FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ARTIGO ORIGINAL

COSTA, Edinaldo Siqueira da ¹

SILVA, Silvana Rodrigues da ²

COSTA, Edinaldo Siqueira da. SILVA, Silvana Rodrigues da. **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica: Avaliação da efetividade das ações de educação em saúde.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 08, Vol. 12, pp. 171-193. Agosto de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/hipertensao-arterial-sistemica>

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 é a principal ferramenta de modificações de hábitos e estilo de vida, fundamentais no processo preventivo para essa patologia. O objetivo desta pesquisa foi analisar a influência das ações educativas em saúde sobre hipertensão arterial sistêmica na mudança do estilo de vida dos servidores do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. O estudo contou com a participação de 255 servidores e utilizou-se um questionário para coleta de dados, que foram analisados

¹ Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá/Brasil.

² Enfermeira, Doutora em Educação, Docente na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Departamento de Enfermagem, Macapá/Brasil.

através do SPSS versão 22 (IBM SPSS, USA). Observou-se que 54,1% eram do sexo feminino, 66,3% de cor parda, 33,7% com idade entre 40 a 49 anos, 47,8% possuíam nível superior e 59,6% eram casados ou viviam em união estável. O Índice de Massa Corporal mostrou que 48,2% estavam com sobrepeso, 64,7% apresentavam circunferência abdominal aumentada e 10,6% tinham valores de glicemia capilar ≥ 99 mg/dL. Quanto à 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, dos quais 60,4% consideraram as mesmas satisfatórias e 44,7% consideraram que não houve influência sobre mudança de estilo de vida. Concluiu-se que as ações de educação em saúde estão impactando parcialmente na mudança de hábitos dos servidores, pois os índices dos fatores de risco ainda despertam preocupação.

Palavras-chave: Educação em saúde, hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco.

1. INTRODUÇÃO

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

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, as quais representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo na última década, sendo responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes (SILVA *et al.*, 2016a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 600 milhões de pessoas tivessem HAS e que ocorreriam 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença (MALTA *et al.*, 2017).

De acordo com Zangirolani *et al.* (2018), a HAS apresenta elevada prevalência no Brasil, com ocorrência entre 22% e 44% em adultos, aumentando com a idade e podendo chegar a 68% em idosos. Malachias *et al.* (2016) afirmam que a HAS atinge

32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. No município de Macapá, dados 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 possuíam diagnóstico médico de hipertensão arterial.

Os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica são idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016). Silva *et al.* (2016a) acrescentam ainda, com base no *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI), o sobrepeso, o tabagismo e o estresse.

Quanto ao processo terapêutico e prevenção da hipertensão, as modificações de estilo de vida são de fundamental importância para que os medicamentos resultem em níveis adequados de pressão arterial (SILVA *et al.*, 2016b). Dessa forma, faz-se necessário garantir a implementação das diretrizes para o tratamento da HAS envolvendo ações de educação, de mudança do estilo de vida e garantia de acesso aos medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A educação em saúde é uma importante ferramenta nas esferas de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente quando trata de doenças crônicas como a hipertensão arterial, morbidade cujo avanço é crescente e leva ao risco de agravamento à saúde (GUERRA *et al.*, 2016). Assim sendo, a educação em saúde é um instrumento importante no combate aos fatores de risco e/ou controle da hipertensão arterial sistêmica.

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.

As ações de educação em saúde são de alta importância, uma vez que é considerada um dos principais instrumentos de prevenção da HAS, atuando na promoção da saúde com foco no estímulo a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, refletindo em uma maior qualidade de vida. 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 trabalhadores 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 maior qualidade de vida aos servidores 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 hipertensão arterial sistêmica, por contribuir para elaboração/implantação de ações de possibilitem a redução da exposição à doença e promovam maior qualidade de saúde/vida a esses trabalhadores. Além disso, demonstrar a importância da educação em saúde na prevenção da HAS diminui o custo médico-social do Brasil e melhora a saúde das pessoas afetadas, bem como contribui para o desenvolvimento de novos conhecimentos, auxiliando gestores, profissionais e estudantes da área da saúde e afins, servindo também de suporte bibliográfico para novas pesquisas.

Neste contexto, o objetivo geral do estudo foi analisar a influência das ações educativas em saúde que são promovidas no âmbito do Tribunal de Justiça do Amapá, na mudança do estilo de vida dos trabalhadores, com o fim de diminuir os fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido no Tribunal de Justiça do Estado do Amapá – TJAP, tendo como amostra populacional 680 servidores lotados nas Comarcas das cidades de Macapá e Santana. Desse total, 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 confiança de 95% (IC95%) e 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.

O instrumento de coleta de dados adotado para pesquisa foi o questionário estruturado, elaborado a partir dos já utilizados pelo Ministério da Saúde na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) e Vigitel (2016), posto que continham blocos com perguntas sobre variáveis que envolvem os fatores de risco para hipertensão, como: dados 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.

Os questionários foram individuais e após o preenchimento foram feitas as aferições de pressão arterial, circunferência abdominal, altura e peso e glicemia capilar em jejum. A coleta de dados realizou-se com agendamento prévio, onde os participantes foram orientados quanto à necessidade de estarem em jejum, uso de vestimentas leves, sem acessórios e calçados, além de bexiga vazia, não ter praticado exercícios físicos e fumado há pelo menos 60 minutos antes da coleta.

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 sócio-demográficas, 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.

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação sob o CAAE 9773318.8.0000.0003. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e métodos, com garantia do anonimato e da livre participação, assim assinando o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da coleta de dados.

3. RESULTADOS

A partir dos dados obtidos dos questionários aplicados aos 255 servidores, pôde-se observar os perfis sociodemográfico e clínico, estilo de vida e influência das ações de educação em saúde.

Quanto ao perfil sociodemográfico, o sexo feminino (54,1%) sobressaiu-se em relação ao masculino (45,9%), 66,3% se autodeclararam pardos, 33,7% possuíam idade entre 40 a 49 anos, 47,8% detinham nível superior e 59,6% eram casados ou viviam em união estável (tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, formulário de pesquisa 2019.

Variáveis		fn(n=255)	f%
Sexo	Feminino	138	54,1
	Masculino	117	45,9
Cor/raça	Parda	169	66,2

	Branca	68	26,6
	Preta	6	2,4
	Mulata	6	2,4
	Amarela	6	2,4
Idade	20 a 29	9	3,5
	30 a 39	76	29,8
	40 a 49	86	33,7
	50 a 59	69	27,1
	60 a 75	15	5,9
Escolaridade	Superior completo	122	47,8
	Pós-graduação	84	32,9
	Ensino médio completo	24	9,4
	Superior incompleto	20	7,8
	Médio incompleto	3	1,2
	Fundamental incompleto	2	0,8
Estado civil	Casado ou em união estável	152	59,6
		72	28,2
	Solteiro	29	11,4
	Separado/ divorciado	2	0,8
	Viúvo

Nos dados físicos e clínicos, 48,2% dos indivíduos apresentaram IMC entre 25 a 29 Kg/m² e 27,6% 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 (tabela 2).

Tabela 2. Características físicas e clínicas, formulário de pesquisa 2019.

Variável		fn(n=255)	%
IMC	< 25	69	27,1
	25 a 29	123	48,2
	≥ 30	63	24,7
Circunferência abdominal	< 94 cm (M) e 80 cm (F)	90	35,3
	≥ 94 cm (M) e 80 cm (F)	165	64,7
Glicemia capilar	< 99	188	73,7
	≥ 99	67	26,3
Pressão Arterial	< 120 e/ou 80	149	58,8
	≥ 121 a 139 e/ou 81 a 89	37	14,6
	≥ 140 e/ou 90	69	27,6

Em relação à prática de atividades físicas, 21,6% responderam que não praticaram nenhum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos três meses. Entre os que realizavam atividade física, 34,5% praticavam atividades por 3 a 4 dias semanais, onde 31,4% declararam que a duração era superior a 60 minutos diários e que 83,9% dos participantes não faziam o percurso até o trabalho a pé ou de bicicleta. Em relação ao hábito de fumar, 97,6 % relataram não estar fumando atualmente, porém 50,2% consumiam bebida alcoólica, dos quais 17,3% fazem consumo de 1 a 2 dias por semana (tabela 3).

Tabela 3. Hábitos e estilo de vida, formulário de pesquisa 2019.

Variáveis		n	%
Praticou algum tipo de exercício físico ou esporte, últimos três meses	Sim	200	78,4
	Não	55	21,6
Dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte	1 a 2 dias por semana	72	28,2
	3 a 4 dias por semana	88	34,5
	5 a 6 dias por semana	41	16,1
	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	5	2,0
Quanto tempo dura esta atividade	Menos que 10 minutos	1	0,4
	Entre 10 e 19 minutos	7	2,7
	Entre 20 e 29 minutos	10	3,9
	Entre 30 e 39 minutos	25	9,8
	Entre 40 e 49 minutos	34	13,3
	Entre 50 e 59 minutos	51	20
	60 minutos ou mais	80	31,4

Faz algum trajeto a pé ou de bicicleta	Sim, todo o trajeto	14	5,5
	Sim, parte do trajeto	27	10,6
	Não	214	83,9
Fuma atualmente	Sim, diariamente	2	0,8
	Sim, mas não diariamente	4	1,6
	Não	249	97,6
Quantos cigarros fuma por dia	1-4	1	0,4
	5-9	1	0,4
	10-14	1	0,4
	15-19		
	20-29		
	30-39		
	7 - 40 ou +		
Costuma consumir bebida alcoólica	Sim	128	50,2
	Não	127	49,8
Costuma consumir alguma bebida alcoólica com que frequência	1 a 2 dias por semana	44	17,3
	3 a 4 dias por semana	7	2,7
	5 a 6 dias por semana	1	0,4
	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	0	0

	Menos de 1 dia por semana	40	15,7
	Menos de 1 dia por mês	44	17,3

Quanto à variável de educação em saúde no TJAP, 76,1% declararam ter participado de alguma atividade preventiva ou educativa em saúde e 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 e 49% alegaram que as ações não influenciaram em nenhuma mudança em seu estilo de vida (tabela 4).

Tabela 4. Ações de educação em Saúde no Tribunal de Justiça do Amapá, formulário de pesquisa 2019.

Variáveis		n	%
Participou de alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP	Sim	194	76,1
	Não	60	23,5
Já leu e costuma ler o Informe Saúde, divulgado via e-mail	Sim	161	63,1
	Não	93	36,5
Como avaliam as ações de saúde promovidas pelo TJAP	Satisfatória	154	60,4
	Pouco satisfatória	88	34,5
	Insatisfatória	13	5,1
Alguma ação de educação em saúde promovida no TJAP influenciou em alguma mudança em estilo de vida	Sim	130	51
	Não	125	49

4. DISCUSSÃO

A maior participação feminina no estudo (54,1%) corrobora com a maioria dos estudos realizados por amostras aleatórias que estejam relacionados à HAS. 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, pois, segundo Guimarães, Brito e Barone (2016), a composição da população economicamente ativa alterou-se de maneira significativa, com uma inflexão célere do engajamento feminino no mercado de trabalho.

Políticas como a do Conselho Nacional de Justiça, que publicou a Resolução CNJ nº 255 instituindo a Política Nacional de Incentivo à Participação Institucional 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, representaram maior percentual na pesquisa. Somado a todos esses fatores, podemos fazer ressalva ainda à herança cultural de serem as mulheres mais interessadas nos cuidados com saúde dos que os homens.

O sexo masculino por sua vez, apresentou níveis pressóricos superiores, com 33,3% apresentando PA ≥ 140 e/ou 90 mmHg, contra 21,7% do sexo feminino. Segundo Silva *et al.* (2016a), quanto à prevalência da HAS entre os sexos, as mulheres podem ter 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.

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 se mostram um forte indício da doença, motivo pelo qual os percentuais do estudo foram analisados sob essa óptica (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Os índices da supramencionados contrariam os dados da Pesquisa Nacional de Domicílios e de inquérito telefônico nacional. 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) relatam 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%, mostrando que o sexo não é determinante na prevalência da hipertensão arterial sistêmica.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, a cor parda foi a segunda raça predominante no Brasil, correspondendo a 45% da população. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, a prevalência de hipertensão arterial autorreferida para a população brasileira foi de 20% em pardos, percentual menor quando comparada com os brancos, que foi de 22,1% e pretos, com 24,2%. No trabalho de Chagas e Almeida (2016), realizado 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.

Quanto à idade, apenas 5,9% apresentaram idade ≥ 60 anos de idade, mas somando com os de idade entre 50 e 59 anos, o percentual sobe para 33%, sinalizando para um aumento significativo de servidores idosos no decorrer de uma década no TJAP. As literaturas científicas somadas aos estudos relacionados a HAS são uníssonas acerca da elevação da pressão arterial sistêmica com o aumento da idade. Malachias *et al.* (2016) asseguram que 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. Diante desse cenário, políticas efetivas de prevenção e ou de atendimento aos portadores de hipertensão necessitam se promovidas com fim de garantir maior qualidade de vida a esses servidores.

Lobo *et al.* (2017) verificaram em seu estudo maiores prevalências de hipertensão arterial nas pessoas com menor escolaridade, independentemente dos anos estudados e do sexo. No presente estudo, 80,7% dos participantes possuíam nível superior completo e/ou pós-graduação, o que poderia ser visto como um importante fator de impacto positivo nos índices da HAS, à medida que esse perfil educacional contribuiria para promoção de percentuais menores da doença, consequentemente, pela maior capacidade de acesso a informações sobre a doença e das medidas preventivas dos fatores de risco. Mas, os resultados da pesquisa não confirmam esse cenário, pois os percentuais dos fatores de risco da HAS mostraram-se elevados.

Para a variável estado civil predominam os casados ou em união estável. Barreto e Marcon (2014) afirmam que a família tem um papel importante na adesão ao tratamento, uma vez que serve de suporte para seus membros que estejam em situação de doença, compreendendo as transformações necessárias relacionadas à condição crônica e estando sujeita a ajustes indispensáveis.

A análise do IMC mostrou que a maioria dos participantes apresentavam sobrepeso e obesidade. A gordura corporal em excesso é um fator de risco para o desenvolvimento da HAS, pois está relacionada a diferentes mecanismos de elevação de níveis pressóricos, dos quais pode-se destacar, segundo Padilha *et al.* (2017, p. 2) “a hemodinâmica alterada, comprometimento da homeostase do sódio, disfunção renal, desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, alterações endócrinas, estresse oxidativo e inflamação e lesão vascular”.

Em relação dos resultados da glicemia capilar em jejum, uma média de 10% apresentou valores ≥ 99 mg/dL. 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.

Quanto a pressão arterial, no estudo de Malachias *et al.* (2016) com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras, observou-se a prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%). Mas o presente estudo mostrou uma inversão nesse predomínio, onde 16,2% dos homens e 13% das mulheres

apresentaram PA ≥ 121 a 139 e/ou 81 a 89 mmHg e 33,3% dos homens e 21,7% das mulheres estavam com PA ≥ 140 e/ou 90 mmHg, valores compatíveis com pré-hipertensão e hipertensão, conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial (2016).

A respeito da prática de atividade física, 78,4% disseram terem praticado nos últimos três meses. Tal percentual foi superior à média nacional, pois os dados do Ministério da Saúde obtidos através de um estudo populacional da Vigitel apontaram que:

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%). (BRASIL, 2019, p. 56)

É consenso, entre pesquisadores, que programas regulares de atividade física são atualmente reconhecidos como fator necessário na terapia de pacientes hipertensos, sendo a recomendação baseada em diversos estudos, os quais indicam que o exercício físico contribui para a diminuição da pressão arterial em repouso de indivíduos hipertensos (BOTTCHEER; KOKUBUN, 2017). 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 (BARBOSA *et al.*, 2019).

Destaca-se que apenas 5,5% dos participantes do estudo costuma fazer o trajeto de ida e ou volta do trabalho a pé ou de bicicleta. 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 (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Surpreende o fato do estudo mostrar percentuais tão positivos de servidores praticando atividade física e ao mesmo tempo possuírem IMC e CA elevados, deixando uma incompatibilidade entre os resultados. O ideal seria que essas variáveis apresentassem resultados divergentes ao invés de convergentes, 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.

Quanto ao uso de cigarro, a quase totalidade dos participantes não fuma e declaram também não morar com pessoas que costumam fumar dentro de casa. Tal resultado foi impactante positivamente na pesquisa, já que de 255 pessoas apenas 6 fumam. 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.

O consumo de bebida alcoólica foi admitido por 50,2% dos participantes, sendo que 40,6% ingeriam de 1 a 2 dias por semana e 20,4% de 3 ou mais dias por semana. 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. Malachias *et al.* (2016) informam 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.

Em relação à participação em alguma atividade preventiva ou educativa em saúde no TJAP, mais de dois terços dos participantes firmaram que sim. Machado *et al.* (2016) informam que órgãos internacionais, como a *World Health Organization* (WHO) e a *American Heart Association* (AHA), divulgaram documentos com estratégias que objetivam reduzir os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares,

entre as quais podem-se destacar as intervenções educativas. Guerra *et al.* (2016) afirmam 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. Janini, Bessler e Vargas (2015) corroboram assegurando que a educação possui um papel importante na promoção da saúde, pois funciona como um condutor de transformação no comportamento, práticas pessoais, autonomia e qualidade de vida de cada indivíduo.

A educação em saúde é sem dúvida um dos principais veículos de promoção da saúde, ajudando no desenvolvimento da responsabilidade dos indivíduos com sua qualidade de vida, por meio da adoção de comportamentos que promovam a prevenção de doenças.

Quando perguntado se liam o informe saúde, divulgado via e-mail, 36,5% declararam que não. O informe saúde é uma das principais ferramentas de divulgação de combate a fatores de risco para saúde promovidos pelo TJAP, que 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.

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 (SANTOS; LIMA, 2008).

Quando questionados acerca da avaliação das ações de saúde promovidas pelo TJAP, 60,4% consideraram satisfatórias e 34,5% como pouco satisfatória. Além disso,

49% dos servidores informaram as ações de saúde não influenciaram em nenhuma mudança em seu estilo de vida.

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, 2008).

A Atenção Primária à Saúde compõe uma área estratégica de controle da HAS, onde as ações educativas são uma ferramenta importante para instigar mudanças no estilo de vida dos indivíduos e assim reduzir os fatores de risco cardiovascular. Machado *et al.* (2016) discorrem que estudos têm analisado a importância, efetividade e limitações dessas estratégias, e os resultados observados demonstram a ocorrência de diminuição da PA, do peso corporal e da circunferência da cintura, assim como melhora do perfil lipídico e glicose, mudanças no consumo alimentar e melhor conhecimento acerca do processo saúde-doença-cuidado.

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 a adesão terapêutica (SILVA; BOUSFIELD, 2016).

5. CONCLUSÃO

A hipertensão arterial sistêmica multifatorial possui 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.

O estudo demonstrou que 27,5% dos servidores do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá apresentaram valores de pressão arterial compatíveis com hipertensão. A análise dos seus fatores de risco e dos aspectos sociodemográficos demonstraram que alguns resultados divergiram dos resultados de outros estudos e das literaturas referências do tema.

Os dados também permitem um alerta em relação ao binômio homem-saúde, com o desenvolvimento de uma política de saúde de incentivo para que estes tenham uma maior e mais responsável vigilância sobre sua saúde com busca de hábitos de vida saudáveis, à medida que os resultados mostraram que seus índices de pressão arterial estão acima da média de outros estudos.

A escolaridade é vista como uma importante ferramenta no processo de educação em saúde, pois acredita-se que indivíduos que possuem maior nível de escolaridade detenham maior capacidade de acesso a informações sobre a doença e medidas preventivas dos fatores de risco. A confirmar essa afirmativa, estudos associam maiores prevalências de HAS nas pessoas com menor escolaridade, 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 pós-graduação, porém, não se observou impacto nos índices quando comparado a outras pesquisas que detinham populações com menos anos de estudo.

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 de pressões arteriais com valores compatíveis com hipertensão arterial.

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.

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 dispor de maior acesso e facilidade de apreensão das informações de saúde, posto que o conhecimento sobre a doença e suas causas é de grande importância para que as pessoas previnam seus fatores de risco.

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, faz-se necessário um estudo que avalie melhor a frequência e qualidade dessas atividades. Porém, é uma prática que precisa ser sempre estimulada, dado os 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. 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 familiar.

A elevada prevalência de fatores de risco para HAS e expressivo percentual de servidores que avaliam as 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, são 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 importantíssimo, dado o elevado risco de agravo à saúde.

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.

6. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Alice Regina Costa; CARVALHO, Bianca de Moura Peloso; PARAIZO, Camila Maria Silva; *et al.* Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. *Journal Health NPEPS*, Mato Grosso, 4(2):90-103, 2019.

BARRETO, Mayckel da Silva; MARCON, Sonia Silva. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Contexto Enferm.*, Florianópolis, 23(1):38-46, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em 3 de janeiro de 2020.

BOTTCHER, Lara Belmudes; KOKUBUN, Eduardo. Comparação dos níveis de aptidão física entre hipertensos e normotensos. *Rev. Bras. Med. Esporte*, São Paulo, 23(2):114-17, 2017.

BRASIL. 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: MS, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. 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. *Vigitel 2018*. Brasília: MS, 2019.

_____. 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: IBGE, 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

CAVALCANTI, Marcos Vinicius de Araújo; OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de; MEDEIROS, Anna Cecília Queiroz de; TÁVORA, Rafaela Carolini de Oliveira. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 40:e20180115, 2019.

CHAGAS, Jéssica Andréa Silva das; ALMEIDA, Ariely Nunes Ferreira de. Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte. *Estação Científica (UNIFAP)*, Macapá, 6(2):105-116, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/2721>>. Acesso em 7 de agosto de 2019.

GUERRA, Grazia Maria; WEN, Chao Lung; MOTTA, Raquel Acciarito; *et al.* Elaboração e implementação do Portal E-Care da hipertensão para educação em saúde. *Rev. Bras. Hipertens.*, São Paulo, 19(3):4-5, 2016.

GUIMARÃES, Nadya Araújo; BRITO, Murillo Marschner Alves de; BARONE, Leonardo Sangali. Mercantilização no feminino: a visibilidade do trabalho das mulheres no Brasil. *RBCS*, São Paulo, 31(90):17-39, 2016.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 39(105):480-490, 2015.

LOBO, Larissa Aline Carneiro; CANUTO, Raquel; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; PATTUSSI, Marcos Pascoal. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 33(6):e00035316, 2017.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MOREIRA, Tiago Ricardo; SILVA, Luciana Saraiva da. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(2):611-620, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n2/611-620/pt>>. Acesso em 18 de julho de 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar; SOUZA, Weimar; PLAVNIK, Frida Liane; *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, Rio de Janeiro, 107(3):1-104, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 51(supl.1):11, 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.

MUNHOZ, Tiago; SANTOS, Iná; NUNES, Bruno; *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*, Rio de Janeiro, 33(7):e00104516, 2017.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; MENDES, Miguel; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar; *et al.* 2017 Guidelines for Arterial Hypertension Management in Primary Health Care in Portuguese Language Countries. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 109(5):389-396, 2017.

PADILHA, Bruna Merten; DINIZ, Alcides da Silva; FERREIRA, Haroldo da Silva; *et al.* Preditores antropométricos de hipertensão arterial sistêmica em mulheres afrodescendentes. *Sci. Med.*, Porto Alegre, 27(3):ID27527, 2017.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso dos; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCON, Sonia Silva. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 22(4):547-53, 2014.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Hélder de Pádua. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev. Rene*, Fortaleza, 9(1):60-68, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027961008>>. Acesso em 23 de agosto de 2019.

SILVA, Elcimary Cristina; MARTINS, Maria Silvia Amicucci Soares; GUIMARÃES, Lenir Vaz; *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, 19(1):38-51, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de janeiro de 2020.

SILVA, Mariana Luíza Becker da; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva. Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, 24(3): 895-909, 2016.

SILVA, Sandra Maria Chemin Seabra da; GALISA, Mônica Santiago; TCHAKMAKIAN, Lucy Aintablian; *et al.* Empowerment na prevenção e tratamento do hipertenso: uma abordagem nutricional. *Rev. Hipertensão*, São Paulo, 19:35-39, 2016b.

ZANGIROLANI, Lia Thieme Oikawa; ASSUMPÇÃO, Daniela de; MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. 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*, Rio de Janeiro, 23(4):1221-1232, 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.

APÊNDICE – TABELAS EM INGLÊS

Table 1.

Variables		fn(n=255)	f%
Sex	Female	138	54.1
	Male	117	45.9
Color / race	Parda	169	66.2
	White	68	26.6
	Black	6	2.4
	Mulatto	6	2.4
	Yellow	6	2.4
Years old	20 to 29	9	3.5
	30 to 39	76	29.8
	40 to 49	86	33.7

	50 to 59	69	27.1
	60 to 75	15	5.9
Education	Graduated	122	47.8
	Postgraduate	84	32.9
	Complete high school	24	9.4
	Incomplete higher	20	7.8
	Incomplete high school	3	1.2
	Incomplete elementary school	2	0.8
Marital status	Married or stable union	152	59.6
	not married	72	28.2
	Separated / Divorced	29	11.4
	Widower	2	0.8

Table 2.

Variables		fn(n=255)	%
BMI	< 25	69	27.1
	25 to 29	123	48.2
	≥ 30	63	24.7
Abdominal circumference	< 94 cm (M) and 80 cm (F)	90	35.3
	≥ 94 cm (M) and 80 cm (F)	165	64.7
Capillary glycemia	< 99	188	73.7

	≥ 99	67	26.3
Blood pressure	< 120 and/or 80	149	58.8
	≥ 121 to 139 and/or 81 to 89	37	14.6
	≥ 140 and/or 90	69	27.6

Table 3.

Variables		n	%
Practiced some kind of physical exercise or sport in the last three months	Yes	200	78.4
	No	55	21.6
How many days a week do you practice physical exercise or sport	1 to 2 days a week	72	28.2
	3 to 4 days a week	88	34.5
	5 to 6 days a week	41	16.1
	Every day (including Saturday and Sunday)	5	2.0
How long this activity lasts	Less than 10 minutes	1	0.4
	Between 10 and 19 minutes	7	2.7
	Between 20 e 29 minutes	10	3.9
	Between 30 e 39 minutes	25	9.8

	Between 40 e 49 minutes	34	13.3
	Between 50 e 59 minutes	51	20
	60 minutes or more	80	31.4
Do some walking path or by bicycle	Yes, all the way	14	5.5
	Yes, part of the way	27	10.6
	No	214	83.9
Currently smokes	Yes, daily	2	0.8
	Yes, but not daily	4	1.6
	No	249	97.6
How many cigarettes do you smoke per day	1-4	1	0.4
	5-9	1	0.4
	10-14	1	0.4
	15-19		
	20-29		
	30-39		
	7 - 40 or +		
Usually consumes alcoholic beverages	Yes	128	50.2
	No	127	49.8
How often do you consume	1 a 2 days a week	44	17.3
	3 a 4 days a week	7	2.7

alcoholic beverages	5 a 6 days a week	1	0.4
	Every day (including Saturday and Sunday)	0	0
		40	15.7
	Less than 1 day a week	44	17.3
	Less than 1 day per month		

Table 4.

Variables		n	%
Participated in some preventive or educational activity in health at TJAP	Yes	194	76.1
	No	60	23.5
Have read or usually read the Health Report, released by email	Yes	161	63.1
	No	93	36.5
How do you evaluate the health actions promoted by TJAP	Satisfactory	154	60.4
	Little satisfactory	88	34.5
	Unsatisfactory	13	5.1
Some health education action promoted at TJAP influenced a change in lifestyle	Yes	130	51
	No	125	49

Enviado: Junho, 2020.

Aprovado: Agosto, 2020.