativa de muitas pessoas para troca de almoço e ou jantar por lanche. Mas e se tratado da população da pesquisa, a pergunta limitou-se a troca apenas do jantar, à medida que por regra, já cessaram os motivos que poderiam servir de sustentação para o referido comportamento. Assim, pode-se afirmar que troca do jantar por lanche é uma opção e não uma alternativa na grande maioria das vezes.

Em relação ao hábito de acrescentar sal nos alimentos depois de preparados e uso de

saleiro na mesa, 10,6% responderam positivamente e 5,9% relatam ter saleiro na mesa de refeições. O resultado se mostra semelhante ao encontrado na pesquisa de Castro, Giatti e Barreto (2014), onde a adição de sal à refeição pronta foi relatada por 8,3% dos indivíduos.

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Malachias *et al.* (2016) relatam que o aumento do consumo de sódio está relacionado com o aumento da pressão.

Bombig, Francisco e Machado (2014), relatam que a alta ingestão de sódio na dieta está associada ao desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo que alguns indivíduos são particularmente sensíveis ao sódio na dieta, chamados de “sal sensíveis”, que obtêm maior grau de redução na pressão arterial (PA) com a restrição de sódio na dieta. Mas que, a redução do sódio na dieta pode reduzir a PA tanto em hipertensos quanto em normotensos e melhorar a resposta à maioria das terapias anti-hipertensivas, pois, ao reduzir a ingestão de sódio para 2 g/dia ou cloreto de sódio para 5 g/dia, pode-se obter uma redução da PA de 2 a 8 mmHg.

Silva *et al.* (2016) alertam que devido à elevada incidência de indivíduos com DCNT (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade), a alimentação saudável, por seus benefícios, é parte essencial do tratamento. Porém, para que o tratamento ocorra com êxito, são necessárias mudanças de comportamento e adesão a um plano alimentar saudável.

Os autores, ainda relatam que apesar dos avanços da ciência, o tratamento nutricional tem se mostrado ineficaz para melhorar os parâmetros de saúde da população e que promover real mudança de comportamento não é um desafio que pode ser garantido com prescrição ou apenas educação alimentar e nutricional. Embora a informação seja necessária e importante para a mudança comportamental, a educação alimentar e nutricional, isoladamente, é insuficiente para mudar padrões e hábitos alimentares e a prescrição dietética e nutricional também não é capaz de provocar mudanças por si só.

Resta uníssono na literatura a necessidade da adoção pela sociedade de uma alimentação saudável, em especial aos portadores com doenças crônicas como a hipertensão, dado o risco de comprometimento de sua qualidade de vida. Mas Janini, Bessler e Vargas (2015) esclarecem que os dados acerca da alimentação saudável reforçam a ideia de distanciamento entre o conhecimento adquirido e o conhecimento executado, sendo fundamental a massificação de ambos por meio da educação em saúde, a fim de proporcionar aderência a essa prática saudável.

O alto nível de escolaridade, associado à idade e estado civil dos participantes, por

regra, deveria refletir em resultados mais satisfatórios em relação ao plano dietético, pois houve percentuais expressivos de consumo de carne vermelha e teores de gordura, sucos artificiais, refrigerantes, doces, hambúrgueres, pizza e de sódio. O esperado seria que essas variáveis contribuíssem para uma menor exposição aos riscos de HAS por adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

Quanto à prática de atividades físicas, 21,6% não praticaram nenhum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos três meses. Entre os que realizavam atividade física, o basquete (21,5%), a caminhada (21,0%), musculação (14,0%) e corrida (11,5%), foram as atividades mais comuns, sendo que 43,5% praticavam atividades por 3 a 4 dias semanais, onde 39,0% declararam que a duração era superior a 60 minutos diários e 83,9% dos participantes não caminhada ou bicicleta no percurso até o trabalho. As variáveis não apresentaram associação significativa com $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg, conforme se observa na Tabela 7.

Tabela 7 – Hábito e estilo de vida: atividade física

Variável		n(255)	%	n(69)	%	valor * p
Praticou algum tipo de exercício físico ou esporte, últimos três meses	Sim	200	78,4	57	82,6	0,085
	Não	55	21,6	12	17,4	
Principal exercício físico ou esporte que praticou	Basquetebol	43	21,5	10	17,3	0,339
	Caminhada	42	21,0	14	24,6	
	Musculação	28	14,0	6	10,5	
	Corrida/cooper	23	11,5	4	7,0	
	Ginástica geral/pilates/ioga	13	6,5	4	7,0	
	Ginásticaaeróbica/spinning/step/jum	11	5,5	2	3,5	
	Futebol	8	4,0	3	5,3	
	Caminhada em esteira	6	3,0	4	7,0	
	Dança	6	3,0	3	5,3	
	Bicicleta/bicicleta ergométrica	5	2,5	5	8,8	
	Natação	2	1,0	1	1,8	
Dias por semana costuma praticar exercício físico ou esporte	Artes marciais e luta	2	1,0	0	0,0	0,830
	Voleibol	0	1,0	1	1,8	
	1 a 2 dias por semana	67	33,5	20	35,1	
	3 a 4 dias por semana	87	43,5	23	40,4	
	5 a 6 dias por semana	41	20,5	12	21,1	
	Todos os dias	5	2,5	2	3,5	

Continua

						<i>Conclusão</i>
Variável		n(255)	%	n(69)*	%	valor p
Tempo duração atividade	Menos que 10 minutos	2	1,0	0	0,0	0,082
	Entre 10 e 19 minutos	8	4,0	1	1,8	
	Entre 20 e 29 minutos	8	4,0	1	1,8	
	Entre 30 e 39 minutos	24	12,0	11	19,3	
	Entre 40 e 49 minutos	32	16,0	7	12,3	
	Entre 50 e 59 minutos	48	24,0	15	26,3	
	60 minutos ou mais	78	39,0	22	38,6	
Faz trajeto a pé ou de bicicleta	Sim, todo o trajeto	14	5,5	2	2,9	0,586
	Sim, parte do trajeto	27	10,6	8	11,6	
	Não	214	83,9	59	85,5	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

A respeito da prática de atividade física, 78,4% do total de participantes e 82,6% dos que tinham PA \geq 140 e ou 90 mmHg, disseram terem praticado nos últimos três meses. Percentual superior ao da população estudada no VIGITEL 2018, onde a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana variou entre 31,0% em São Paulo e 47,0% em Palmas. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Florianópolis (54,8%), Macapá (54,2%) e Aracaju (52,7%) e as menores em São Paulo (36,3%), Porto Alegre (43,6%) e Rio de Janeiro (43,7%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Palmas (44,2%), Vitória (40,3%) e Teresina (40,1%) e as menores em São Paulo (26,4%), Rio de Janeiro (27,4%) e Porto Alegre (29,0%).

De acordo com Santa-clara *et al.* (2015), a atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso, ao passo que o exercício físico tem um conceito menos abrangente, definido por movimentos corporais planejados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física.

Malachias *et al.* (2016) descrevem que a inatividade física tem sido considerada “o maior problema de saúde pública”, por ser o mais prevalente dos fatores de risco e a segunda causa de morte no mundo. A prática regular de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da HAS, reduzindo ainda a morbimortalidade Cardiovascular, à medida que indivíduos ativos apresentam risco 30% menor de desenvolver HAS que os sedentários, e o aumento da atividade física diária reduz a PA, devendo ser incentivada em toda a população, sem a necessidade de nenhum exame prévio, devendo ser orientado a procurar um médico se sentir algum desconforto durante a execução.

Conforme Bottcher e Kokubun (2017), é consenso, entre pesquisadores, que programas

regulares de atividade física são atualmente reconhecidos como fator necessário na terapia de pacientes hipertensos, sendo a recomendação é baseada em diversos estudos, os quais indicam que o exercício físico contribui para a diminuição da pressão arterial em repouso de indivíduos hipertensos. Segundo Barbosa *et al.* (2019), a prática de atividade física tende a minimizar em até 60% os riscos cardiovasculares, além de reduzir o uso de medicamentos anti-hipertensivos e gastos com o tratamento, apesar de estudos descrevem a baixa adesão à prática de atividade física por parte das pessoas com HAS. No estudo, 17,4% dos que apresentavam $PA \geq 140$ e ou 90 mmHg, declararam não praticar exercício físico.

As principais atividades físicas realizadas pela população da pesquisa foram caminhadas (19,2%), musculação (16,9%) e corrida (9%). Malachias *et al.* (2016), descrevem que o treinamento resistido dinâmico ou isotônico (contração de segmentos corporais localizados com movimento articular) reduz a PA de pré-hipertensos, mas não tem efeito em hipertensos e que existem, porém, apenas quatro estudos randomizados e controlados com esse tipo de exercício na HAS. O treinamento resistido estático ou isométrico reduz a PA de hipertensos, mas os estudos utilizam massas musculares pequenas, havendo necessidade de mais informação antes de sua recomendação.

A maioria da população estudada (34,5%) dos praticantes de exercício físico ou esporte, os faziam de 3 a 4 dias por semana e 64% realizam essas atividades por mais de 40 minutos por dia. Pitanga *et al.* (2014) ressaltam que publicações têm procurado identificar a quantidade de atividade necessária para a prevenção do diabetes, excesso de gordura visceral e comorbidades cardiovasculares e os resultados vêm demonstrando que, principalmente nas de intensidade moderada, com duração variando entre 150 e 285 min por semana ou com gasto calórico entre 1.601 e 2.283 kcal/semana parece ser boa estratégia de prevenção. Mas que, dois destes estudos demonstraram que para indivíduos do sexo masculino a caminhada isoladamente parecer não ser uma boa opção para prevenção de diabetes, o que se tornam necessários trabalhos que também tentem identificar a quantidade de atividade física suficiente para proteção da HAS, principalmente em homens.

Santa-Clara *et al.* (2015) asseguram que as recomendações *American Heart Association* (AHA) indicam que as pessoas com DCV devem acumular 30 a 60 minutos de atividade física por dia, de intensidade moderada, de preferência cinco dias ou mais por semana, dando preferência a atividades aeróbias de baixo impacto, aumentando progressivamente o volume.

De acordo com o VIGITEL (2018), atribui-se a condição de prática insuficiente de atividade física a indivíduos cuja soma de minutos despendidos em atividades físicas no

tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa. E que os dados com a frequência de adultos com prática insuficiente de atividade física variaram entre 38,2% em Macapá e 46,6% em João Pessoa.

Destarte que apenas 5,5% dos participantes do estudo costuma fazer o trajeto de ida e ou volta do trabalho a pé ou de bicicleta. Malachias *et al.* (2016), expõem que exercício e ou treinamento aeróbico reduz a PA casual de pré-hipertensos e hipertensos e também reduz a PA de vigília de hipertensos, além de diminuir a PA em situações de estresse físico, mental e psicológico, devendo ser recomendado como forma preferencial de exercício para a prevenção e o tratamento da HAS.

Como bem declara Cichocki *et al.* (2017), os efeitos positivos obtidos pela prática de atividade física sob a saúde, de uma forma geral, são inquestionáveis, com implicações ao sistema cardiovascular, como redução do colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), triglicerídeos (TG), pressão arterial, melhora nos níveis séricos de colesterol e lipoproteína de alta densidade (HDL-C), além da contribuição para o controle glicêmico, para as respostas fisiológicas relacionadas ao aumento da demanda metabólica, e ao aporte de oxigênio associado aos gastos musculares. O entanto, a prática requer padrões comportamentais, com fim de assegurar sua eficácia, principalmente quando o praticante for acometido de alguma patologia, como HA, que exigirá uma atividade física específica e individualizada de forma a proporcionar uma ação terapêutica e garantindo uma melhor qualidade de vida.

No entanto, surpreende o fato do estudo mostrar percentuais tão positivos de servidores praticando atividade física e ao mesmo tempo com IMC e CA também elevados, deixando uma incompatibilidade entre os resultados. Pois o ideal é que essas variáveis apresentassem resultados divergentes ao invés de convergente como ocorreu no presente estudo. O que remete a necessidade de um estudo mais profundo que analise a qualidade, frequência e intensidade das atividades físicas praticadas pelos servidores.

Na Tabela 8, em relação ao hábito de fumar; 97,6 % não relataram não está fumando, porém, 50,2% consumiam bebida alcoólica, sendo que 34,3% consomem por 1 a 2 dias por semana. Porém, as variáveis não apresentaram associação significativa com $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg.

Tabela 8 – Hábito e estilo de vida: consumo de cigarro e álcool.

Variável		n(255)	%	n(69)*	%	valor p
Atualmente, fuma	Sim, diariamente	2	0,8	0	0	0,565
	Sim, mas não diariamente	4	1,6	1	1,4	
	Não	249	97,6	68	98,6	
consumir bebida alcoólica	Sim	128	50,2	34	49,3	0,535
	Não	127	49,8	35	50,7	
Frequência de consumo de bebida alcoólica	1 a 2 dias por semana	44	34,3	19	55,9	0,336
	3 a 4 dias por semana	6	4,7	2	5,9	
	5 a 6 dias por semana	1	0,8	0	0,0	
	Menos de 1 dia por semana	38	29,7	6	17,6	
	Menos de 1 dia por mês	39	30,5	7	20,6	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

Quando ao uso de cigarro, a quase totalidade dos participantes não fuma e declaram também não morar com pessoas que costumam fumar dentro de casa. O que sem dúvida, foi o resultado mais impactante positivamente da pesquisa, já que apenas 6 participantes fumam, em um universo de 255 pessoas.

Cavalcanti *et al.* (2019) afirmam que a prevalência de tabagismo no Brasil caiu de 15,6% em 2006 para 10,8% em 2014. Os dados do estudo mostram um pequeno percentual de fumante e ou de fumantes dentro das suas residências, corroborando com os dados de queda do tabagismo no Brasil.

A pesquisa VIGITEL 2018, informa que as maiores frequências de fumantes foram encontradas, entre homens, em Porto Alegre (17,3%), Campo Grande e São Paulo (15,6%) e, entre mulheres, em Porto Alegre (11,9%), São Paulo (9,8%) e Curitiba (9,5%) e as menores frequências no sexo masculino, ocorreram em Salvador (6,5%), Belém (6,7%) e Macapá (7,1%) e, no sexo feminino, em São Luís (2,8%), Maceió (3,0%), Aracaju e Salvador (3,3%). Em relação aos fumantes passivos em domicílio, a frequência foi de 7,6%, sendo semelhante entre homens e mulheres.

Como se observa nos dados do VIGITEL 2018, Macapá apresenta umas das menores frequências de fumantes do Brasil, legitimando os dados do estudo que teve uma frequência de apenas 2,4% para fumantes e de 2,7% de fumantes passivos em domicílio.

Souza (2015) descreve que estudos epidemiológicos já bem demonstraram que tabagismo em homens e mulheres aumenta a incidência de infarto do miocárdio e doença arterial coronariana e que a cessação do tabagismo traz benefícios a qual quer tempo ou idade, onde pessoas com mais de 65 anos que interromperam o hábito mostraram uma mortalidade inferior à daquelas que mantiveram o vício após cinco anos de seguimento.

O consumo de bebida alcoólica foi admitido por 50,2% dos participantes e por 49,3% dos que tinham $PA \geq 140$ e ou 90 mmHg, sendo que 40,6% e 55,9% ingeriam 1 a 2 dias por semana, respectivamente. Munhoz *et al.* (2017) analisaram dados do VIGITEL entre os anos de 2006 e 2013, observando aumento no consumo abusivo de álcool entre as faixas etárias de 30 a 39 anos e uma tendência estacionária para os demais grupos etários, destacando que o consumo abusivo de álcool foi maior na medida em que aumenta a escolaridade dos indivíduos, em todos os períodos em estudo. Também foi observada a prevalência foi maior entre os homens do que entre as mulheres em todo o período, como um padrão de menor frequência do consumo abusivo na medida em que aumentava a idade, porém, foi observada uma tendência de aumento deste comportamento entre os idosos de ambos os sexos.

Malachias *et al.* (2016) discorrem que o consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HA, estimando que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA, recomendando moderação no consumo de álcool. Lima, Kerr-Côrrea e Rehm (2013) asseguram que ingerir grandes quantidades de álcool em uma única ocasião tem sido associado com efeitos adversos sobre a pressão arterial e também sobre a agregação plaquetária.

Silva *et al.* (2014) aduzem que o tratamento não-farmacológico, que exige mudanças no estilo de vida. Essas mudanças incluem a adoção de alimentação hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física, redução da ingestão de álcool e/ ou sal, sendo a forma mais efetiva.

4.4 ANÁLISE DAS DOENÇAS CRÔNICAS E ESTADO DE SAÚDE

Quanto ao estado de saúde, 57,6% informaram ser bom, onde 23,9% já receberam diagnóstico médico de hipertensão, sendo que 70,6% tiveram sua pressão arterial verificada nos últimos 6 meses; e 20% toma medicamentos para hipertensão e 8,6% receberam assistência médica nos últimos 6 meses por causa da hipertensão arterial, conforme se descreve na Tabela 9. As variáveis apresentaram associação significativa com $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg, exceto a que tratou da frequência de aferição da pressão arterial.

Tabela 9 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: hipertensão arterial sistêmica.

	Variáveis	n	%	n(69)*	%	valor p
Avaliação do estado de saúde	Muito bom	36	14,1	6	8,7	0,004
	Bom	147	57,6	30	43,5	
	Regular	63	24,7	28	40,6	
	Ruim	7	2,8	5	7,2	
	Muito ruim	1	0,4	0	0,0	
	Não responderam	1	0,4	0	0,0	
Diagnóstico médico de pressão alta	Sim	61	23,9	32	1,4	<0,001
	Não	176	69	32	46,4	
	Não lembra	16	6,3	4	46,4	
	Não responderam	2	0,8	1	5,8	
Última vez que pressão arterial foi medida	Há menos de 6 meses	180	70,6	49	71,0	0,982
	Entre 2 anos e menos de 3 anos	7	2,7	1	1,4	
	Entre 6 meses e menos de 1 ano	36	14,1	11	15,9	
	Entre 1 ano e menos de 2 anos	23	9	6	8,7	
	3 anos ou mais	3	1,2	1	1,4	
	Nunca	6	2,4	1	1,4	
Uso de medicamento para controlar a pressão alta	Sim	51	20	28	40,6	<0,001
	Não	203	79,6	41	59,4	
	Não responderam	1	0,4	0	0,0	
Recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial	Há menos de 6 meses	22	8,6	11	15,9	<0,001
	Entre 6 meses e menos de 1 ano	15	5,9	6	8,7	
	Entre 1 ano e menos de 2 anos	8	3,1	3	4,3	
	Entre 2 anos e menos de 3 anos	5	2,0	1	1,4	
	Há 3 anos ou mais	15	5,9	10	14,5	
	Nunca recebeu	185	72,5	30	55,1	
Não responderam	5	2,0	0	0,0		

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

Quando questionados acerca do seu estado de saúde, a maioria classificou como bom e ou regular e apenas 2,7% como ruim. Porém, ao se observar a Tabela 10, constata-se que os participantes com PA \geq 140 e ou 90 mmHg, tiveram percentuais menores relação a classificação, muito bom, bom e regular. Percentuais melhores ao encontrados por Costa e Thuler (2012), ao realizarem estudo com o objetivo de identificar os fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros, realizaram um inquérito domiciliar, entre junho de 2002 e outubro de 2005, em amostra representativa de 18 capitais brasileiras, e quanto ao estado de saúde autorreferido, observaram que 15,3% dos entrevistados o consideraram excelente; 16,3% referiram como muito bom; 40,2% como bom; 24,4% como regular; e 3,8% como ruim.

Na pesquisa VIGITEL 2018, frequência de adultos que avaliaram negativamente seu estado de saúde (como ruim ou muito ruim) variou entre 3,2% em Florianópolis e 7,4% em Manaus. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Manaus (7,5%),

Boa Vista (7,4%) e Porto Velho (5,6%) e as menores em Rio Branco (1,7%), Goiânia (2,2%) e Cuiabá e Palmas (2,3%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Rio Branco (10,6%), no Rio de Janeiro (7,4%) e em Manaus (7,3%) e as menores em Natal e São Paulo (3,9%) e Florianópolis (4,0%). Em Macapá a frequência foi de 4,8%, média superior a encontrada na pesquisa, sendo 3,6% do sexo masculino e 5,9% do sexo feminino.

Petarli *et al.* (2015) asseguram que a autoavaliação do estado de saúde tem sido um indicador amplamente utilizado em levantamentos epidemiológicos tendo o poder preditivo sobre a mortalidade, a morbidade e a utilização de serviços de saúde, além de refletir uma avaliação global de doenças, sintomas, habilidades funcionais e bem-estar geral e por apresentar confiabilidade e validade equivalentes a outras avaliações mais complexas da condição e a autoavaliação do estado de saúde deve ser considerada um complemento importante para medidas objetivas. Além disso, a situação de trabalho, as características do estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, o tabagismo e o consumo de álcool, bem como os fatores psicossociais também parecem estar envolvidos e influenciam a percepção que os indivíduos têm de sua saúde, segundo estudos conduzidos em diferentes países (PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Quando perguntado se havia recebido diagnóstico médico de hipertensão, 23,9% declararam que sim e 69% que não e 70,6% informaram que aferiram a pressão arterial há menos de 6 meses e 14,1% entre 6 meses e menos de 1 ano. Quando verificado a resposta dos participantes com $PA \geq 140$ e ou 90 mmHg, 46,6% jamais recebeu qualquer diagnóstico médico. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial descreve que a PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados. Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.

Diante dos números da pesquisa, constata-se que, praticamente, 85% dos participantes declaram ter tido sua pressão arterial aferida a menos de um ano, refletindo um bom indicador de buscar e controle dos níveis pressóricos.

Quanto ao uso de medicamentos para a hipertensão, 20% relataram estarem tomando algum medicamento para controlar a pressão alta. Em relação aos que apresentaram $PA \geq 140$ e ou 90 mmHg, 59,4 responderam não tomar qualquer medicamento para controlar a PA. A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para o controle da hipertensão arterial, mas como bem pondera Machado *et al.* (2016), o sucesso do seu tratamento e de suas

complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

No contexto das doenças crônicas, a HAS e o DM se destacam representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país, e para que ocorra a correta adesão ao tratamento, a pessoa não deve somente obedecer às orientações médicas, mas entender, concordar e adotar o regime prescrito como um todo (MEDTLER; PERASSOLO, 2016).

Ao serem questionados sobre a última vez que recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial, responderam: 8,6% há menos de 6 meses, 5,9% entre 6 meses e menos de 1 ano, 3,1% entre 1 ano e menos de 2 anos, 2,0% entre 2 anos e menos de 3 anos 5,9% há 3 anos ou mais.

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial classifica as urgências hipertensivas como situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) sem lesão de órgão alvos (LOA) aguda e progressiva e emergência hipertensiva como situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) com LOA aguda e progressiva.

Martin *et al.* (2004) realizaram pesquisa em prontuários médicos com elevação dos níveis de pressão arterial diastólica \geq 120 mmHg e sintomáticos, atendidos em setor de emergência de hospital universitário durante 12 meses, com fim de avaliar a prevalência, o quadro clínico e as lesões orgânicas envolvidas em uma crise hipertensiva, e constataram que dos 452 pacientes com crise hipertensiva, representando 0,5% de todas as emergências clínico-cirúrgicas, 273 (60,4%) tratavam-se de urgência e 179 (39,6%) de emergência hipertensiva. Sendo que 18% desconheciam ser hipertensos. Tabagismo e diabetes foram fatores de risco associados ao desenvolvimento de crise hipertensiva em 1/4 e 1/5 dos pacientes, respectivamente. Pacientes com emergência apresentaram maior idade e elevada pressão arterial diastólica daqueles que apresentaram urgência hipertensiva. O acidente vascular encefálico isquêmico e edema agudo de pulmão foram as emergências hipertensivas mais comuns, compatíveis com as manifestações clínicas mais frequentemente encontradas de déficit neurológico e dispneia.

No estudo realizado por Siqueira *et al.* (2015) com objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes com crise hipertensiva atendidos num hospital de pronto socorro em Porto Alegre/RS, evidenciou-se que dos 557 atendimentos, o maior contingente foi da faixa etária

entre 50 e 59 anos de idade (24,8%), seguidos da faixa etária entre 40 e 49 anos (23,5%), o menor número correspondeu à faixa etária descrita como maior de 80 anos, correspondendo a uma percentagem de 2,95% dos sujeitos. Onde também foi possível identificar uma maior percentagem de crise hipertensiva na população feminina (62,5%). Em relação à raça, prevaleceu a branca como maioria exposta à crise hipertensiva em 75,9%, seguidos da raça negra com 12,9% e raça parda com 10,6%.

Ressalta-se que a maioria da população da cidade de Porto Alegre/RS é cor branca, o que certamente refletiu no índice, expurgando a conclusão de que a raça branca é mais vulnerável as urgências e ou emergências hipertensivas.

Na tabela 10, quando abordados acerca da diabetes, 8,2% se declararam ter recebido o diagnóstico médico de diabetes, sendo que 14,1% fizeram exame de sangue para medir a glicemia, entre 1 ano e menos de 2 anos. Essas variáveis não apresentaram associação significativa com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg.

Tabela 10 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: diabetes.

Variáveis		n (255)	%	n(69)	%	valor p
Diagnóstico de diabetes	Sim	21	8,2	8	10,4	0,147
	Não	234	91,8	69	89,6	
Realizou exame de sangue para medir a glicemia	Há menos de 6 meses	143	56,1	42	60,9	0,170
	Entre 6 meses e menos de 1 ano	49	19,2	10	14,5	
	Entre 1 ano e menos de 2 anos	36	14,1	8	11,6	
	Entre 2 anos e menos de 3 anos	15	5,9	7	10,1	
	Há 3 anos ou mais	8	3,1	2	2,9	
Nunca fez	4	1,6	0	0,0		

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

Em relação ao diagnóstico médico de diabetes, apenas menos de 10% disseram ter sido diagnosticado e a maioria fizeram exame de sangue para medir a glicemia há menos de 6 meses. De forma que mais de 90% dos participantes haviam realizado o rastreamento com de 2 anos, muito provavelmente em função do Perfil de Saúde dos servidores realizadas pelo TJAP, que visita as unidades de lotação dos servidores, realizando o referido exame.

O rastreamento consiste em um conjunto de procedimentos cujo objetivo é diagnosticar o diabetes mellitus tipo 2 ou a condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Essa atividade tem grande importância para a saúde pública, pois está diretamente ligada à possibilidade de diagnóstico e tratamento precoces, minimizando os riscos de desenvolvimento de complicações, principalmente microvasculares e a importância das

atividades de rastreamento não pode ser minimizada em um país como o Brasil, com cerca de 14 milhões de pacientes, dos quais apenas a metade sabe que tem diabetes (SBD, 2017).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018, salienta que o intervalo de tempo recomendado para a repetição do rastreamento não foi determinado por nenhum estudo clínico. Porém, julga razoável recomendar um intervalo de 3 a 4 anos para o reteste daqueles pacientes com baixo risco de desenvolver diabetes e que tiveram resultado prévio indubitavelmente normal e o reteste anual para os com pré-diabetes ou com fatores de risco para desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Sendo a glicemia utilizada por muitas décadas como critério de definição para DM.

Em relação à visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, nos últimos 12 meses, 88,2% declararam nunca ter recebido; e que 93,7% relataram ter plano de saúde. Novamente, essas variáveis não apresentaram associação significativa com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg (Tabela 11).

Tabela 11 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: Assistência.

Variáveis		n(255)	%	n(69)*	%	valor p
com que frequência o seu domicílio recebeu visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, nos últimos 12 meses.	Mensalmente	2	0,8	0	0,0	0,770
	A cada 2 meses	1	0,4	0	0,0	
	De 2 a 4 vezes	4	1,6	2	2,9	
	Uma vez	22	8,6	7	10,1	
	Nunca recebeu	225	88,2	60	87,0	
	Não responderam	1	0,4	0	0,0	
Tem plano de saúde ou convênio médico	Sim	239	93,7	63	91,3	0,361
	Não	16	6,3	6	8,7	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

A Tabela 11, mostra que 87% dos participantes com PA \geq 140 e ou 90 mmHg, nunca recebeu de agentes da equipe do PSF nos últimos 12 meses. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia de saúde pública que tem como objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde, levando - a para mais perto da família e com isso, pretende - se melhorar a qualidade de vida da população. É através das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, realizadas pela equipe da ESF, que as famílias encontram o suporte necessário para cuidarem de seu bem-estar (MERCÊS; MORAIS; OLIVEIRA, 2018).

A Equipe de Saúde da Família foi criada para inverter o modelo hospitalocêntrico de saúde, voltado basicamente para a doença, constituindo o norte que direciona os usuários a procurar a assistência à saúde, tendo como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, perpassando um novo conceito que abarque vários outros fatores, como

condições de vida, moradia, emprego, água tratada, saneamento, acesso ao serviço de saúde e fator socioeconômico. Pois, acredita-se que com essa nova concepção, ser possível reduzir o processo doença-cura se as condições de vida da população melhorar (GUEDES *et al.*, 2007).

As equipes da saúde da família possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como à hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento e as ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Diante do importante papel das equipes da saúde da família na promoção da saúde, merece atenção os resultados do estudo, à medida que, apenas um pequeno grupo é contemplado por elas. No entanto, para uma análise mais conclusiva, um estudo com fim de levantar as possíveis causas da ausência da ESF nesses domicílios se faz necessário, posto que vários fatores podem estar interferindo, como a própria recusa dos servidores pelo serviço.

Os participantes que responderam ter plano de saúde foram de 93,7%, sendo que os que possuem PA \geq 140 e ou 90 mmHg, representam 91,3% desse total. Pilotto e Celeste (2018) discorrem que estudos transversais mostram que pessoas com posse de plano privado de saúde utilizaram mais os serviços de saúde em relação àquelas pessoas que não possuem cobertura e relataram melhores condições de saúde em relação aos indivíduos sem plano. A quase totalidade de servidores com adesão a planos de saúde, pode ser um dos fatores que justificam a baixa relação com a ESF, à medida que podem julgar desnecessária a assistência desses profissionais, em face de possuírem melhor acesso a rede privada.

Cunha *et al.* (2019) narram que a partir da segunda metade dos anos 2000, foram adicionadas políticas de incentivo para servidores contratarem, de modo crescente, planos de saúde e que esses trabalhadores consolidaram a vantagem de combinar direitos exclusivos com universais e se tornaram público importante para a expansão de esquemas assistenciais privados no país. Os autores ainda enfatizam que estudos sinalizam que, no Sistema de Saúde Brasileiro, os planos privados de assistência à saúde são um vetor de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois garantem acesso e utilização de ações assistenciais apenas para parcela específica da população brasileira.

Hernandes *et al.* (2012) concluíram que a renda e escolaridade são um determinante na escolha do provedor de serviço de saúde, onde o grupo sem planos privados realizou menos prevenção contra neoplasias e mais contra doenças respiratórias; esperou mais para ter acesso

a consultas de saúde; realizou menos exames pós-consulta; referiu menor número de doenças; teve maior proporção de avaliação negativa da própria saúde e relatou mais episódios de queda.

Os dados dos estudos pesquisas demonstram que os portadores de planos privados de saúde têm melhores acessos ao sistema de saúde e isso certamente os motiva a procurarem assistência preventiva de forma mais frequentes que os não portadores, fato determinante acredito, para uma melhor avaliação do seu estado de saúde. Os participantes do estudo apresentaram escolaridade elevada, servidores públicos, padrões salariais acima da média, e resultados que corroboraram com as conclusões dos autores supracitados.

Na tabela 12, obteve-se os dados relacionados às doenças crônicas no meio familiar, onde 64,3% alegaram ter pais e ou irmãos portadores de diabetes e ou hipertensão; e 30,2% já tiveram pais e ou irmãos acometidos de infarto e ou acidente vascular encefálico (derrame). Essas variáveis não apresentaram associação significativa com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg.

Tabela 12 – Doenças Crônicas e Estado de Saúde: familiar.

Variáveis		n	%	n(69)*	%	valor p
Pais e ou irmãos são portadores de diabetes e ou hipertensão	Sim	164	64,3	50	72,5	0,062
	Não	90	35,3	18	26,1	
	Não responderam	1	0,4	1	1,4	
Pais e ou irmãos já foram acometidos de infarto e ou acidente vascular encefálico (derrame)	Sim	77	30,2	29	42,0	0,016
	Não	178	69,8	40	58,0	

* Número de participantes que apresentaram PA \geq 140 e/ou 90 mmHg
Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

O estudo mostra que 72,5% dos participantes com PA \geq 140 e ou 90 mmHg, têm pais e ou irmãos portadores de HAS e ou diabetes, sendo que 42% já foram cometidos por infarto e AVE. Santos, Scala e Silva (2015) descrevem que na etiologia da HAS, a influência familiar possui uma forte contribuição na manifestação final dos valores da pressão arterial, sendo classificada como uma doença genética complexa e que na maioria dos casos é o resultado final da interação entre fatores genéticos, ambientais e demográficos. Os autores ainda citam que alguns estudos realizados em famílias evidenciaram que os fatores genéticos podem ser responsáveis por até 68% dos valores da PA sistólica e 62% 13 da PA diastólica.

Os genes controladores da pressão sanguínea ainda não são completamente conhecidos, mas estudos familiares e com gêmeos tem documentado estes componentes hereditários e evidências sugerem que cerca de 30% da variação da pressão arterial podem ser de origem

genética (RONDINELLI; MOURA NETO, 2003; ROLA; FERREIRA, 2008).

O diabetes é tido como uma doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais (SBD, 2018). Conforme Deus e Conceição (2012), evidências obtidas, inicialmente, a partir de estudos de história familiar e com indivíduos gêmeos, apontam ainda que fatores genéticos também apresentam um importante papel na determinação da susceptibilidade individual ao desenvolvimento do DM e estima-se que de 30% a 70% do risco de desenvolvimento do DM2 seja de origem genética, embora o número total de genes envolvidos e a extensão da contribuição de cada um desses genes na etiologia da doença ainda não estejam totalmente esclarecidos. Conforme Toscano (2004), a HAS é uma comorbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares.

Quando questionado se os pais e ou irmãos já foram acometidos de infarto e ou acidente vascular encefálico (derrame), 30,2% declararam que sim. Conforme Bortolotto e Safar (2006), a hipertensão é um importante fator de risco para complicações cardiovasculares, como doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral, onde as relações de risco da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) são consideradas contínuas, graduais, fortes e independentes de outros fatores de risco.

4.5 ANÁLISE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na variável educação em saúde do TJAP, 76,1% declararam ter participado de alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP, 63,1% já leram e costumam ler os informes saúde divulgados via e-mail. No entanto, 34,5% avaliaram ser pouco satisfatória as ações de saúde promovidas pelo TJAP e 49% alegaram que as ações de educação em saúde promovida no TJAP não influenciaram em nenhuma mudança em seu estilo de vida, conforme se observa na Tabela 13. No entanto, as variáveis não apresentaram associação significativa com $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg.

Tabela 13 – Educação em Saúde – TJAP.

Variáveis		n (255)	%	n(69)*	%	valor p
Participação em alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP	Sim	194	76,1	53	76,8	0,778
	Não	60	23,5	16	23,2	
	Não responderam	1	0,4	0	0,0	
Leu e costuma ler o informe saúde, divulgado via email	Sim	161	63,1	45	65,2	0,567
	Não	93	36,5	24	34,4	
	Não responderam	1	0,4	0	0,0	
Avaliam as ações de saúde promovidas pelo TJAP	Satisfatória	154	60,4	40	58,8	0,601
	Pouco satisfatória	88	34,5	25	36,8	
	Insatisfatória	13	5,1	3	4,4	
Ação educativas em saúde promovida no TJAP influenciou em alguma mudança em estilo de vida	Sim	130	51	39	56,5	0,330
	Não	125	49	30	43,5	

Fonte: Formulário da pesquisa, 2019

Em relação à participação em alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP, mais de dois terços dos participantes da pesquisa afirmaram que sim. Em relação aos que tinham PA \geq 140 e ou 90 mmHg, 76,8% declaram ter participado. Machado *et al.* (2016) narram que documentos de órgãos internacionais, entre eles da WHO e da *American Heart Association* (AHA), divulgaram estratégias para reduzir os principais fatores de risco para as DCV, a qual se destaca as intervenções educativas. Guerra *et al.* (2016) prescrevem que a educação em saúde é um componente essencial nas esferas da promoção da saúde e da prevenção de doenças, principalmente quando trata de doenças crônicas como a HAS, morbidade cujo avanço na população é crescente, e leva ao risco de agravo à saúde, associada ao aumento da expectativa de vida da população. Nesse sentido, a educação possui importância inegável para a promoção da saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

A promoção da saúde é uma estratégia que proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, focando no atendimento do indivíduo (coletivo e ambiente) e elaborando mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade (BUSS, 2000; JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

A prática vivida da educação em saúde, através de grupos pode obter a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade, a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde e qualidade de vida, pois ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo

poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde (SANTOS; LIMA, 2008a).

A educação em saúde é sem dúvida um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, ajudando no desenvolvimento da responsabilidade dos indivíduos com sua qualidade de vida, com adoção de hábitos que promovam a prevenção de doenças.

Quando perguntado se liam o informe saúde, divulgado via e-mail, 36,5% declararam que não. Porém, 65,2% dos que apresentaram $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg, declaram que sim. O informe saúde é uma das principais ferramentas de divulgação de combate a fatores de risco para saúde promovidos pelo TJAP, que o juntamente com o perfil de saúde e exame periódico, tornam-se as principais ações de educação em saúde e investigação e monitorização de fatores de risco para a hipertensão arterial na instituição.

Quando questionada acerca da avaliação das ações de saúde promovidas pelo TJAP, 60,4% consideraram satisfatórias e 34,5% como pouco satisfatória. Mas ao somente os participantes com $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg, 58,8% consideraram satisfatórias e 36,8% como pouco satisfatória. Conforme Santos e Lima (2008b), considerando que a pessoa necessita obter conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, que poderão repercutir negativamente na sua saúde, a educação em saúde surge como mediadora na prevenção, à medida que se constitui em uma opção política, que busca a participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individual/coletivo), através de uma reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor.

Mendonça e Nunes (2015) revelam que o estudo de Pereira *et al.* (2007) mostram o insucesso de uma atividade de grupo em decorrência de se basear na concepção bancária de educação em saúde, isto é, de transmissão de conhecimento técnico, sem interagir com o saber popular, em que as demandas eram geradas pelos profissionais e não pelos participantes. No estudo de Sales (2008) é revelado que há entre a população e os profissionais uma falta de diálogo, que acaba por criar um desgaste, gerando um sentimento de negatividade tanto entre os profissionais quanto entre os usuários dos grupos.

A análise de uma possível falha na interação entre profissionais e os servidores é uma medida a ser buscada, com fim de se ter um diagnóstico para um percentual expressivo de participantes que consideram pouco satisfatória as ações de saúde promovidas pelo TJAP, pois como bem ponderam os autores supramencionados, as demandas promovidas, quando

divergente dos interesses dos participantes, pode resultar em desgaste e sentimentos negativos para ambos.

Quando interrogado se as ações educativas em saúde promovida no TJAP influenciaram em alguma mudança em estilo de vida, 49% informaram que não. Em relação aos participantes com PA \geq 140 e/ou 90 mmHg, 56,5% informaram que sim e 43,5% que não. A mudança no estilo de vida constitui uma tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes, parecem exceder as possibilidades, onde a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma das soluções alternativas para conduzir as pessoas a essas mudanças para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes salubre (SANTOS; LIMA, 2008a).

Afirmam Ribeiro *et al.* (2012) que no caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo, devendo as metas da educação em saúde para este indivíduo incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação.

Segundo Machado *et al.* (2016), o controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde e as estratégias educativas constituem um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e reduzir os fatores de risco cardiovascular, onde estudos têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS e como resultados têm sido observados a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Silva *et al.* (2016) dizem que a relação terapêutica de boa qualidade é considerada um fator fundamental para a mudança, sendo assim, os fatores interpessoais que compreendem a relação profissional-paciente também são decisivos, pois englobam a confiança, a satisfação, a comunicação, a participação das opções e decisões, o suporte emocional, a acreditação, a cooperação, entre outros decisores, que quando bem trabalhados e desenvolvidos

condicionam, determinadamente, a adesão terapêutica.

No estudo realizado por Oliveira *et al.* (2013), composto por 261 hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família da área urbana do município de Januária, estado de Minas Gerais, chegou-se à conclusão que a educação em saúde proposta foi eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

5 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial com elevada prevalência na população mundial e brasileira, estando associada às principais complicações das doenças cardiovasculares. Tanto a sua prevalência, quanto seus fatores de risco mostraram-se presentes no estudo, despertando especial atenção por se tratar de uma doença crônica de evolução silenciosa, com grande possibilidade de causar complicações debilitantes se não tiver interferência em seu curso, seja por via medicamentosa ou não.

Os dados do estudo permitem um alerta em relação ao binômio homem-saúde, com o desenvolvimento de políticas de saúde de incentivo, para que os participantes tenham maior e mais responsável vigilância sobre sua saúde, com adoção de estilos de vida mais saudáveis, à medida que os resultados mostraram que seus índices de pressão arterial estão acima da média de outros estudos.

Em relação a idade, os dados mostram uma realidade preocupante, refletindo o acometimento pela HAS de uma população de servidores adultos jovens. Esse cenário exige políticas efetivas de prevenção e ou de atendimento com fim de garantir melhor qualidade de vida a esses trabalhadores.

A escolaridade, vista como uma importante ferramenta no processo de educação em saúde, pois acredita-se que indivíduos possuam maior anos de escolaridade, detenham maior capacidade de acesso a informações sobre a doença e das medidas preventivas dos fatores de risco. Mas, tal assertiva deve ser apreciada com moderação se analisadas com base nos dados da presente pesquisa, já que a maioria da população do estudo possuía nível superior completo e ou pós-graduação, porém, não se observou na pesquisa índices melhores quando comparado a outras pesquisas, que detinham populações com menos anos de estudo.

A variável estado civil se mostrou importante no estudo, diante dos resultados declararem que a maioria era casado e ou viviam em união estável, pois pode ser um fator desencadeante e ou uma ferramenta de fundamental importância na terapêutica da HAS, conforme descrevem alguns estudos. Sem dúvida, estudos mais aprofundados precisam ser realizados para uma melhor definição do seu papel em relação a HAS, mas é indiscutível que o apoio familiar favorece a adesão terapêutica, ao passo que o convívio conflituoso contribui para criação de barreiras ao tratamento da doença. Assim, ao ser definir uma estratégia de prevenção e ou de tratamento da HAS, a análise dessa variável não pode ser menosprezada sob risco de insucesso de adesão ao plano terapêutico.

A cor parda é pouco referenciada nos estudos. Porém, sua alta prevalência na pesquisa certamente é reflexo do processo de formação étnica da população estudada. As literaturas atribuem a cor negra maior risco para o desenvolvimento da HAS. No entanto, estudos que investiguem a relação da doença com a cor parda se fazem interessantes, com fim de propiciar maior esclarecimentos, posto que essa população guarda na sua composição genética, genes de descendência negra.

Os resultados das variáveis sociodemográficas do estudo, divergiram das literaturas, o que nos permite afirmar que essas características podem variar e ou sofrer influências de outros fatores e apresentar resultados dissonantes dos relatados em grande parte das bibliografias que abordam discussões acerca do tema. Mas que jamais podem deixar de serem consideradas fatores de risco determinante para o aparecimento da HAS de suas complicações, em especial a idade, dado o atual contexto demográfico do país, marcado pelo envelhecimento de sua população.

A análise das variáveis clínicas possibilitou uma melhor visualização dos índices dos principais fatores de risco da HAS, onde os resultados mostraram altos percentuais de sobrepeso e ou obesidade, taxa expressiva de servidores valores de glicemia de jejum acima do normal, bem como dados assustadores de pressões arteriais com valores compatíveis com hipertensão arterial. Outro aspecto que surpreendeu, foi o fato do estudo mostrar percentuais tão positivos de servidores praticando atividade física e ao mesmo tempo com IMC e CA também elevados, deixando uma incompatibilidade entre os resultados.

O índice de massa corporal, circunferência abdominal, diabetes mellitus e HAS são, por si só, considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares e quando associados, tomam proporções alarmantes. O alto índice desses fatores no estudo desperta grande preocupação, principalmente pelo grande percentual de servidores com perspectiva de envelhecimento no decorrer de uma década, sendo as doenças cardiovasculares atualmente a principal causa de morte a partir nessa faixa etária. Esse cenário alerta para necessidade de efetivação de uma política de monitoramento, controle e prevenção desses fatores de risco, com adoção de hábitos de vida mais saudável, como dietas balanceadas e prática de atividade física.

Uma investigação que permitam avaliar o impacto no trabalho na alteração nos níveis pressóricos seria também fundamental, pois não podemos ignorar o seu papel nesses números. Mas, não restam dúvidas de que o controle do peso, redução do sobrepeso e da obesidade podem representar grande melhoria na qualidade de vida desses servidores, contribuindo na

prevenção e controle dos níveis pressóricos e diabetes.

As variáveis que envolvem hábitos de vida, atividade física e uso de cigarro apresentaram resultados animadores, ao passo que a alimentação e consumo de bebidas alcoólica tiveram comportamento preocupante. Em relação a este, as ações educativas podem funcionar como ferramenta de mudança de hábitos, favorecida pela alta escolaridade dos participantes, que pode a princípio dispõe de maior acesso e facilidade de apreensão das informações de saúde, posto que um conhecimento sobre a doença e suas causas é de grande importância para que as pessoas previnam seus fatores de risco.

Os hábitos alimentares saudáveis são descritos na literatura como umas das principais medidas de promoção de qualidade de vida. No entanto, o consumo excessivo de carne vermelha, em especialmente com gordura, ainda merecem uma atenção importante, por sua relação com algumas doenças, como câncer e ou arterioscleróticas. O consumo de refrigerantes, alimentos processados e doces, apesar do seu baixo teor nutricional, também chama atenção na pesquisa, por serem fatores de risco para diabetes e obesidade, que por sua vez são fatores de risco para HAS e doenças cardiovasculares. Medidas que possibilitem simples mudanças de hábitos alimentares, como a redução da ingestão de alimentos considerados não saudáveis, podem ter um grande impacto na prevenção e controle de doenças como a HAS, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares, motivo pelo qual, ações com tal objetivo deve ser maciçamente promovidas.

O resultado da variável atividade física merece ser analisado com ressalvas, à medida que um alto percentual de participante declara praticar, porém não se observa seu reflexo quando observado os percentuais de IMC e circunferência abdominal. Assim, necessário se faz um estudo que avalie melhor a frequência e qualidade dessas atividades. Porém, é uma prática que precisa ser sempre estimulada, dado os inquestionáveis benefícios na promoção da saúde.

O consumo de álcool é considerado um dos fatores de risco para HAS e mais de 50% dos participantes declararam consumir, guardando conformidade com a conclusão da pesquisa VIGITEL 2018, que observou um aumento no consumo abusivo de álcool entre as faixas etárias de 30 a 39 anos, destacando que o consumo foi maior na medida em que aumenta a escolaridade dos indivíduos, em todos os períodos em estudo e os a maioria dos membros da presente pesquisa são graduados e ou pós-graduados. Ações de desestímulo e ou redução do consumo de álcool devem ser estimuladas, pois além de fator de risco para HAS, também pode estar associado a diversos problemas de ordem sociais e familiares.

Apesar de alguns participantes já terem recebido o diagnóstico de HAS ou diabetes, importante se mostra um acompanhamento desse grupo, com fim de analisar a adesão dos mesmos a um plano terapêutico, seja medicamentoso ou não. Pois, como pondera estudiosos do tema, a adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para o controle da HAS, no entanto o sucesso do seu tratamento e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com ênfase a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

A frequência como que a grande maioria dos servidores afere a pressão arterial e glicemia capilar mostrou-se de acordo com o recomendado pela SBC, o que contribui para detecção precoce de alterações nos níveis pressóricos e de glicose, permitindo ações de orientação e controle de doenças crônicas como a HAS e diabetes mellitus.

A quase totalidade dos participantes não recebeu visitas de agentes comunitários de saúde em seus domicílios, o que devem também ser analisado com ressalva, à medida que não investigou eventuais fatores que poderiam contribuir para esse resultado. O fato de praticamente todos os entrevistados possuírem planos de saúde pode ser um desses fatores, pois estudos demonstram que os portadores de planos privado de saúde têm melhor acesso ao sistema de saúde e isso certamente os motiva a procurarem assistência preventiva de forma mais frequentes que os não portadores, motivo que pode justificar recusa/desinteresse em frequentar as unidades de saúde e ou aceitar visita da ESF. No entanto, não se pode deixar de ressaltar que a ESF tem papel fundamental na promoção da saúde, por possuírem treinamento e conhecimento de técnicas de adesão ao tratamento de crônicas como a HAS, além de promover debates e orientações quanto à adoção de hábitos mais saudáveis de saúde. Assim, medidas de liguem os servidores a esses profissionais devem ser estudadas, pois seus conhecimentos tendem a contribuir com a melhoria da sua qualidade de vida desses trabalhadores.

A elevada prevalência de fatores de risco para HAS e o expressivo percentual de servidores que avaliam a ações de saúde promovidas pelo TJAP como pouco satisfatória, demonstra a necessidade de um melhor planejamento das ações de educação em saúde executadas, para elevar a eficácia e controle dos fatores de risco para HAS, em especial os modificáveis. Políticas de saúde que atinjam esse objetivo, certamente terão grande reflexo na redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

As ações de educação em saúde, indiscutivelmente, é uma ferramenta com papel

fundamental para modificar cenários como o encontrado na pesquisa, contribuindo para mudar estilos de vida que atentem contra a promoção da saúde. A prevenção de doenças, cujo avanço na população é crescente, como a HAS, é importantíssima, em virtude do elevado risco de agravo à saúde.

O percentual da população estudada que expressou que as ações educativas em saúde promovida no TJAP estão influenciaram em mudanças em seu estilo de vida, a princípio confirmaria a hipótese H1 do estudo. No entanto, a análise dos dados clínicos e hábitos de vida em conjunto com os que declaram não terem influenciado mudança em estilo de vida, permitem concluir que a H0 se confirma. A literatura expõe que essas mudanças constituem uma tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de resistência, com exigência do dispêndio de energia física, mental e emocional, sem garantia de sucesso em muitos dos casos. Fatores como falta de interação durante a transmissão de conhecimento e falta de diálogo entre cliente e profissional, podem ser gerar desgaste e sentimentos negativos. Ao passo que uma relação profissional-servidor pautada na empatia, confiança, satisfação, comunicação, participação nas opções e decisões, suporte emocional, creditação, cooperação, podem levar a resultados satisfatórios na adesão a uma mudança de estilo de vida. Estudos que analise esses fatores de forma mais aprofundada podem explicar os motivos que levam a esse percentual alarmante na pesquisa. Mas, independentemente do resultado, as ações de educação em saúde devem continuar sendo efetivadas, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, posto que a maioria relatou mudança de hábitos, com adesão a comportamentos alimentares e físicos mais salubres.

As políticas de saúde visam à elevação da expectativa de vida da população. Nesse sentido, as ações de educação em saúde do TJAP possuem importância inquestionável para a promoção da saúde dos seus servidores, devendo ser sempre passar por processo avaliativo para que não percam sua eficácia na transformação de hábitos e comportamentos não recomendados, em melhor qualidade de vida.

A pesquisa trouxe resultados que divergem parcialmente dos resultados obtidos em outros estudos, talvez por se tratar de uma população diferenciada da grande maioria dos estudos que abordam o tema. Logo, pode contribuir como referência para outros estudos com população semelhante, além de servir de base na discussão de ações de educação em saúde com fim de prevenir fatores de risco para HAS nos trabalhadores do judiciário ou órgãos afins, bem como, estimula a análise mais aprofundada de algumas variáveis, seja pela análise multivariada e ou novos estudos, possibilitando maiores dados para o planejamento das ações

de promoção a saúde dos servidores.

Nesse contexto, pretende-se apresentar tais resultados aos servidores do TJAP e dá notoriedade para a importância da Educação em Saúde como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças, especificamente da hipertensão arterial sistêmica.

Em relação às ações de saúde já efetivadas no TJAP, sugere-se:

- Estimular maior participação do sexo masculino nas ações de saúde;
- Realizar estudos mais aprofundados que envolvam os impactos do trabalho na alteração nos níveis pressóricos, frequência e qualidade das atividades físicas, fatores que impactam na satisfação das ações de educação em saúde, para fins de aquisição de dados mais completos para o planejamento das ações de promoção a saúde dos servidores;
- Realizar análise multivariada dos dados coletados no perfil de saúde dos servidores, com fim de adquirir evidências mais completas dos fatores associados à hipertensão arterial para melhor planejamento;
- Estudo de medidas que favoreçam a relação da equipe de saúde TJAP/servidores com a ESF e CEREST, para fortalecimento das ações de combate as doenças crônicas;
- Fortalecimento das ações de educação em saúde que promovam orientação para uma alimentação saudável baseada no consumo de alimentos in natura ou minimamente processados e limitar a redução da ingestão diária de sódio;
- Continuar promovendo ações à identificação precoce de servidores hipertensos e ou em pré-hipertensão;
- Promover ações de motivação para a adoção da prática regular de atividade física e ou exercícios aeróbicos e de resistência, em uma frequência mínima de três vezes por semana;
- Promover ações que envolvam servidores e suas famílias, com fim de estimular a adesão ao plano de cuidados preventivos.
- Estimular a realização de exames periódicos, em especial os cardiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade: 2009/2010**. São Paulo, 2009.

ASSUNÇÃO, T.C.L.; CARLI, G.; ALVES, A.L.S.; *et al.* Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em idosos de um centro de referência. **Rev. Ciência & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2018.

AZEVEDO, A.M.G.B.; SILVA, D.O.; GOMES, L.O.S. Educação em saúde como ferramenta no conhecimento do usuário com hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, 11(Supl. 8):3279-89, ago., 2017

AZIZ, J.L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n. 2, p. 75-82, abr./jun. 2014.

BARBOSA, A.R.C.; CARVALHO, B.M.P.; PARAIZO, C.M.S.; *et al.* Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 90-103, jul./dez., 2019.

BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 38-46, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em 03 de janeiro de 2020.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3. Ed. São Paulo: Markron, 2007.

BEIGUELMAN, B. **Curso de Bioestatística Básica**. 4. Ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1996.

BOMBIG, M.T.N.; FRANCISCO, Y.A.; MACHADO, C.A. A importância do sal na origem da hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n. 2, p. 63-67, abr./jun 2014.

BORECK, S.; GRILLO, L.P.; LACERDA, L.L.V.; MORAES, A.J. P. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos de Barra Velha-SC. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, p. 73, p. 579-590, out. 2018.

BORTOLOTTI, L.A., SAFAR, M.E. Perfil da Pressão Arterial ao Longo da Árvore Arterial e Genética da Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 3, p. 166-169, mar. 2006.

BOTTCHER, L.B.; KOKUBUN, E. Comparação dos níveis de aptidão física entre hipertensos e normotensos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 23, n. 2, p. 114-117, abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial União**. Brasília, 14 ago. 2012, seção 01. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 04 de agosto. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2020a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em 03 de janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. *Vigitel 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2020b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 03 de janeiro de 2020.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: manual de antropometria**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BURGOS, P.F.M.; COSTA, W.; BOMBIG, M.T.N.; BIANCO, H.T. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 21, n.2, p. 68-74, 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.

5, n. 1, pág. 163-177, 2000.

CAMPOS, B.R.; SOBREIRA, M.F.G.; SILVA, M.L.F.L; *et al.* Consumo de carne com gordura aparente em adultos de Cataguases-MG. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 12, n.75, p.845-851. Jan./dez. 2018.

CASTRO, R.S.A.; GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Fatores associados à adição de sal à refeição pronta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1503-1512, mai. 2014.

CAVALCANTI, M.V.A; OLIVEIRA, L.P.B.A; MEDEIROS, A.C.Q; TÁVORA, R.C.O. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. **Rev Gaúcha Enferm.**, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 04 setembro 2020.

CHAGAS, J.A.S.; ALMEIDA; A.N.F. Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 6, n. 2, p. 105-116, mai/ago. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>>. Acesso em 07 de agosto de 2019.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CICHOCKI, M.; FERNANDES, K.P.; CASTRO-ALVES, D.C.; GOMES, M.V.M. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte**, v. 23, p.1, fev. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Diagnóstico da participação feminina no Poder Judiciário**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/05/cae277dd017bb4d4457755febf5eed9f.pdf>>. Acesso em 23 de dezembro de 2019.

CORREIA, A.A.; LIMA, M.; LUCENA, A.L.R.; SILVA, C.C. Identificando fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica em professores da rede pública. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl.1, p. 264-271, jan. 2017.

COSTA, L.C.; THULER, L.C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. Est. Pop.**, v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, C.L.F.; MOREIRA, J.P.L.; OLIVEIRA, B.L.C.A.; *et al.* Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1959-1972, mai. 2019.

DAMAS, L.V.O.; NASCIMENTO, M.A.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. Prevalência de hipertensão e fatores associados em usuários do Programa Saúde da Família de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 23, n.2, p. 39-46, abr./jun. 2016.

DAMASCO, A. **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: Meds, 2001.

DE MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 36-41, 17 abr. 2013.

DEUS, K.J.; CONCEIÇÃO, R.S. Diabetes mellitus tipo 2 – a relação genética-nutrientes. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, v. 37, n. 2, p. 199-214, ago. 2012.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010. ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3. Ed. ISBN 978-85-60549-15-3. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018/ Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 481–493, 2013.

FAGUNDES, C.N.; CORSO, A.C.T.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos cadastrados na atenção básica em saúde, Florianópolis – SC. **Rev Pesq Saúde**, v. 18, n. 1, p. 28-34, 2017.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FALUDI, A.A.; IZAR, M.C.O.; SARAIFA, J.F.K.; *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivo Brasileiro de cardiologia**, v. 109, n.2, supl. 1, ago. 2017.

FEIO, Stefanie Cecilia Passinho. *Et al.* **Casos de Hipertensão Arterial no Estado do Amapá entre os anos de 2006 e 2012**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento., 04, v. 4, n. 4, p. 105-115, abr. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/casos-de-hipertensao-arterial>, Acesso em 04 de agosto de 2020.

FELÍCIO, J.L.; CERZETTI, C.R.N. Fatores familiares e emocionais no cuidado em saúde de pacientes com doenças crônicas. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 19, n. 3, jul./set. 2016.

FIGUEIREDO, A.S.; QUEIROZ, J.C.; OLIVEIRA, L.C.; *et al.* A educação em saúde com portadores da hipertensão arterial: concepções de profissionais da atenção básica. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 9, Supl.10, p.1405-10, dez. 2015.

GUEDES, H.M.; PAULA, L.D.; NAKATANI, A.Y.K.; COELHO, A.B. Resultados alcançados com a estratégia saúde da família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. **REME**, v. 11, n. 4. p. 363-368, out./dez. 2007.

GUERRA, G.M.; WEN, C.L.; MOTTA, R.A.; *et al.* Elaboração e implementação do Portal E-Care da hipertensão para educação em saúde. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 19, n.3, p.4-5, 2016.

GUIMARÃES, J.P.C. **Classificação de risco para pré diabético em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

GUIMARAES, N.A.; BRITO, M.M.A.; BARONE, L.S.; *et al.* Mercantilização no feminino: a visibilidade do trabalho das mulheres no Brasil. **RBCS**, v. 31, p. 90, fev. 2016.

HERMES, Z.L.C. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

HERNANDES, E.S.C.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. **Rev. Saúde Pública**, 46(6):1030-1038, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102012000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

JANINI, J.P.; BESSLER, D.; VARGAS, A.B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 480-490, jun. 2015.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base. **PubMed. Physis**, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

KARMEL, P.H.; POLASEK, M. **Estatística geral e aplicada para economistas**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atlas/MEC, 1974.

LIMA, M.C.P.; KERR-CÔRREA, F.; REHM, J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 49-57, Mar. 2013.

LOBO, L.A.C.; CANUTO R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00035316.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2019.

LOPES, H. Genética e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n.2, p. 87-91, abr./jun. 2014.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 461-468, set. 2010.

LUCIETTO, D.A.; PRASS, M.M.M.; CASANI, E.; SAGAZ, S.M. Alimentos e bebidas consumidos por estudantes de odontologia: subsídios para a construção de estratégias de promoção à alimentação saudável. **Cinergis**, v. 17, n. 3, p. 219-225, set. 2016.

MACHADO, J.C.; COTTA, R.M.M.; MOREIRA, T.R.; SILVA, L.S. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 611-620, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n2/611-620/pt>>. Acesso em 18 de julho de 2018.

MACHADO, M.C.; PIRES, C.G.S.; LOBÃO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p.1365-1374, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n5/1365-1374/pt>>. Acesso

em 18 de julho de 2019.

MALACHIAS, M.V.B.; PLAVNIK, F.L.; MACHADO, C.A.; *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, sup. 3, p. 1-104, set. 2016.

MALTA, D.C.; BERNAL, R.T.I.; ANDRADE, S.S.C.A.; *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 11s, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de janeiro de 2020.

MARTIN, J.F.V.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; *et al.* Hypertensive crisis profile: prevalence and clinical presentation. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 83, n.2, p. 125-130, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 19 de agosto de 2019.

MARTINS, G.A. **Estatística Geral e Aplicada**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MARTINS, M.S.A.S.; FERREIRA, M.G.; GUIMARAES, L.V.; VIANNA, L.A.C. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq Bras Cardiol.**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/aop02410.pdf>>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

MATAVELLI, I.S.; DEL JUDICE, E.L.; MATAVELLI, R.; *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica e a Prática Regular de Exercícios Físicos como Forma de Controle: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 359-366, 14 out. 2015.

MEDTLER, K.; PERASSOLO, M.S. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético de um grupo hiperdia do município de Presidente Lucena-RS. **Revista Conhecimento Online**, v. 2, p. 35-46, dec. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/375/1603>>. Acesso em 20 de agosto de 2019.

MENDANHA, D.B.A.; ABRAHÃO, M.M.; VILAR, M.M.C.; JUNIOR, J.J.N. Fatores de risco e incidência da retinopatia diabética. **Rev Bras Oftalmol.**, v. 75, n. 6, pág. 443-446, dez. 2016.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, ago. 2015.

MERCÊS, J.; MORAIS, B.; OLIVEIRA, R. A importância do enfermeiro enquanto

coordenador na equipe de estratégia de saúde da família. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 4, n. 3, p. 72-83, 7 dez. 2018.

MORAES FILHO, I.M. As políticas públicas para promoção da saúde do trabalhador. **REVISA**, v. 4, n. 2, p.75-77, jul./dez. 2015.

MOREIRA, N.F.; MURARO, A.P.; BRITO, F.S.B.; *et al.* Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 57, n. 7, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n7/04.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2018.

MUNHOZ, T.N.; SANTOS, I.S.; NUNES, B.P.; *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n.7, 2017.

NATHAN, D.M.; BUSE, J.B.; DAVIDSON, M.B.; *et al.* Medical Management of in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm the Initiation and Adjustment of Therapy. **Diabetes Care**, v. 32, ed. 1, p. 193-203, jan. 2009.

NUNES, S.F.; SANTOS E.E.P.; OLIVEIRA, S.R.S.; *et al.* Hipertensão Arterial primeiro passo: Prevenção. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2512-24, 2015.

OLIVEIRA, E.; PICHEL, F. Perfil lipídico da carne vermelha e doença cardiovascular. **Rev Nutricias**, v. 16, n. 20-23, mar. 2013.

OLIVEIRA, G.M.M.; MENDES, M.; MALACHIAS, M.V.B. 2017 Guidelines for Arterial Hypertension Management in Primary Health Care in Portuguese Language Countries. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 109, n. 5, 2017.

OLIVEIRA, H.M.; GONCALVES, M.J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras Enferm**, v. 57, n.6, p.761-3, dez. 2004.

OLIVEIRA, T.L.; MIRANDA, L.P.; FERNANDES, P.S.; CALDEIRA, A.P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p.179-84, 2013.

PADILHA, B.M.; DINIZ, A.S.; FERREIRA, H.S.; *et al.* Preditores antropométricos de hipertensão arterial sistêmica em mulheres afrodescendentes. **Sci Med.**, v. 27, n. 3, jul./set. 2017.

PAVAO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 723-734, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

PEREIRA, Q.L.C.; SILVA, C.B.D.C.A; PELZER, M.T.; *et al.* Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n.2, p.320-325, jan. 2007.

PETARLI, G.B.; SALAROLI, L.B.; BISSOLI, N.S.; ZANDONADI, E. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.4, p.787-799, abr. 2015.

PICADA, H.F.S.L.; CHERUBIN, L.M.; CAMARGO, V.R. Perfil de pressão arterial e índice de massa corporal de trabalhadores do tribunal regional eleitoral na cidade de Campo Grande. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 4, n. 23, p. 474-481, set./out. 2010.

PILOTTO, L.M, CELESTE, R.K. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

PINHEIRO, P. **Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Hemoglobina Glicosilada**. 2010. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2010/06/glicemia-hemoglobina-glicosilada.htm>>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

PIRES, N.F.; PEREIRA, D.J.; DE MELO, S.E.F.C.; *et al.* Estudo da superposição de mecanismos fisiopatológicos como modelo de hipertensão arterial com repercussões cardíacas graves. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n. 2, p. 104-113, abr./jun. 2014.

PITANGA, F.J.G.; ALMEIDA, L.A.B.; FREITAS, M.M.; *et al.* Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 20, n. 6, p. 456-460, dez. 2014.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RADOVANOVIC, C.A.T.; SANTOS, L.A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S.S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em

adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-53, ago. 2014.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M; SILVA, L.S.; *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutrição**, v. 25, n. 2, p. 271-282, abr. 2012.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**, v. 28, n. 4, p. 321-4, dez. 2010.

ROLA, M.G.; FERREIRA, L.B. Polimorfismos genéticos associados à hipertensão arterial sistêmica. **Univ. Ci. Saúde**, v. 6, n.1, p. 57-68, 2008.

RONDINELLI, E.; MOURA NETO, R.S. Perspectivas futuras: o papel da genética na abordagem do indivíduo hipertenso. **Revista da SOCERJ**, v. 16, n.1, p. 77-83, 2003.

SÁ, R.C.; NAVAS, E.A.F.A.; ALVES, S.R. Diabetes mellitus: avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, jul. 2014.

SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G.; *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013.

SALES, F.M.S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle de dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 175-184, fev. 2008.

SANTA-CLARA, H.; PINTO, I.; SANTOS, V.; *et al.* Atividade física e exercício físico: especificidades no doente cardíaco. **Rev. fatores de Risco**, v. 35, p. 28-35, jan./mar. 2015.

SANTOS, A.A.; DUTRA, B.A.; SANTOS, C.B.; *et al.* Educação em saúde na prevenção de hipertensão arterial na adolescência: relato de experiência. **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n.9, p. 3212-6, set. 2014.

SANTOS, A.F.; MACHADO, R.R.; MENEZES, M.G.V. Fatores de risco predominantes na população com síndrome coronariana aguda. **Rev. Saúde.Com**, v. 14, n. 2, p. 1146-1152, 2018.

SANTOS, E.C.; SCALA, L.N.; SILVA, A.C. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. **Rev Bras Hipertens.**, v. 22, n. 3, p. 100-5, 2015.

SANTOS, F.L.G. **Avaliação da função visual de pessoas com hipertensão arterial atendidas no programa de controle da unidade básica de saúde da Universidade Federal do Amapá.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá. Macapá, 2012.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Rev Rene online**, v. 9, n. 1, p. 60-68, jan./mar. 2008a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027961008>>. Acesso em 23 de agosto de 2019.

_____. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto enferm.**, v. 17, n.1, p. 90-97, jan./mar. 2008b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100010&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 23 de fevereiro de 2020.

SARNO, F.; MONTEIRO, C.A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 788-796, Out. 2007

SCALA, L.C.N. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. **Rev. Hipertensão**, v. 17, p. 3-4, 2014.

SCHNEIDER, B.C.; DURO, S.M.; ASSUNÇÃO, M.C.F. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3583-3592, ago. 2014

SILVA, D.C.G.; SAGHETO, W.; AMARAL, F.C.S.; *et al.* Consumo de bebidas açucaradas e fatores associados em adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 899-906, mar. 2019.

SILVA, E.C.S.; MARTINS, M.S.A.S.; GUIMARÃES, L.V.; *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 19, n. 1, p. 38-51, mar. 2016.

SILVA, G.M.; LEO, L.S. O Paradoxo da mistura: Identidades, desigualdades e percepção de discriminação entre brasileiros pardos. **RBCS**, v. 27, n. 80, p. 117-133, out. 2012.

SILVA, J.L.L.; ALMEIDA, J.H.A.; SOARES, R.S.; *et al.* Hipertensão arterial e estilo de vida

de trabalhadores aquaviários. **Rev. Rene**, v.16, n. 6, p. 790-8, nov./dez. 2015.

SILVA, M.L.B.; BOUSFIELD, A.B.S. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas psicol.**, v. 24, n. 3, p. 895-909, set. 2016.

SILVA, P.C.S.; FAVA, S.M.C.L.; MACHADO, J.P.; *et al.* Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene**, v. 15, n. 6, p. 1016-23, nov./dez. 2014.

SILVA, P.T.; PATIAS, L.D.; ALVAREZ, G.C.; *et al.* Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. **Arq Bras Cir Dig.**, v. 28, n. 4, p. 270-273, dez. 2015.

SILVA, S.M.C.S. Empowerment na prevenção e tratamento do hipertenso: uma abordagem nutricional. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 19, n. 3, jul./set. 2016.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.F.S.B.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 50, n. 1, p. 50-58, 2016.

SILVA, T.A.N.; AQUINO, L.J.; FERNANDES, V.L.S.; *et al.* Fatores de riscos para doenças cardiovasculares em docentes de ensino superior: revisão de literatura. **Revista Educação em Saúde**, v. 4, n. 1, 2016.

SILVEIRA, J.; SCHERER, F.; DEITOS, A.; DAL BOSCO, S.M. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 129-134, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/05.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2018.

SIQUEIRA, D.S.; RIEGEL, F.; TAVARES, J.P.; *et al.* Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. **Rev. Enf. Ref.**, v. ser IV, n. 5, p. 27-36, jun. 2015.

SOARES J.F; SIQUEIRA A.L. **Introdução à estatística médica**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2002.

SOARES, E.F.G.; PARDO, L.S.; COSTA, A.A.S. Evidências da interrelação trabalho/ocupação e hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 30, n. 1, p. 102-109, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, supl. 1, n.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2014-2015**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOUZA, D.S.M. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n. 2, p. 83-86, abr./jun. 2014.

SOUZA, D.S.M. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev Bras Hipertens**, v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.

TEIXEIRA, E.R.; LAMAS, A.R.; COSTA E SILVA, J.; MATOS, R.M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery R Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 378-384, dez. 2006.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto enferm**, v. 16, n. 2, p. 233-238, jun, 2007.

TOMASI, E.; NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; *et al.* Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1515-1524, jul. 2014

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis:diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, dez. 2004

TUOMILEHTO, J.; LINDSTRÖM J.; ERIKSSON, J.G.; *et al.* Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. **N. Engl. J. Med.**, v. 344, n. 18, p.1343-1350, 2001.

VARTANIAN, L.R.; SCHWARTZ, M.B.; BROWNELL, K.D. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta - analysis. **American Journal of Public Health.**, v. 97, n. 4, p. 667-675, 2007.

VITORINO, G.F.A.; OLIVEIRA, M.I.; ARAÚJO, H.V.S.; *et al.* Perfil de saúde e qualidade de vida de idosas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p. 900-7, nov./dez. 2015.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 21, n.2, p. 114-121, 2014.

WHELTON, P.K.; CAREY, R.M.; ARONOW, W.S.; *et al.* Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. **J Am Coll Cardiol.**, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report. **Life in the 21st century: a vision for all: WHO, 1998. Geneva: WHO, 2016.**

ZANGIROLANI, L.T.O.; ASSUMPÇÃO, D.; MEDEIROS, M.A.T.; BARROS, M.B.A. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de janeiro de 2020.

ZATTAR, L.C.; BOING, A.F.; GIEHL, M.W.C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300009>. Acesso em 13 de julho de 2018.

APÊNDICE A – Questionário



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO JUDICIÁRIO DO
ESTADO DO AMAPÁ**

QUESTIONÁRIO

COLETA DOS DADOS:

Data: ____/____/____

ID: _____

MÓDULO I- DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

<p>Q1. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> feminino</p>	<p>Q2. Cor/raça: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> mulata <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> parda</p>	<p>Q3. Idade <input type="checkbox"/> 20 a 29 anos <input type="checkbox"/> 50 a 59 anos <input type="checkbox"/> 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> 60 a 75 anos <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos</p>
<p>Q4. Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Pós-graduação</p>		<p>Q5. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado ou em união estável <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado/ divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo</p>

Q20. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr. (a) praticou? Marcar apenas um		
<input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho)	<input type="checkbox"/> Ginástica geral/pilates/ioga	
<input type="checkbox"/> Ginástica aeróbica/spinning/step/jump	<input type="checkbox"/> Futebol	
<input type="checkbox"/> Artes marciais e luta	<input type="checkbox"/> Corrida em esteira	
<input type="checkbox"/> Caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> Musculação	
<input type="checkbox"/> Hidroginástica	<input type="checkbox"/> Natação	
<input type="checkbox"/> Bicicleta/bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> Basquetebol	
<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> Dança (como objetivo de praticar atividade física)	
<input type="checkbox"/> Tênis		
<input type="checkbox"/> Corrida/cooper		
Q21. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	
Q22. No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?		
<input type="checkbox"/> Menos que 10 minutos	<input type="checkbox"/> Entre 40 e 49 minutos	
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 19 minutos	<input type="checkbox"/> Entre 50 e 59 minutos	
<input type="checkbox"/> Entre 20 e 29 minutos	<input type="checkbox"/> 60 minutos ou mais	
<input type="checkbox"/> Entre 30 e 39 minutos		
Q23. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?		
<input type="checkbox"/> Sim, todo o trajeto	<input type="checkbox"/> Sim, parte do trajeto	<input type="checkbox"/> Não
Q24. Atualmente, o (a) Sr.(a) fuma?		
<input type="checkbox"/> Sim, diariamente	<input type="checkbox"/> Sim, mas não diariamente	<input type="checkbox"/> Não
Q25. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?		
<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 15-19	<input type="checkbox"/> 7 - 40 ou +
<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 20-29	
<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 30-39	
Q26. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?		
_____ anos	<input type="checkbox"/> Não lembra	
Q27. O (a) Sr.(a) já tentou parar de fumar?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Q28. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr.(a) costuma fumar dentro de casa?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Q29. O (a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Q30. Com que frequência o (a) Sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> Menos de 1 dia por semana	
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	<input type="checkbox"/> Menos de 1 dia por mês	

MÓDULO IV – DOENÇAS CRÔNICAS E ESTADO DE SAÚDE

<p>Q31. O (a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como:</p> <p>() Muito bom () Ruim</p> <p>() Bom () Muito ruim</p> <p>() Regular</p>
<p>Q32. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem pressão alta?</p> <p>() Sim () Não () Não lembra</p>
<p>Q33. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida?</p> <p>() Há menos de 6 meses () Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p>() Entre 2 anos e menos de 3 anos () 3 anos ou mais</p> <p>() Entre 6 meses e menos de 1 ano () Nunca</p>
<p>Q34. Atualmente, o (a) Sr. (a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>Q35. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial?</p> <p>() Há menos de 6 meses () Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p>() Entre 6 meses e menos de 1 ano () Há 3 anos ou mais</p> <p>() Entre 1 ano e menos de 2 anos () Nunca recebeu</p>
<p>Q36. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem diabetes?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>Q37. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?</p> <p>() Há menos de 6 meses () Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p>() Entre 6 meses e menos de 1 ano () Há 3 anos ou mais</p> <p>() Entre 1 ano e menos de 2 anos () Nunca fez</p>
<p>Q38. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?</p> <p>() Mensalmente () Uma vez</p> <p>() A cada 2 meses () Nunca recebeu</p> <p>() De 2 a 4 vezes</p>
<p>Q39. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>Q40. Seus pais e ou irmãos são portadores de diabetes e ou hipertensão?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>Q41. Seus pais e ou irmãos já foram acometidos de infarto e ou acidente vascular encefálico (derrame)?</p> <p>() Sim () Não</p>

MÓDULO V- EDUCAÇÃO EM SAÚDE – TJAP**Q42. Você participou de alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP?** Sim Não**Q43. Quais das ações de educação em saúde Sr.(a) participou?**

- Ações de saúde
- Exames periódicos - Portaria nº 35020/2012 – GP
- Perfil de saúde
- Atendimento médico

Q44. Já leu e costuma ler o informe saúde, divulgado via email? Sim Não**Q45. Como o (a) Sr.(a) avaliam a ações de saúde promovidas pelo TJAP**

- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória

Q46. Alguma ação de educativas em saúde promovida no TJAP influenciou em alguma mudança em estilo de vida Sim Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE****FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO JUDICIÁRIO DO
ESTADO DO AMAPÁ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO AMAPÁ”**. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto das ações educativas em saúde desenvolvidas no âmbito do Tribunal de Justiça do Amapá, nos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar do preenchimento do questionário, que será individual, bem como, permitir a aferição da pressão arterial, circunferência abdominal, altura, peso e glicemia capilar em jejum, em data previamente agendada a sua conveniência e em local reservado. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar a atual problemática inerente ao aumento da exposição dos trabalhadores aos fatores de riscos da hipertensão arterial sistêmica, com foco em especial, para o impacto das ações de educação em saúde no controle da doença, bem como acarretar uma discussão acerca de medidas efetivas que promovam maior qualidade de saúde/vida a sociedade e contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos, auxiliando gestores, profissionais e estudantes da área da saúde e afins, além de servir de suporte bibliográfico para novas pesquisas. Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, em virtude das informações coletadas via questionário e serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o (a) Sr. (a) receberá uma cópia.

Os benefícios da pesquisa são a discussão acerca de medidas efetivas que promovam

maior qualidade de saúde/vida a sociedade, em especial para fatores de riscos da hipertensão arterial sistêmica.

O (a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone nº (96) 99154-8970 (celular) e no email edinaldosic@gmail.com. O senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Desde já agradecemos!

Eu _____

(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada **“FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO AMAPÁ”**”.

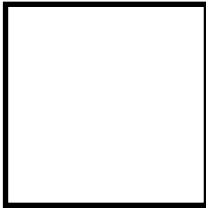
Macapá, _____ de _____ de 201__

Edinaldo Siqueira da Costa
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Participante

Caso o paciente esteja impossibilitado de assinar:

Eu _____, abaixo assinado, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para o (a) paciente _____, o (a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.



Polegar direito (caso não assine).

Testemunha n°1: _____

Testemunha n°2: _____

ANEXO A – Parecer do CEP/UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: IMPACTO NOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DOS TRABALHADORES DO JUDICIÁRIO

Pesquisador: EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97733318.8.0000.0003

Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.955.665

Apresentação do Projeto:

Conforme o parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
UF: AP Município: MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 2.955.665

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1199330.pdf	10/10/2018 13:56:38		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/10/2018 13:50:13	EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	10/10/2018 13:48:44	EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA	Aceito
Outros	questionario.pdf	03/09/2018 08:42:37	EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/09/2018 08:40:21	EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	03/09/2018 08:31:17	EDINALDO SIQUEIRA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 10 de Outubro de 2018

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
UF: AP Município: MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br