



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM  
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO – PROPESP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM ASSOCIADO  
UEPA/UFAM - PPGENF UEPA/UFAM**



**PERFIL DE AUTOCUIDADO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE  
TRABALHADORES UNIVERSITÁRIOS, SEGUNDO VALORES DA PRESSÃO  
ARTERIAL**

**MANAUS  
2023**

**LUANA MARIA BRAZ BENEVIDES COIMBRA**

**PERFIL DE AUTOCUIDADO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE  
TRABALHADORES UNIVERSITÁRIOS, SEGUNDO VALORES DA PRESSÃO  
ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará em ampla associação com a Universidade do Estado do Amazonas, para defesa pública do exame de qualificação como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doençasna Amazônia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Noeli das Neves Toledo

Co-orientador: Prof.<sup>o</sup> Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho

**MANAUS**

**2023**

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C679p Coimbra, Luana Maria Braz Benevides  
Perfil de autocuidado, estilo e qualidade de vida de trabalhadores universitários, segundo valores da pressão arterial / Luana Maria Braz Benevides Coimbra . 2023  
57 f.: 31 cm.

Orientadora: Noeli das Neves Toledo  
Coorientador: Zilmar Augusto de Souza Filho  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Doenças cardiovasculares. 2. Hipertensão arterial sistêmica. 3. Estilo de vida. 4. Qualidade de vida. 5. Autocuidado. I. Toledo, Noeli das Neves. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

## AGRADECIMENTOS

À Deus e à Maria por me abençoarem na caminhada da vida e me darem suporte. Tenho certeza que estão ao meu lado em todos os momentos e que me sustentam quando a caminhada fica mais difícil.

Aos meus pais Liduina e Eugênio pois sem a educação que me foi proporcionada por eles eu não estaria onde estou. Os dois que, sempre com muito amor e dedicação, nunca mediram esforços para verem seus filhos bem e felizes.

Ao meu marido Felipe, que por tantas vezes acredita mais em mim do que eu mesma. Que me apoia em todos os meus projetos e me estimula a sempre buscar mais e me tornar cada dia mais capacitada no que eu faço.

Ao nosso cachorrinho Zion que por tantas vezes ficou ao meu lado em horas de estudo e madrugada a dentro.

Ao meu irmão Luan, pela amizade, amor e apoio.

Aos meus sogros Andreia e Fernando, por todo suporte e amor. Vocês são presentes de Deus em minha vida e na vida da minha família.

À minha orientadora Noeli, pela confiança, apoio, ensinamentos, conselhos e dedicação ao longo desse Mestrado. A sua calma me fez ter tranquilidade nessa caminhada.

Aos meus amigos do mestrado pelo compartilhar de conhecimento no dia a dia e momentos de alegrias.

Aos meus amigos de trabalho, pelo apoio e torcida.

Aos meus amigos de Fortaleza, São Paulo... que mesmo de longe, vibram e torcem por mim.

A todos, família e amigos, que de alguma forma estiveram presentes e contribuíram para a concretização deste sonho. Muito obrigada! Essa conquista é nossa! Amo vocês!

*“É justo que muito custe o que muito vale. ” (Santa Teresa D’Ávila)*

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 01</b> – Condições sociodemográficas dos trabalhadores universitários, conforme Hipertensão Arterial autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023 .....	<b>45</b>
<b>Tabela 02</b> – Características laborais dos trabalhadores universitários, conforme Hipertensão Arterial autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023 .....	<b>46</b>
<b>Tabela 03</b> – Perfil de saúde dos servidores universitários, segundo hipertensão autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023.....	<b>47</b>
<b>Tabela 04</b> – Análise interna do Estilo de Vida Fantástico. Manaus – AM (Brasil), 2022/2023 .....	<b>48</b>
<b>Tabela 05</b> – Distribuição da amostra segundo as dimensões do MINICHAL e score total. Manaus/Amazonas 2022-2023 .....	<b>50</b>
<b>Tabela 06</b> – Análise bruta dos fatores associados a Pressão Arterial (normal ou alterada) dos trabalhadores universitários do Amazonas - Manaus-Brasil, 2022-2023.....	<b>57</b>
<b>Tabela 07</b> – Análise ajustada, por Regressão Simples, dos fatores associados a Pressão Arterial (normal ou alterada) dos trabalhadores universitários do Amazonas – Manaus-Brasil, 2022-2023 .....	<b>58</b>

## RESUMO

**Introdução:** As Doenças Cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Quando não tratada adequadamente, a hipertensão contribui para o agravamento das condições de saúde física e mental. Na perspectiva da promoção da saúde e bem-estar, os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, bem como as desigualdades e contextos socioculturais devem ser fortemente considerados, pois o estilo de vida pode atuar como fator de risco ou de proteção no desenvolvimento da hipertensão e de outras doenças crônicas. No contexto laboral, é importante analisar o perfil de saúde dos trabalhadores, especialmente no que se refere às práticas de autocuidado para a promoção da saúde cardiovascular. **Objetivo Geral:** Analisar o perfil de autocuidado, estilo e qualidade de vida de trabalhadores universitários, com ênfase na prevalência da pressão arterial elevada e/ou hipertensão arterial autorreferida. **Método:** Estudo descritivo, transversal, com os trabalhadores vinculados a uma Instituição de Ensino Superior do estado do Amazonas. O período de coleta dos dados foi entre agosto de 2022 a fevereiro de 2023 realizado em duas etapas. A Etapa 1 foi na modalidade on-line, com envio de convites por e-mail institucional para todos os docentes e técnicos administrativos vinculados a uma das unidades acadêmicas da instituição. Os trabalhadores foram convidados a responder o instrumento, via *Google forms*, contendo questões sobre condições sociodemográficas, laborais e de saúde, incluindo Questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”. Aqueles que referiram ter diagnóstico de hipertensão foram convidados a também responder dois outros Questionários: “*Self Care of Hypertensio Index – SC-HP*” e “Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial” – *MINICHAL*. Na Etapa 2, os participantes que responderam ao instrumento *online*, foram convidados para realizar medidas antropométricas, glicemia e da pressão arterial. Os dados foram tabulados, digitados e categorizados no programa *Excel 2016*, sendo transferidos e analisados estatisticamente com o auxílio dos programas *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0 ou R 4.2.2. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial, adotando intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** os resultados estão apresentados em dois artigos, que estão foim processo de submissão em periódicos indexados. O artigo 1, com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de estilo de vida de trabalhadores universitários, segundo hipertensão arterial autorreferida, destaca-se os seguintes achados: a maioria dos participantes eram docentes (67,6%) e a prevalência de hipertensão arterial foi de 19,5%. A Idade, número de filhos, prática de fé, tempo de atuação na instituição e diabetes mellitus foram significantes quando comparados entre os grupos com ou sem hipertensão. O artigo 2 identificou que servidores do sexo masculino possuem 4,51 vezes mais chances de desenvolver hipertensão (IC 95% [1,45 – 16,3]) em comparação ao sexo feminino. Na classificação da circunferência da cintura, os trabalhadores com risco metabólico elevado possuem 4,66 vezes mais chances de desenvolver hipertensão arterial (IC 95% [1,50 – 16,6]), quando comparados àqueles classificados com risco metabólico. **Conclusão:** O estudo mostra que os trabalhadores, especialmente os do sexo masculino necessitam de maior atenção para prevenir e controlar o adoecimento pela hipertensão. Tendo em vista que o ambiente de trabalho é um dos locais que os indivíduos passam a maior parte de suas vidas, o incentivo para adoção de boas práticas de autocuidado são ações que devem compor a cultura institucional, de modo a contribuir na melhoria das condições de saúde e bem-estar dos seus colaboradores. A partir dos achados desta investigação pretende-se futuramente criar projetos que melhores essas práticas dentro da universidade ou, até mesmo, fora dela. **Contribuições para a Enfermagem:** As Instituições de Ensino Superior devem estabelecer laços mais estreitos com os seus trabalhadores, pois através da educação em saúde e incentivo a práticas preventivas, podem promover adesão a

tratamentos, cuidados individuais e consciência quanto as condições de saúde dos indivíduos, sendo atores importantes neste contexto de promoção da saúde. A Enfermagem, que tem como essência exercer o cuidado integrado e sistematizado, configura-se como importante aliada no fortalecimento das Universidades Promotoras de Saúde.

**DESCRITORES:** Doenças Cardiovasculares; Hipertensão Arterial Sistêmica; Estilo de Vida; Qualidade de Vida; Autocuidado.

## SUMMARY

**Introduction:** Cardiovascular diseases are among the main causes of death in Brazil and worldwide. When not treated properly, hypertension contributes to the worsening of physical and mental health conditions. From the perspective of promoting health and well-being, modifiable and non-modifiable risk factors, as well as inequalities and sociocultural contexts must be strongly considered, as lifestyle can act as a risk or protective factor in the development of hypertension and other chronic diseases. In the work context, it is important to analyze the health profile of workers, especially with regard to self-care practices to promote cardiovascular health. **General Objective:** To analyze the self-care profile, style and quality of life of university workers, with an emphasis on the prevalence of high blood pressure and/or self-reported hypertension. **Method:** Descriptive, cross-sectional study, with workers linked to a Higher Education Institution in the state of Amazonas. The data collection period was between August 2022 and February 2023, carried out in two stages. Stage 1 was online, with invitations sent via institutional email to all teachers and administrative technicians linked to one of the institution's academic units. Workers were invited to answer the instrument, via Google forms, containing questions about sociodemographic, work and health conditions, including the “FANTASTIC Lifestyle” Questionnaire. Those who reported having a diagnosis of hypertension were invited to also answer two other questionnaires: “Self Care of Hypertension Index – SC-HI” and “Mini-Questionnaire on Quality of Life in Arterial Hypertension” – MINICHAL. In Stage 2, participants who responded to the online instrument were invited to take anthropometric, blood glucose and blood pressure measurements. The data were tabulated, typed and categorized in the Excel 2016 program, being transferred and statistically analyzed with the help of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.0 or R 4.2.2. The analysis was carried out using descriptive and inferential statistics, adopting a 95% confidence interval. **Results:** the results are presented in two articles, which are in the process of being submitted to indexed journals. Article 1, with the aim of characterizing the sociodemographic, clinical and lifestyle profile of university workers, according to self-reported arterial hypertension, highlights the following findings: the majority of participants were teachers (67.6%) and the prevalence of arterial hypertension was 19.5%. Age, number of children, faith practice, length of service at the institution and diabetes mellitus were significant when compared between groups with or without hypertension. Article 2 identified that male employees are 4.51 times more likely to develop hypertension (95% CI [1.45 – 16.3]) compared to female employees. In the classification of waist circumference, workers with high metabolic risk are 4.66 times more likely to develop arterial hypertension (95% CI [1.50 – 16.6]), when compared to those classified as having metabolic risk. **Conclusion:** The study shows that workers, especially male workers, need greater attention to prevent and control hypertension. Considering that the work environment is one of the places where individuals spend most of their lives, encouraging the adoption of good self-care practices are actions that must form part of the institutional culture, in order to contribute to improving working conditions, health and well-being of its employees. Based on the findings of this investigation, we intend to create projects in the future that improve these practices within the university or even outside it. Contributions to Nursing: Higher Education Institutions must establish closer ties with their workers, as through health education and encouragement of preventive practices, they can promote adherence to

treatments, individual care and awareness regarding the health conditions of individuals, being important actors in this context of health promotion. Nursing, whose essence is to provide integrated and systematized care, is an important ally in strengthening Health Promoting Universities.

**DESCRIPTORS:** Cardiovascular Diseases; Systemic Arterial Hypertension; Lifestyle; Quality of life; Self-care.

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de muerte en Brasil y en el mundo. Cuando no se trata adecuadamente, la hipertensión contribuye al empeoramiento de las condiciones de salud física y mental. Desde la perspectiva de la promoción de la salud y el bienestar, se deben considerar fuertemente los factores de riesgo modificables y no modificables, así como las desigualdades y contextos socioculturales, ya que el estilo de vida puede actuar como factor de riesgo o protector en el desarrollo de hipertensión y otras enfermedades crónicas. enfermedades. En el contexto laboral, es importante analizar el perfil de salud de los trabajadores, especialmente en lo que respecta a las prácticas de autocuidado para promover la salud cardiovascular. **Objetivo General:** Analizar el perfil de autocuidado, estilo y calidad de vida de trabajadores universitarios, con énfasis en la prevalencia de hipertensión arterial y/o hipertensión arterial autoreportada. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, con trabajadores vinculados a una Institución de Educación Superior del estado de Amazonas. El período de recolección de datos fue entre agosto de 2022 y febrero de 2023, realizado en dos etapas. La etapa 1 fue en línea, con invitaciones enviadas vía correo electrónico institucional a todos los docentes y técnicos administrativos vinculados a alguna de las unidades académicas de la institución. Se invitó a los trabajadores a responder el instrumento, a través de formularios de Google, que contenía preguntas sobre condiciones sociodemográficas, laborales y de salud, incluido el Cuestionario “FANTÁSTICO Estilo de Vida”. Quienes informaron tener diagnóstico de hipertensión fueron invitados a responder también otros dos cuestionarios: “Índice de Autocuidado de Hipertensión – SC-HI” y “Mini Cuestionario sobre Calidad de Vida en Hipertensión Arterial” – MINICHAL. En la Etapa 2, los participantes que respondieron al instrumento en línea fueron invitados a tomar mediciones antropométricas, de glucosa en sangre y de presión arterial. Los datos fueron tabulados, tipeados y categorizados en el programa Excel 2016, siendo transferidos y analizados estadísticamente con ayuda del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 21.0 o R 4.2.2. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, adoptando un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** los resultados se presentan en dos artículos, los cuales se encuentran en proceso de envío a revistas indexadas. El artículo 1, con el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico, clínico y de estilo de vida de los trabajadores universitarios, según la hipertensión arterial autoreportada, destaca los siguientes hallazgos: la mayoría de los participantes eran docentes (67,6%) y la prevalencia de hipertensión arterial fue de 19,5 %. La edad, el número de hijos, la práctica religiosa, el tiempo de servicio en la institución y la diabetes mellitus fueron significativos cuando se compararon entre grupos con y sin hipertensión. El artículo 2 identificó que los empleados varones tienen 4,51 veces más probabilidades de desarrollar hipertensión (IC del 95% [1,45 – 16,3]) en comparación con las empleadas. En la clasificación de circunferencia de cintura, los trabajadores con alto riesgo metabólico tienen 4,66 veces más probabilidades de desarrollar hipertensión arterial (IC 95% [1,50 – 16,6]), en comparación con aquellos clasificados como con riesgo metabólico. **Conclusión:** El estudio muestra que los trabajadores, especialmente los varones, necesitan mayor atención para prevenir y controlar la hipertensión. Considerando que el ambiente de trabajo es uno de los lugares donde las personas pasan la mayor parte de su vida, fomentar la adopción de buenas prácticas de autocuidado son acciones que deben formar parte de la

cultura institucional, para contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar. -ser de sus empleados. A partir de los hallazgos de esta investigación pretendemos crear en el futuro proyectos que mejoren estas prácticas dentro de la universidad o incluso fuera de ella. **Aportes a la Enfermería:** Las Instituciones de Educación Superior deben establecer vínculos más estrechos con sus trabajadores, ya que a través de la educación en salud y el fomento de prácticas preventivas, pueden promover la adherencia a tratamientos, cuidados individuales y concientización sobre las condiciones de salud de las personas, siendo actores importantes en este contexto de promoción de la salud. La Enfermería, cuya esencia es brindar atención integrada y sistematizada, es un aliado importante en el fortalecimiento de las Universidades Promotoras de Salud.

**DESCRIPTORES:** Enfermedades Cardiovasculares; Hipertensión Arterial Sistémica; Estilo de vida; Calidad de vida; Cuidados personales.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 REFERENCIAL TEMÁTICO .....	15
3.1. A Hipertensão Arterial no contexto das Doenças Cardiovasculares .....	15
3.2. Saúde do trabalhador: Estilo de vida como fator de risco e proteção para o desenvolvimento de HA.....	19
3.3. Qualidade de Vida, perspectivas de melhoria na saúde e bem-estar do trabalhador .....	24
3.4. Prática de Autocuidado e sua importância para a saúde do trabalhador .....	28
3.5 Universidades Promotoras de Saúde .....	30
4 OBJETIVOS .....	31
4.1 Geral .....	31
4.2 Específicos .....	31
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	32
5.1 Delineamento da Pesquisa .....	32
5.2 Critérios de inclusão .....	32
5.3 Critérios de exclusão .....	33
5.4 Planejamento da Coleta dos Dados .....	33
5.4.1 Etapa 1 – <i>Online</i> .....	33
5.4.2 Etapa 2 - Presencial .....	35
5.5 Análise dos dados.....	40
5.6 Aspectos éticos .....	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
6.1 MANUSCRITO 1 .....	41
6.2 MANUSCRITO 2 .....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, determinando aumento da morbidade e da incapacidade ajustadas pelos anos de vida. Dados mundiais mostraram que mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa, estimando que 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2016 (31% de todas as mortes em nível global). Destes óbitos, estima-se que 85% ocorreram devido a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs)(OPAS, 2020; PRÉCOMA et al., 2019).

Neste contexto, a Hipertensão Arterial (HA) constitui importante e principal fator de risco para o desenvolvimento destas complicações cardíacas e cerebrovasculares. Classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT),constituem importante problema de saúde pública de forma global e principal causa de morte no mundo, gerando mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida, sobrecarga no sistema de saúde, impactos econômicos para as famílias e, também, para os países e seus sistemas de saúde(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, o cenário não é diferente de outros países, sendo a HA uma das DCVs mais comuns e responsável por graves complicações quando não tratada adequadamente. A HA configura-se por elevação persistente da pressão arterial (PA), com PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Cabe destacar que para obter valores pressóricos confiáveis é fundamental realizar as medidas da PA com técnica adequada e aparelho com elevado nível de confiabilidade(BARROSO et al., 2020).

Segundo a literatura os fatores de risco para o desenvolvimento das DCVs, incluindo a HA, se dividem em dois grupos, sendo eles, os fatores de risco não modificáveis, que incluem idade, sexo, grupos étnicos e antecedentes familiares portadores de HAS, enquanto os modificáveis incluem obesidade, nível de estresse, sedentarismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, etilismo e tipo de alimentação(BARROSO et al., 2020).

Além desses, há importância crescente ao papel de variáveis socioeconômicas no aparecimento, progressão e desfechos relacionados à pressão arterial. Estudos indicam que o segmento populacional do Brasil que vive em condições mais desfavoráveis está mais sujeito ao impacto da doença. E isso tem consequências importantes para o equacionamento deste problema de saúde(MILL, 2019).

As desigualdades sociais também explicam as diferenças no número de pessoas acometidas pela HA no mundo. Estudos mostram que nas nações de baixa e média renda há mais indivíduos com HA do que em populações de maior poder aquisitivo. A escolaridade também indica a posição socioeconômica das populações e, associada ao poder aquisitivo, pode resultar no desenvolvimento de hábitos de vida prejudiciais como alimentação não saudável (BARBOSA, [s.d.]). Assim, no âmbito da promoção da saúde, torna-se ainda mais relevante voltar o olhar para os diferentes contextos que os indivíduos estão inseridos, familiares e, ainda, laborais. No contexto universitário, a Universidade Promotora de Saúde pode, por exemplo, ser uma ferramenta para reduzir estes danos.

Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, sendo o principal fator de risco que pode ser prevenido e/ou controlado, com associação independente, linear e contínua para o surgimento de outras doenças cardiovasculares (DCVs), doença renal crônica (DRC) e morte prematura (BARROSO et al., 2020).

Ao considerar a sua evolução clínica permanente, bem como as complicações que podem ser geradas devido a HA, esta condição pode ocasionar à pessoa com o diagnóstico, uma série de transformações. Impactos negativos podem ocorrer no âmbito da qualidade de vida (QV) e do autocuidado, ligadas, inclusive, ao autoconceito, em função de sua possibilidade de agravo e dificuldade de aceitação e adaptação à sua nova realidade de saúde (BORGES et al., 2022). Para um controle efetivo da HA é necessário, ainda, a prática do autocuidado adequada para que situações de urgência/emergência não ocorram e para que, apesar do diagnóstico, o indivíduo consiga viver bem e continue realizando suas atividades normalmente e de forma independente.

Um dos contextos que chamam a atenção e que vem sendo objeto de estudo no mundo são os impactos negativos que podem ser gerados quando há elevada prevalência de HA no ambiente laboral. O que torna a temática ainda delicada é quando o ambiente de trabalho do indivíduo é um dos fatores que contribui para o desenvolvimento da doença e/ou das suas complicações relacionadas. Estudo realizado em cinco municípios no estado da Bahia, Brasil, concluiu que ações de redução dos estressores ocupacionais podem prevenir o adoecimento crônico associado ao trabalho, assim como proteger a saúde dos trabalhadores (NOVAES NETO; ARAÚJO; SOUSA, 2020).

Estudo conduzido no município de Montes Claros, MG, Brasil, identificou prevalência de 24,9% de HA entre os docentes da educação básica da rede pública. Houve maior chance de HA entre os mais velhos ( $p=0,000$ ), sem pós-graduação ( $p=0,047$ ), atuantes também na rede privada ( $p=0,021$ ), que consumiam elevada quantidade de sal ( $OR= 1,748; 1,142-2,677; p=0,010$ ), tinham sobrepeso ( $p=0,003$ ) ou obesidade ( $p=0,000$ ) e com razão cintura quadril elevada ( $p=0,015$ ). O estudo concluiu que o perfil ocupacional docente exerce influência sobre o aumento da prevalência da HA, mesmo após ajuste por variáveis reconhecidamente associadas à comorbidade (VIEIRA et al., 2020).

Investigação, também conduzida com trabalhadores entre docentes, em Natal e Mossoró, no Rio Grande do Norte, Brasil, com mulheres, doutoras, com contratos efetivos e jornada de 40 horas com dedicação exclusiva, demonstrou que as condições de trabalho docente nas universidades públicas são desgastantes e trazem influxos no adoecimento desses trabalhadores, embora, comumente, os nexos entre a vida laboral e a situação de saúde não estejam formalmente estabelecidos e registrados, e/ou nem sempre sejam visibilizados ou mesmo passíveis de constatação por parte dos próprios docentes (VASCONCELOS; LIMA, 2021).

Estudo de Revisão Integrativa da Literatura concluiu que o ambiente, a carga e o turno de trabalho influenciam significativamente no surgimento da HA, sendo importante planejar ações promotoras de saúde e bem-estar (RAMOS; SANTOS, 2022).

Estudo de revisão, evidenciou associação entre fatores ocupacionais e hipertensão (ANDRADE; FERNANDES, 2016). Assim, as mudanças no mundo laboral têm afetado a saúde dos trabalhadores de diferentes formas, inclusive no que se refere a potencializar o risco para desenvolver HA ou mesmo na condição de negligenciá-la quando a doença está instalada.

Nesta perspectiva, é de suma importância identificar os trabalhadores que possuem risco para desenvolver HA e suas comorbidades associadas, bem como acompanhar aqueles com a doença já instalada. Conhecer os fatores que contribuem ou que prejudicam a qualidade e o estilo de vida, com o propósito de implementar medidas que possam minimizar ou eliminar os fatores de risco presentes e fortalecer as boas práticas de autocuidado, seja no local de trabalho, familiar e/ou social (FREITAS CM ET AL, 2018; MOURA et al., 2015; RASCÓN et al., 2016).

Ao considerar as diversas categorias profissionais, este projeto pretendeu contemplar os trabalhadores que atuam nas Instituições de Ensino Superior (IES), cujas condições de trabalho e os fatores de adoecimento existentes são pouco conhecidos ou negligenciados (“trabalho\_submissaoId\_919\_9195cc9d0381637c.pdf”, [s.d.]).

Os poucos estudos publicados com profissionais de IES mostram que a área de gestão de pessoas e qualidade de vida no trabalho está descontextualizada da realidade e das necessidades de seus servidores, configurando-se como um obstáculo para o desenvolvimento de ações sobre o processo de trabalho e saúde-adoecimento desses indivíduos (SOUZA; REIS, 2013; TRAESEL; MERLO, 2014).

Quando o foco é qualificar o ensino, a pesquisa e a extensão, é possível afirmar que as IES são constituídas, predominantemente, por docentes e técnicos administrativos que embora exerçam atividades laborais distintas, desenvolvem processos de trabalho que são complementares um ao outro.

Com o objetivo de alterar positivamente este cenário, surgiu nos países da América e Europa, e vem se consolidando no Brasil, o movimento intitulado Universidades Promotoras de Saúde(UPS) que tem dedicado esforços para promoção da saúde e qualidade de vida da comunidade universitária(OLIVEIRA, 2017).

Nestes movimentos a UPS é considerada aquela que trata a saúde como parte de seu projeto, como responsabilidade social das instituições de ensino superior, estabelecendo políticas institucionais que promovem a saúde e a qualidade de vida da comunidade acadêmica. Nestas instituições a promoção da saúde atua de forma transversal, atingindo desde projetos específicos até os currículos das instituições (MUÑOZ; CABIESES, 2008).

Dessa forma, a Universidade pode se tornar um espaço participativo e potencializador de transformação das condições de vida e saúde das pessoas que a frequentam por meio de ações conjuntas e interdisciplinares, tendo como protagonistas indivíduos que assumem o controle de seu próprio espaço, criando condições que favoreçam a saúde de toda a comunidade(SANTIAGO et al., 2022).

Na finalidade de contribuir para a consolidação, futuramente, da Universidade Promotora de Saúde na IES onde o estudo foi desenvolvido, foi proposta a seguinte pergunta norteadora: Qual o estilo de vida dos trabalhadores universitários, especialmente no que se refere a qualidade de vida e práticas de autocuidado daqueles com diagnóstico de hipertensão arterial?

## 2 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este estudo, inicialmente, foi devido à atual situação epidemiológica das DCV no mundo, tidas como um problema de saúde pública, com destaque para HA como importante fator de risco cardiovascular, o qual pode ser controlado, e os impactos negativos que ela pode gerar nas condições de vida e de saúde do trabalhador.

Destaca-se que, durante o meu percurso na graduação de enfermagem, como bolsista de iniciação científica, estive inserida em um grupo de pesquisa direcionado ao estudo dos cuidados clínicos de enfermagem a população com doenças cardiovasculares. Esta temática tornou-se mais relevante durante o Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Associação) UEPA/UFAM (PPGENF UEPA/UFAM, quando tive a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre as pesquisas e produções realizadas neste âmbito. Parte delas, evidenciam a lacuna de estudos sobre o comportamento da hipertensão e os fatores de risco associado entre os trabalhadores que atuam no contexto do ensino.

A IES aqui mencionada se trata de uma universidade pública federal. A finalidade buscar cultivar o saber científico em todos os campos do conhecimento puro e aplicado. Dessa forma, olhar para os seus colaboradores de forma a cuidar, torna-se necessário para que haja o pleno funcionamento da missão da instituição e daqueles que a compõe.

A proposta UPS vem alcançando cada vez mais as IES nos países da Europa e Américas, sendo alguns exemplos as universidades de países como: Chile, Costa Rica, Equador, México, Porto Rico, Argentina, Colômbia e Estados Unidos. No Brasil esse movimento ainda é incipiente, mas aparentemente com forte tendência de adesão das IES, a exemplo do que vem ocorrendo nas universidades públicas de Brasília, Ceará, Santa Catarina e Rio de Janeiro (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018).

Conhecendo sobre a caracterização do perfil de autocuidado, estilo e qualidade de vida destes trabalhadores, com ênfase na prevalência da pressão arterial elevada e/ou HA autorreferida, a comunidade universitária pode contribuir na geração de melhores resultados nesta temática, para este público, atuando em políticas públicas e/ou outros programas direcionados ao assunto.

Ao considerar o cenário de pandemia vivido, desde o início de 2020, é possível inferir que a qualidade de vida (QV) e as boas práticas de autocuidado dos docentes e técnicos administrativos, inseridos no contexto do ensino universitário tenham piorado com o

surgimento do novo Coronavírus. O estado do Amazonas esteve sempre entre os 5 estados com maior taxa de incidência e a maior mortalidade a cada 100 mil habitantes (FVS, 2021).

Desde então, diferentes ações para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19, bem como o controle adequado da sua transmissibilidade, têm comprometido não só a saúde física, mas também psicológica de diferentes grupos, com destaque para os docentes e técnicos administrativos que atuam no Ensino Superior que, além das dificuldades já existentes antes da pandemia, somou-se a nova realidade apresentada após ela.

Assim, tornou-se ainda mais urgente, entre os servidores públicos que atuam nas universidades, a realização de estudos que avaliem suas condições de vida e saúde, buscando identificar os potenciais riscos para o adoecimento, com especial atenção para as doenças que possam estar relacionadas aos processos de trabalhos. Ao mesmo tempo, propor ações efetivas e continuadas de promoção da saúde do trabalhador(MOURA et al., 2015).

No que se refere a contribuição deste estudo para a Área Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica e Linha de Pesquisa Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia, configura-se em apresentar dados relevantes sobre as fragilidades de saúde dos trabalhadores que atuam no ensino universitário. Também, fortalecer a implementação de políticas públicas que estimulem as IES desenvolver estratégias solidárias que ajudem a comunidade universitária, especialmente os trabalhadores, alcançar o seu melhor potencial de saúde.

Desta forma, o conceito de produtividade não pode ser visto somente sob o ponto de vista da quantidade das ações de ensino, pesquisa e/ou extensão, mas especialmente na qualidade dos produtos gerados que direta e indiretamente irão influenciar na formação dos futuros profissionais que estão em formação. Uma vez que, estes também serão trabalhadores a influenciar como serão traçados os caminhos que a nossa sociedade irá percorrer a médio e a longo prazo.

### **3 REFERENCIAL TEMÁTICO**

#### **3.1. A Hipertensão Arterial no contexto das Doenças Cardiovasculares**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre os principais problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Segundo OMS, foram responsáveis por cerca de 70% das mortes ocorridas globalmente em 2019. No Brasil, foram responsáveis, por 41,8% do total de mortes ocorridas prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade (“fact-sheet-

cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel.pdf”, [s.d.]).

O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, sobretudo para o conjunto dos quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes). Além das mortes prematuras (30 a 69 anos), o consumo desses produtos eleva os riscos de doenças e incapacidades, resultando em perdas de produtividade, despesas evitáveis de cuidado com saúde, empobrecimento das famílias, além de dor e sofrimento (“fact-sheet-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel.pdf”, [s.d.]).

Assim, as DCVs se destacam, pois, como já mencionado, são um problema de saúde pública do Brasil e no mundo, responsáveis pelo aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida. Embora as taxas de mortalidade e *disability adjusted life year (DALY)*, padronizadas por idade estejam diminuindo no Brasil, possivelmente como resultado de políticas de saúde bem-sucedidas, a prevalência das doenças coronarianas está aumentando, principalmente devido ao envelhecimento e adoecimento da população (NASCIMENTO et al., 2018). Um DALY representa a perda do equivalente a um ano de saúde plena. Os *DALYs* para uma doença ou condição de saúde são a soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (*YLLs*) e dos anos vividos com incapacidade (*YLDs*) (“ghe2019\_daly-methods.pdf”, [s.d.]).

São consideradas como um conjunto de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo: Doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita e trombose venosa profunda e embolia pulmonar. A maioria das DCVs podem ser prevenidas por abordagem de fatores comportamentais de risco, como: o uso de tabaco, dietas não saudáveis e obesidade, falta de atividade física e uso nocivo do álcool. Os efeitos desses fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade e indicam um maior risco de desenvolvimento de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações. Assim, políticas de saúde que criam ambientes variáveis e propícios para escolhas saudáveis acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (OPAS, 2020).

Assim, a presença dos fatores de risco clássicos (hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes e histórico familiar) aumenta a probabilidade de DCV e norteia a prevenção primária e secundária. Vários outros fatores, incluindo questões

sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, podem também explicar as diferenças na carga de DCV entre as populações e suas tendências ao longo das décadas. A implementação de políticas de saúde, entre elas, o estímulo aos hábitos de vida saudáveis, o acesso a medidas para prevenção primária e secundária de DCV, associados ao tratamento de eventos cardiovasculares (CV), é essencial para o controle das DCV em todos os países, incluindo o Brasil (PRÉCOMA et al., 2019).

Desta forma, a HA é considerada uma das doenças crônicas mais prevalentes em todo o mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta. No Brasil, a HA está entre as DCNT mais comuns (PERUMAREDDI, 2019), pertencendo ao grupo das DCVs que comprometem o funcionamento do coração e vasos sanguíneos das quais destacam-se as doenças: coronariana, cerebrovascular, arterial periférica, cardíaca reumática, insuficiência cardíaca (IC), doença renal, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar(OPAS, 2020).

Estabelecida em seus diferentes estágios, a HA junto com a pré-hipertensão (pré-HA) e outras pressões sanguíneas perigosamente altas, são responsáveis por 8,5 milhões de mortes por acidente vascular cerebral, doença cardíaca isquêmica, outras doenças vasculares e doença renal em todo o mundo(OLSEN et al., 2016; ZHOU; PEREL; MENSAH, 2021).

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a mesma é definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA).É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Auto Medida da Pressão Arterial (AMPA)(BARROSO et al., 2020).

Como já mencionado anteriormente, para o desenvolvimento desta doença, existem condições intrínsecas ou extrínsecas aos indivíduos que podem torna-los mais ou menos susceptíveis ao diagnóstico, sendo eles, os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis.

Os fatores de risco não-modificáveis existem independente de escolhas que o indivíduo faça e não mudam. Neste contexto, o profissional de saúde não pode atuar, modificar ou tratar. Já as condições modificáveis, são o alvo dos profissionais com relação ao tratamento, pois dependem de escolhas a serem realizadas por cada indivíduo, em todas as faixas etárias. Entre os não-modificáveis estão: genética (apesar de que devido a miscigenação

no Brasil, ainda não foram identificados dados uniformes com relação a tal fator), idade (com o envelhecimento, a PA torna-se um problema mais significativo, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artéria) e sexo (em faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas a elevação pressórica por década se apresenta maior nas mulheres), raça/etnia (mas sem diferença significativa entre negros e brancos, no Brasil, no que diz respeito à prevalência de HA) (BARROSO et al., 2020).

Entre os modificáveis ou relativamente modificáveis, foco do estudo aqui apresentado, estão: estilo de vida (sobrepeso/obesidade, elevada ingestão de sódio e potássio, dieta, sedentarismo, consumo de álcool), fatores socioeconômicos (menor escolaridade, condições de habitação inadequadas, baixa renda familiar). Além desses, outros fatores tem sido considerados como de risco para o aumento da PA, a exemplo: o uso de determinadas classes de medicamentos, drogas ilícitas e apneia obstrutiva do sono (BARROSO et al., 2020; MILLS et al., [s.d.]; ZHOU et al., 2017). Assim, conscientizando a população da melhoria desses fatores, a incidência de HA pode ser significativamente reduzida, melhorando, além da expectativa de vida das pessoas, a sua qualidade de vida.

De acordo com a primeira análise global abrangente das tendências na prevalência, detecção, tratamento e controle da hipertensão – liderada pelo *Imperial College London* e Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de adultos com HA na faixa etária entre 30 e 79 anos aumentou de 650 milhões para 1,28 bilhões, um aumento de 158% nos últimos 30 anos. Cabe destacar, que quase a metade dos diagnosticados tinham sido informados pela primeira vez sobre a doença (BIN et al., 2021).

Estudo mostrou que a HA em adultos foi responsável por mais de 50% das DCV no mundo. No Continente Americano, mais de ¼ das mulheres adultas e 4 a cada 10 homens adultos tem HA, sendo o diagnóstico, tratamento e controle dos valores pressóricos muito abaixo do considerado ideal. Apenas alguns países, como Canadá e Islândia, apresentam uma taxa de controle da hipertensão populacional superior a 50% (OPAS, 2023).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2021, mostraram que, no conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de HA foi de 26,3%, sendo 27,1% entre as mulheres e 25,4% entre os homens. Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (BRASIL, 2021). Importante mencionar, que em comparação ao Vigitel de 2019, a frequência do diagnóstico aumentou em quase 3%.

A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de HA variou entre 19,3% em São Luís e 32,0% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (32,2%), em Recife (30,2%) e Vitória (29,0%), e as menores em São Luís (13,8%), Boa Vista (18,3%) e Porto Velho (19,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Belo Horizonte (32,2%), no Rio de Janeiro (31,8%) e em Curitiba (31,5%), e as menores em Macapá (19,3%), Boa Vista (22,0%), Palmas e Goiânia (22,4%) (BRASIL, 2021).

Estudo que analisou prontuários de pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família de Belém-PA, concluiu-se que o perfil de hipertensos era semelhante a diversas regiões do país, sendo predominante a quantidade de pessoas assistidas pela atenção básica que estão na categoria de sobrepeso (48,28%) e obesidade grau I (24,14%) (PICANÇO et al., 2019).

Outra investigação, realizada com residentes da área urbana dos municípios dos estados de Cuiabá, Mato Grosso, e Pará, identificou que a prevalência de HA foi de 22,0%, sendo mais elevada no sexo masculino (ARRUDA, 2015). No contexto de trabalho, os ambientes laborais possuem fragilidades nas condições de trabalho que podem acarretar riscos à saúde do trabalhador, podendo ser um fator de risco para o surgimento ou agravamento de doenças.

### **3.2. Saúde do trabalhador: Estilo de vida como fator de risco e proteção para o desenvolvimento de HA**

No que se refere aos fatores de risco cardiovascular entre trabalhadores que atuam na área da educação, estudo realizado com professores universitários mostrou que os indicadores de risco cardiovascular associados a HA foram: o gênero (masculino,  $p=0,02$ ), a idade ( $>40$  anos,  $p=0,03$ ), índice de massa corpórea ( $>24,49$  Kg,  $p<0,01$ ), circunferência abdominal ( $\geq 94$ cm,  $p<0,01$ ), o percentual de gordura corporal ( $\geq 25\%$ ,  $p<0,01$ ) e os triacilgliceróis ( $\geq 150$ mmol/L,  $p<0,01$ ). Os autores ressaltaram a importância da inserção de políticas de promoção de saúde, pautadas em ações específicas que atuassem sobre os indicadores de risco cardiovascular encontrados (MOREIRA et al., 2011).

Em outro estudo, a identificação da prevalência de HA autorreferida possibilitou nortear intervenções mais apropriadas e específicas para os Técnicos-administrativos em Educação (TAEs) de uma universidade pública de Minas Gerais, Brasil. Os autores chegaram à conclusão de que a implementação de medidas para promoção da saúde e prevenção da hipertensão pode contribuir para a redução da taxa de afastamento do trabalho e

aposentadorias precoces. Após a análise multivariada dos dados, as variáveis que se mantiveram associadas à hipertensão foram: sexo, idade cor/raça e a auto avaliação do estado de saúde(GRECO et al., 2019).

Em estudo conduzido em Pró-Reitorias de duas Universidades públicas da cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, os achados indicaram que os servidores públicos com níveis pressóricos elevados (5,4%) também tinham diagnóstico de HAS (41,7%) e diabetes mellitus (25%), bem como referiram ser obeso ou estar acima do peso (58,3%). Os antecedentes familiares de HAS e comorbidades associadas foram mais expressivos entre os hipertensos e o sedentarismo foi significativo ( $p < 0,001$ ), tanto entre os hipertensos como normotensos. Reiterou, ainda, a importância do enfermeiro em poder contribuir de forma significativa neste contexto, atuando na prevenção destas e outras comorbidades crônicas através da educação em saúde e incentivo a práticas preventivas, adesão ao tratamento e cuidados individuais e coletivos(SANTIAGO et al., 2021).

A partir do contexto apresentado, é possível afirmar que as doenças crônicas e suas complicações, necessitam ser enfrentadas considerando os processos de trabalho vigentes. Repensar estratégias para reduzir o impacto negativo que o adoecimento traz tanto para o cotidiano laboral, como para o crescimento socioeconômico, olhando para o indivíduo, também, dentro do seu ambiente de trabalho.

Assim, torna-se relevante verificar como está a condição de saúde dos trabalhadores que atuam em IES com fatores de risco ou diagnóstico de HA, fortalecendo o autocuidado e, conseqüentemente, contribuindo para prevenção dos agravos que podem ser causados por esta condição crônica.

Embora os fatores genéticos, sociais, econômicos e ambientais sejam condicionantes da saúde, eles não podem ser responsabilizados pelos resultados. Pesquisas revelam que somente 20 a 30% da expectativa de vida é determinada pela hereditariedade e que hábitos alimentares, atividade física e uso de álcool, tabaco ou outras substâncias determinam as condições de saúde e a capacidade de viver mais e melhor (ARAÚJO; FARIAS; REIS, 2022; HENSON et al., 2016).

Logo, pode-se incluir no perfil preventivo dessas doenças, com importância decisiva, a escolha de hábitos saudáveis e adequados.

Neste contexto, tem-se como foco a atuação direcionada aos fatores de risco modificáveis, pois estes têm importância decisiva no controle e na prevenção de doenças como a HA. Assim, devem ser realizadas no ambiente laboral dos indivíduos, ações que estimulem a escolha de estilo de vida saudáveis e adequados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, Estilo de Vida (EV) é “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização”(WHO CENTRE FOR HEALTH DEVELOPMENT (KOBE, 2004).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, EV é a forma como as pessoas ou grupos vivenciam a realidade e fazem escolhas, que são determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais (BRASIL; BRASIL; BRASIL, 2012).

Assim, o EV envolve dimensões sobre nutrição, sono, atividade física, saúde psicológica, lazer, apoio social, entre outros, e por isso pode influenciar e afetar tanto a saúde individual quanto coletiva. O estilo de vida também tem sido categorizado e estudado como fator de risco ou de proteção em relação à saúde, interagindo fortemente com o contexto e meio ambiente do indivíduo ou de um grupo. A dieta, por exemplo, depende em certa medida da escolha, mas também do que está disponível e acessível; o estresse crônico depende das características individuais, mas também das demandas de tarefas e dos recursos disponíveis (BOLTON; GILLET, 2019).

A literatura mostra que um EV saudável tem sido determinado pela soma de alguns hábitos de vida considerados adequados, como a quantidade de horas de sono, peso desejável, não-tabagismo, baixo consumo de álcool, alimentação, prática de atividade física, entre outros, e tais fatores têm sido associados ao estado de saúde, à expectativa de vida e a menores chances de doenças crônicas (NYBERG et al., 2020).

A herança genética também é um fator representativo na determinação do EV de uma pessoa, bem como no desenvolvimento de certas morbidades, que são influenciadas principalmente por fatores ambientais. Cabe destacar que a dieta inadequada e sedentarismo sejam responsáveis por cerca de 75% de alguma doença crônica, contribuindo no aumento da prevalência em até 4 vezes(BAILEY et al., 2021).

Estudo de base populacional, mostrou que 1 a cada 20 adultos tem DCV, evidenciando o estilos de vida inadequado como um dos fatores relacionados (GOMES et al.,

2021). Ainda, em investigação conduzida em indivíduos adultos (de 20 a 59 anos de idade) e idosos (com 60 anos de idade ou mais) de ambos os sexos, residentes no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, o tabagismo esteve associado a uma prevalência 23% maior de PA elevada (RP=1,23; p=0,021) nos ex-fumantes, comparado ao grupo que relatou nunca ter fumado (BARBOSA, [s.d.]).

Em avaliação com 140 participantes, referente a aspectos relacionados ao estilo de vida, em um centro de pesquisa de Pós-graduação de uma IES no Brasil, verificou-se diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) para a pontuação alcançada no questionário EV FANTÁSTICO entre os indivíduos saudáveis em relação DM e HA (PORTO et al., 2018). É clara a relação do EV com HA, já demonstrada em diferentes estudos no Brasil e no mundo, relação esta que pode influenciar positivamente ou negativamente no surgimento e/ou no percurso da doença.

Cabe destacar que o fator determinante para a qualidade e expectativa de vida do indivíduo estão essencialmente no convívio familiar e nas formas como as relações de trabalho estão estabelecidas, sendo possível afirmar que o contexto laboral tem sido um dos fatores de adoecimento por HA e outras comorbidades crônicas, inclusive entre os trabalhadores que atuam no contexto de ensino.

Estudo realizado em IES no Oeste Catarinense, Brasil, foram obtidos escores mais baixos nos componentes nutrição (27,9) e atividade física (25,6), principalmente no sexo masculino (BALDUINO et al., 2019). Dessa forma, EV é um fenômeno de saúde importante de ser analisado no âmbito da saúde do trabalhador, pois pode trazer a oportunidade de desenvolver e priorizar a proposta de ações de promoção de saúde a partir das necessidades dos trabalhadores.

Estudo realizado em uma IES de Minas Gerais, Brasil, identificou maior prevalência de atividade física irregular ou sedentária (68,6% e  $p < 0,01$ ), sobrepeso/obesidade (50,7%) e consumo de bebida alcoólica (77,5%) entre docentes de uma universidade pública, enquanto que os técnico-administrativos apresentaram maior frequência de alimentação não saudável (4,5%), tabagismo (11,1%) e uso de substâncias ilícitas (2,8%) (FIOREZI, 2013).

Pesquisa conduzida em outra IES do sul do Brasil, com 898 servidores públicos, apontou que ser docente, ter maior nível de escolaridade, 50 anos ou mais e 20 anos ou mais de tempo de serviço tenderam a apresentar um Perfil Saudável de EV. Assim, dentro do âmbito da saúde do trabalhador, é necessário compreender quais aspectos influenciam a na

adoção, ou não, de um EV saudável, a fim de orientar ações de promoção de saúde dentro dos locais de trabalho e direcionar políticas de saúde do trabalhador. Diversos aspectos, sejam individuais, sociais ou ambientais, podem contribuir para isto, e as condições de trabalho podem se constituir como fator de risco ou de proteção para o fenômeno(ATZ; REMOR, 2022).

Com o objetivo de tornar o EV mensurável, foram desenvolvidos instrumentos capazes de identificar como está este aspecto nas populações, de forma eficaz e com baixo custo, para que pesquisadores e gestores possam identificar elementos a serem melhorados, e para que sejam estabelecidas estratégias para melhoria dos hábitos de vida da população.

Foram desenvolvidos, ao longo dos anos, instrumentos para realizar este controle e mensuração, baseados em questionários e formulários, nos quais os indivíduos preenchem e são avaliados por meio de pontuação. Os questionários mais utilizados são: “Estilo de vida Fantástico”, “Perfil do Estilo de Vida Individual” (PEVI), e os auto construtivos (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; HERNANDEZ et al., 2007; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000; PÔRTO et al., 2015)

Neste estudo, optou-se em utilizar o questionário "Estilo de vida Fantástico" (EVF), por ser prático e de baixo custo e principalmente, autoaplicável. Embora tenha sido desenvolvido em 1987 pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade Mc Master, no Canadá, por Wilson e Ciliska, a versão brasileira foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 2008, por Rodriguez Anez, Reise Petroski(MARTINIANO, 2017).

O Questionário pondera a conduta dos indivíduos no último mês, pesquisando sobre o estilo de vida e a saúde. Possui 25 questões que abrangem nove domínios, que são: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção e 9) trabalho. As alternativas são na forma de escala *Likert* ou dicotômicas, sendo a alternativa da esquerda sempre a de menor valor, representando menor associação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é feita por pontos, da forma a seguir: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. O somatório dos pontos permite chegar a um escore total que caracteriza os indivíduos em cinco categorias: Excelente (85 a 100 pontos), muito bom (70 a 84 pontos), bom (55 a 69 pontos), regular (35 a 54 pontos) e necessita melhorar (0 a 34 pontos). Quanto menor o escore, maior será a imprescindibilidade de modificação no estilo de vida. A

consistência interna do instrumento avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,69 (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Os hábitos relacionados ao estilo de vida como a prática de esporte, lazer, hábitos alimentares, consumo de cigarro e álcool pode implicar diretamente nas condições de saúde do indivíduo e no desenvolvimento de morbidades, principalmente, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2003). Conhecer como estão estes hábitos, dentro do contexto universitário, pode gerar melhorias a curto, médio e longo prazo, como trabalhadores mais dispostos, com menos doenças e, conseqüentemente, menos afastamentos.

Por fim, EV está diretamente relacionado a Qualidade de Vida (QV) do indivíduo. Quanto mais adequado os hábitos de vida de uma pessoa, maior a probabilidade da sua percepção de QV ser boa, tendo o indivíduo, ou não, comorbidade associada, como HA.

### **3.3. Qualidade de Vida, perspectivas de melhoria na saúde e bem-estar do trabalhador**

O termo Qualidade de Vida (QV) lida com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano (como ciência, conhecimento popular e conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo), considerando desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o agir clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) QV é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995).

Minayo, Hartz e Buss (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) afirmaram que QV se relaciona ao grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Refere-se ao padrão de conforto e bem-estar máxima de uma cultura, abrangendo muitos significados, englobando conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades de variadas épocas, espaços e histórias diferentes, resultando em uma construção social marcada pela relatividade cultural.

Assim, a QV pode ser vista sob aspectos objetivos, os quais o manejo depende de cada pessoa, mais fáceis de serem identificados (alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, relacionadas às necessidades de sobrevivência próprias da sociedade) e subjetivos, como variáveis históricas, sociais, culturais e de interpretação individual, relacionando-se com fatores emocionais, intrínsecos aos indivíduos e

que, muitas vezes, o manejo é mais difícil. Estes, ainda tem relação com expectativas e possibilidades dos indivíduos ou dos grupos em relação às suas realizações, e a percepção que têm de suas próprias vidas, incluindo prazer, felicidade, angústia e tristeza (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Os termos QV e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) são construtos que se relacionam e se mesclam. O empenho da sociedade em garantir a saúde de forma ampla, levou a QV a ser entendida como a melhoria ou um alto padrão de bem-estar, envolvendo: aspectos econômicos, sociais, emocionais, de saúde, moradia, lazer, hábitos de atividade física e alimentação (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Mesmo sem um consenso sobre o conceito de QV, com o objetivo de quantificar e tornar a informação mais objetiva e usual, foram desenvolvidos variados instrumentos para a avaliação deste parâmetro, com o intuito de identificar áreas de melhoria e as verdadeiras necessidades de um grupo, podendo desenvolver ações que promovam resultados positivos na vida dessas pessoas.

Para a avaliação da qualidade de vida, são utilizados instrumentos para transformar avaliações subjetivas em dados que possam ser analisados objetivamente. Isto pode ser feito por meio de uma única pergunta, sobre como o paciente vê sua condição geral, ou questionários mais elaborados divididos em domínios e até mesmo questionários específicos para determinadas doenças crônicas (CASTILLO et al., 2012).

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida são comumente modificados de acordo com o objetivo de cada população a ser estudada. Há duas formas de mensurá-la: através de instrumentos genéricos e específicos (RÔLA; COSTA E SILVA; NICOLA, 2018).

Os instrumentos genéricos não avaliam uma patologia específica, mas sim o todo, sem aceção de raça, idade, sexo ou grupo, utilizando questionário para o levantamento e comparação de indivíduos com diferentes patologias. Já os instrumentos específicos aferem de forma concreta grupos exclusivos de pessoas que apresentam em comum algum tipo de patologia, agravo, sexo, faixa etária (VIANNA; CAETANO, 2005).

O mais conhecido e difundido instrumento genérico para avaliar a QV é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Elaborado pelo Programa das Nações Unidas em 1990, tema intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos para aspectos de natureza social e também cultural. Nesse indicador, a renda, a saúde e a

educação são três elementos fundamentais que avaliam a QV da pessoa (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Entre os inúmeros instrumentos existentes e que vem sendo criados no mundo e no Brasil para avaliação deste parâmetro importante, dois se destacam: o questionário *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36) e o WHOQOL-100, questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

O SF-36 é um dos instrumentos mais utilizados atualmente para mensurar a QV. É composto por 36 questões, dentro de oito domínios relacionados à saúde física e mental, e avalia as últimas quatro semanas vividas pelo indivíduo que responde. Inserido no componente físico da QV estão: os domínios da funcionalidade física, limitações físicas, dor corporal, e saúde geral. Já no componente mental, estão inseridos os domínios vitalidade, relações sociais, limitações emocionais e saúde (WARE; SHERBOURNE, 1992). Cada domínio deste instrumento foi desenvolvido utilizando uma escala de 0 a 100, com altos escores indicando melhor QV.

O WHOQOL-100 é composto por 100 questões referentes a quatro aspectos: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (FLECK et al., 1999). Em busca de um instrumento menos complexo e de rápida aplicação, desenvolveu-se o WHOQOL-Bref, um questionário (com a mesma essência do WHOQOL-100) contendo 26 questões que consideram os últimos quinze dias vividos pelo indivíduo que responde. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da QV e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios, e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100): Domínio I – Físico; Domínio II – Psicológico; Domínio III – Relações Sociais; Domínio IV – Meio Ambiente (FLECK et al., 2000). Através dos resultados obtidos no WHOQOL-Bref pode-se inferir sobre a QV de indivíduos e populações, além de identificar as principais demandas para a elaboração de políticas públicas relativas à promoção da saúde (FLECK et al., 2000, 1999; GORDIA et al., 2011).

Estudos conduzidos em vários países, inclusive no Brasil, estão utilizando instrumentos específicos para avaliar a QV em situações patológicas como indivíduos com câncer, portadores de epilepsia, asmáticos e indivíduos com doenças cardíacas (BLAZEBY et al., 2006; DIXON; LIM; OLDRIDGE, 2002; SABAZ et al., 2000; TAULER et al., 2001).

Estudo mostrou que os fatores etiológicos; o longo período de latência e curso assintomático da HA, bem como sua evolução clínica lenta, prolongada e permanente podem

impactar negativamente na vida da pessoa, principalmente aquelas que não conseguem manter seus valores pressóricos dentro dos parâmetros de normalidade (MOREIRA; MARTINS; ALVES, 2019).

Outra investigação identificou que os preditores negativos para a manutenção da QV dos hipertensos é influenciada pela presença de sintomas ou sequelas (comprometimento dos órgãos-alvo), pelos efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento e elevação persistente da Pressão Arterial Média (PAM > 108 mmHg). Também ter sofrido AVC, redução da acuidade visual e aumentado o Índice de Massa Corporal(IMC) (> 30 kg/m<sup>2</sup>)(OGUNLANA et al., 2009).

Estudo que avaliou a QV de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus acompanhados na atenção primária à saúde, identificou baixa percepção da QV entre os participantes e menor pontuação média para o domínio vitalidade 58,89 ( $\pm 23,16$ ), seguido de estado geral de saúde 59,69 ( $\pm 23,80$ ) e dor (60,48 ( $\pm 28,28$ ))(ALVES; LIMA, 2020).

Mundialmente, o questionário mais utilizado para avaliar QV no paciente com HA é o *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertension Arterial (MINICHAL)*, que foi desenvolvido na Espanha e validado pela teoria clássica dos testes (TCT) com o propósito de avaliar o comprometimento da qualidade de vida do paciente com hipertensão em seus aspectos somáticos e mental.

Em 2008 foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para ser aplicado no Brasil. O MINICHAL-BRASIL é composto por 17 questões e 2 domínios. As respostas nos domínios são distribuídas em uma escala de frequência do tipo *Likert*, com quatro opções de resposta variando de 0 (Não, nada) a 3 (Sim, muito). De acordo com essa escala, quanto mais próximo de 0 (zero) o resultado, melhor a qualidade de vida. O domínio Estado Mental compreende as questões de 1 a 9 e sua pontuação máxima é 27. O domínio Manifestações Somáticas compreende as questões de 10 a 16 e sua pontuação máxima é 21. versão brasileira do MINICHAL apresentou na análise da consistência interna valores de Alpha de Cronbach de 0,88 para o domínio Estado Mental e 0,86 para Manifestações Somáticas(SCHULZ et al., 2008).

Estudo publicado em 2016, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de funcionários hipertensos de uma empresa pública, mostrou que dentre os 48 participantes avaliados por meio do MINICHAL, apresentaram boa QV nos domínios mental, somático e global. Embora nenhuma das variáveis mensuradas tenham influenciado na pontuação de

maneira significativa, a variável sexo foi determinante para a modificação do resultado, indicando pior qualidade de vida nas mulheres(CÔRTEZ; ARANTES; MENDONÇA; SILVA, 2016).

Em outra investigação, que também usou do MINICHAL, foi possível perceber que os hipertensos do sexo masculino apresentaram médias de QV maiores para o domínio estado mental ( $9,9 \pm 13,8$ ). Este domínio inclui avaliação sobre: qualidade do sono, relações sociais, tomada de decisões, pensamentos sobre a vida, dentre outras. O estudo concluiu que a QV dos participantes com hipertensão deve ser considerada dentro do tratamento e acompanhamento dos casos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento dessas pessoas, com estratégias que visem à melhoria do atendimento e assistência às pessoas com HA(DAMACENA et al., 2020).

Revisão da literatura mostrou que, dentre os fatores ocupacionais, o ruído se destacou como associado à HA, assim como, o trabalho em turnos. Os demais fatores não demonstraram associação, sendo necessários mais estudos sobre o tema HA e fatores ocupacionais(ANDRADE; FERNANDES, 2016).

Estratégias que podem ser utilizadas, visando a melhoria da QV das pessoas com diagnóstico de HA. Uma delas, é o incentivo e o direcionamento às boas práticas de autocuidado, pois favorece a participação do paciente desde o início do tratamento, tornando-o co-responsável e protagonista em todas as ações de promoção da sua saúde e bem-estar.

### **3.4. Prática de Autocuidado e sua importância para a saúde do trabalhador**

No ano de 2000, um grupo de autores americanos coordenados pela Dra Barbara Riegel definiram o conceito de autocuidado como um processo de decisão natural que envolve a escolha de comportamentos para manter a estabilidade fisiológica (manutenção) e a resposta aos sintomas quando estes ocorrem (manejo). O autocuidado se refere a todas as atividades realizadas com a intenção de melhorar ou reestruturar a saúde e o bem-estar, assim como tratar ou prevenir doenças(STRÖMBERG; JAARSMA; RIEGEL, 2012).

Em 2004, o mesmo grupo, ampliando a temática publicou uma escala de autocuidado para pacientes com insuficiência cardíaca baseada em três domínios: manutenção, manejo e confiança, a qual já passou por revisões e modificações ao longo dos anos(RIEGEL; CARLSON; MOSER, 2004).

Na perspectiva de avaliação do autocuidado, a equipe expandiu o conceito de autocuidado para outras patologias, como por exemplo: a HA e Doença Arterial Coronariana, desenvolvendo mais duas escalas: *Self Care of Hypertension Index (SC-HI)* e a *Self Care of Coronary Heart Disease Index*, também divididas nas sessões: manutenção, manejo e confiança(SILVEIRA, 2015).

A Escala de Autocuidado de Hipertensão foi traduzida e adaptada transculturalmente em 2019, a partir da *Self Care of Hypertension Index – SC-HI*. Sua estrutura é composta por três escalas: manutenção, manejo e confiança. Tem um total de 22 itens dos quais 10 são referentes a perguntas sobre a manutenção, 6 referentes ao manejo e 6 que mensuram a confiança que o paciente tem em si mesmo no momento de realizar o autocuidado.

O instrumento apresenta as respostas em uma escala do tipo *Likert*. Na escala de Manutenção do autocuidado as repostas variam de 1 a 4 (exemplo: *nunca ou raramente a sempre ou diariamente*). A escala de Manejo do autocuidado apresenta 2 questões com variação de 0 a 4 (ex.: *Não reconheci a reconheci imediatamente; não tive problemas; não tentei nada*) e os demais itens possuem variação de 1 a 4 (ex.: *Improvável a muito provável*). Por fim, a terceira escala é a de Confiança no autocuidado que possui variação das repostas entre 1 e 4 (ex.: *Não confiante a extremamente confiante*). É recomendado que se calcule a pontuação para cada escala individualmente e que a escala de manejo do autocuidado se aplique apenas para pacientes que apresentaram elevação dos níveis pressóricos no passado. Cada escala possui uma pontuação que varia de 0 a 100. Um autocuidado é considerado adequado para pontuações maiores ou iguais a 70(SILVEIRA, 2015).

Cada escala possui uma pontuação que varia de 0 a 100, sendo considerado boas práticas de autocuidado  $\geq 70$  pontos. Em relação a somatória de pontuação, recomenda-se que o cálculo seja feito por tipo de escala (Manutenção, Manejo e Confiança do autocuidado), devendo a escala de Manejo do autocuidado ser aplicada somente nos pacientes com histórico de elevação dos valores pressóricos (SILVEIRA, 2015).

Ao considerar que a HA é o principal objeto de investigação deste estudo, cabe destacar a importância da educação e conhecimento do paciente sobre si mesmo e como tem lidado com a doença, considerando as diferentes e interligadas perspectivas: físicas, emocionais e socioculturais

Neste contexto, o paciente assume papel ativo no controle da sua saúde, assumindo um autocuidado efetivo, sendo importante que a equipe de saúde identifique como está o perfil de

autocuidado das pessoas com o diagnóstico de HA, na finalidade de identificar os pontos de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que fortalece a autorresponsabilidade do indivíduo frente a sua saúde, gerando benefícios para si e para o seu ambiente social.

Estudo publicado em 2018, conduzido em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar o autocuidado e o risco cardiometabólico em pacientes com HA, mostrou que os participantes tinham níveis satisfatórios de confiança e insatisfatórios para Manutenção e Manejo do autocuidado. Além disso, concluiu que estes pacientes atendidos no local onde o estudo foi realizado, possuíam autoconfiança para realizar comportamentos de autocuidado(SERGIO; SÃO-JOÃO, 2018).

Estudo com o objetivo de investigar a prática de autocuidado em indivíduos com HA acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, concluiu que é um aspecto importante o comprometimento do indivíduo acometido por HA com o seu autocuidado. Nos depoimentos coletados no estudo neste estudo qualitativo, foi percebido que pessoas informadas, possuidoras de conhecimentos acerca da doença e do tratamento, tornam-se mais responsáveis pela sua saúde (SILVA; UCHÔA, 2016).

Em 2021, investigação conduzida com pacientes hipertensos vinculados a um ambulatório de alta complexidade de um hospital universitário de grande porte, localizado na cidade de São Paulo, Brasil, evidenciou déficit de autocuidado na maioria dos participantes e em todas as dimensões: Manutenção (77,2%), Manejo(77,3%) e Confiança(61,4%) no autocuidado(LUCIA MARTINS et al., [s.d.]).

Porém, cabe destacar que os estudos conduzidos utilizando a escala de autocuidado para HA, são escassos, principalmente tendo como público-alvo os trabalhadores que atuam no contexto universitário.

Nesta perspectiva, estudos com a finalidade de investigar o perfil de autocuidado de saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles que atuam nos ambientes da universidade são importantes. Pois, podem direcionar a implementação de ações que favoreçam a adoção de comportamentos saudáveis, tanto no ambiente laboral como em outros que direta ou indiretamente influenciam na qualidade de vida dos trabalhadores universitários.

### **3.5. Universidades Promotoras de Saúde**

Quando se fala em ambiente formador (profissional e pessoal), as Universidades e Instituições de Ensino Superior (UIES) possuem um papel essencial, pois são espaços

formadores de recursos humanos, onde há a criação e disseminação de conhecimento técnico, científico e inovador e o aprofundamento do indivíduo em aspectos da vida social, democrática, política e cultural, bem como também são espaços que impactam no bem estar e qualidade de vida e saúde desses indivíduos (CONCEIÇÃO et al, 2022). São locais em que, a maioria dos indivíduos que a constituem (entre eles alunos, professores e outros trabalhadores), passam grande parte dos seus dias, durante muitos anos, podendo direcionar e/ou contribuir em estímulos bons ou ruins para as suas vidas.

O conceito de UPS faz referência às entidades de educação superior que desenvolvem uma cultura organizacional orientada por valores e princípios associados ao movimento global de Promoção da Saúde com apoio baseado em uma política institucional própria para o fomento e a permanência das ações de Promoção da Saúde em sua ampla acepção (ARROYO, 2018).

Estudo realizado em 2022 concluiu que para superar os desafios da contemporaneidade, é preciso mobilizar todos os setores responsáveis pelo fortalecimento da Promoção da Saúde nas Instituições de Ensino Superior, estabelecendo redes e criando estratégias, que atendam às demandas da comunidade universitária e seu entorno, estimulando outras iniciativas (SANTIAGO; SABÓIA; SOUZA; PRADO; SOTA, 2022). Assim, conhecer a realidade local, os fatores de risco mais prevalentes e como está o perfil social e de saúde daqueles que formam a universidade é o primeiro passo para que sejam planejadas e colocadas em prática estratégias efetivas para transformar a UFAM promotora de saúde aos que fazer parte dela.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Analisar o perfil de autocuidado, estilo e qualidade de vida dos trabalhadores universitários de uma Instituição de Ensino Superior Pública, com ênfase na prevalência da pressão arterial elevada e/ou hipertensão arterial autorreferida.

### **4.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde de trabalhadores universitários, com ênfase na prevalência dos valores pressóricos elevados e hipertensão arterial autorreferida
- Identificar o perfil de autocuidado e de qualidade de vida dos trabalhadores universitários classificados como hipertensos;

- Estimar a associação entre as variáveis sociodemográficas investigadas, perfil de saúde e estilo de vida com a pressão arterial casual e/ou hipertensão autorreferida.

## **5 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 Delineamento da Pesquisa**

Trata-se de estudo descritivo, transversal que teve como público-alvo os trabalhadores (docentes e técnicos administrativos) vinculados à IES, localizada no estado do Amazonas.

As variáveis desfecho, para todos os participantes deste estudo são: a classificação da PA e do EV. A classificação dos participantes com pressão Normal, Pré-Hipertensão ou Hipertensão foi de acordo ao estabelecido pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Os participantes que referiram ter HA, foram incluídos nos grupos de hipertensos, ainda que a medida casual da sua PA estivesse dentro dos valores de normalidade. A classificação do EV foi de acordo o Questionário EVF(AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; BARROSO et al., 2020).

A QV foi classificada de acordo com o Questionário Minichal e as práticas de Autocuidado foi segundo o Questionário *Self Care of Hypertension Index (SC-HI)* (SCHULZ et al., 2008; SILVEIRA, 2015).

Na finalidade de obter melhor compreensão do universo de trabalhadores a ser alcançado, foi solicitado as secretarias das 21UAs incluídas no estudo, que concederam anuência para o estudo, a informação sobre o quantitativo de docentes e Técnicos Administrativos - TAEs pertencente a referida UA.

Dessa forma, o estudo adotou o universo da população-alvo que atendia aos critérios de inclusão e exclusão e a constituição da amostra foi não probabilística. O universo da população que fez parte do estudo foi estimado em 1.633 trabalhadores, conforme levantamento realizado a partir de informações solicitadas e enviadas pelas secretarias, conforme já mencionado. Este número era composto por, em média, 1284 docentes e 349 técnicos administrativos com distribuição heterogênea entre as unidades e reitoria.

### **5.2 Critérios de inclusão**

Trabalhadores com vínculo estatutário ou de contrato atuando na IES onde o estudo foi realizado.

### 5.3 Critérios de exclusão

- Trabalhadores que auto declararam ser indígenas, gestantes e aqueles que tinham vínculo terceirizado de qualquer natureza ou eram bolsistas;
- Trabalhadores que estivessem em condição de afastamento por quaisquer que fossem os motivos (férias, licença maternidade e paternidade, afastamentos para mestrado ou doutorado, doenças, entre outras possíveis condições), durante o período em que ocorreu a coleta dos dados.

### 5.4 Planejamento da Coleta dos Dados

Mesmo com a aprovação do Magnífico Reitor da IES autorizando a realização do estudo, foram enviados Ofícios, através do Sistema Eletrônico de Informações – SEI, para cada uma das Unidades Acadêmicas (UAs) da IES. Dentre as 23 UAs contactadas, 21 responderam confirmando a participação e autorizando contato com os trabalhadores vinculados, sendo estas das diversas áreas do conhecimento: Ciências Exatas e da Terra; Ciências Biológicas; Engenharias; Ciências da Saúde; Ciências Agrárias; Ciências Sociais Aplicadas; Ciências Humanas; Linguística, Letras e Artes; Multidisciplinar e Nível Técnico.

A coleta dos dados foi realizada em dois momentos denominados Etapas *Online* e Etapa Presencial, ambas detalhadas nos tópicos seguintes.

#### 5.4.1 Etapa 1 – *Online*

Inicialmente foi solicitado a secretaria de cada UA para que enviasse o convite da pesquisa aos seus trabalhadores via e-mail. Este continha, dentre outras, a informação sobre os objetivos do estudo, os responsáveis, e indicava o acesso ao *link* para responder o Instrumento de Coleta dos Dados.

Diante da baixa adesão, novos convites foram enviados aqueles que não responderam ao primeiro contato. Estes foram enviados individualmente para o endereço institucional do servidor, disponibilizado no site da IES ou pela própria secretaria da UA.

Na finalidade de alcançar o maior número de trabalhadores, a equipe de pesquisadores produziu um vídeo de curta duração, contendo informações do estudo e convidando o público-alvo para responder o instrumento *online*. Este material ficou disponível no site e redes de comunicação interna da IES.

No período entre 05 de agosto de 2022 até 24 de janeiro de 2023 os convites foram enviados por, no mínimo, duas vezes por semana (geralmente nas terças e quintas-feiras, com mudança dos dias nas semanas com feriado).

Ao acessar o *link*, todos os participantes visualizavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente após o consentimento podiam avançar, para as perguntas.

Nas questões sobre os dados sociodemográficos as variáveis investigadas foram: sexo, idade, estado marital, filhos e, se sim, quantidade; prática de uma fé, renda mensal familiar e pessoas que dependiam desta renda; e escolaridade). Nos aspectos laborais: função (docente ou técnico administrativo), tempo de atuação da IES, meio de transporte utilizado para ir até o local de trabalho e o tempo de deslocamento até ele; e se o trabalhador teve a necessidade de afastamento de suas atividades laborais nos últimos 12 meses onde, caso resposta afirmativa, deveria responder se devido alguma doença ou se por outros motivos, como licença ou afastamento para pós-doutorado, por exemplo.

As variáveis investigadas quando ao perfil de saúde foram diabetes mellitus (sim ou não), outras doenças, adoecimento nos últimos 3 meses e, se resposta afirmativa, pergunta sobre necessidade de se afastar das suas atividades laborais e, se sim, por quantos dias; autoavaliação da atual condição de saúde e hábitos que melhoraram ou pioraram nos aspectos de alimentação, atividade física, sono e repouso, sexual e de vícios (álcool e drogas). Neste âmbito também foi investigado o EV dos trabalhadores.

Os trabalhadores que informaram ter diagnóstico de HA, foram direcionados a responder dois Questionários específicos, sendo um sobre Qualidade de Vida (MINICHAL) e o outro sobre práticas de Autocuidado (*Self Care of Hypertension*) referente a comorbidade autorreferida.

Foi enviado o convite para participação no estudo a 1.155 trabalhadores individualmente e para as 21 UAs com anuência concedida, para que replicassem estes e-mails na tentativa de alcançarmos os indivíduos em que não tinham sido obtidos os e-mails institucionais. Em média, foram enviados 46 e-mails, do questionário geral e do específico, entre agosto de 2022 e janeiro de 2023. Destes, apenas 1 respondeu negando a participação no estudo, selecionando “não” no TCLE. Os demais, ou responderam, ou não deram nenhum retorno aos pesquisadores.

Após o término da etapa *online*, o total de trabalhadores que responderam as questões do instrumento foi de 215. Destes, dois questionários foram excluídos em virtude de ter sido respondido duas vezes pelo mesmo servidor e também houve a exclusão de 4 participantes que estavam afastados das suas atividades laborais no período, ou sejam, que não atendiam aos critérios de inclusão. Deste modo, a amostra final da Etapa *online*, foi de 210 participantes, entre docentes e TAEs.

#### 5.4.2 Etapa 2 - Presencial

No decorrer da coleta de dados foi observada uma distribuição não homogênea de respostas por UA, onde algumas concentravam um número maior de participantes na Etapa 1 e, em outras, um número pequeno. Assim, para melhor operacionalização da etapa presencial, a equipe de pesquisa decidiu realizar a Etapa 2 nas unidades em que foram obtidas o maior quantitativo de respostas na etapa *online*. Assim, todos os trabalhadores que responderam o instrumento via *Forms* foram convidados para a segunda parte do estudo, mas foram selecionadas apenas 7 UAs para ida da equipe de coleta de dados, sendo uma da área de ciências biológicas, uma de ciências da saúde, uma de educação, três da área de tecnologia/ciências exatas/agronomia e uma com os trabalhadores alocados na Reitoria da IES.

Em detrimento da impossibilidade de a equipe de pesquisa realizar a coleta de dados presencial junto as UAs do interior, vinculadas a IES, os participantes do interior não puderam ser incluídos nesta etapa.

A realização da Etapa Presencial do estudo consistiu na realização das medidas casual: da pressão arterial (PA), glicemia capilar e antropometria (peso, estatura, circunferências do pescoço, da cintura e do quadril). Além das medidas de bioimpedância: índice de massa corporal (IMC), gordura corporal, gordura visceral e músculo esquelético.

Esta etapa foi realizada pela equipe de pesquisadores previamente treinada para realizar cada um dos procedimentos de medida. O objetivo foi garantir que os procedimentos fossem realizados de forma padronizada e de acordo com as Diretrizes brasileiras e consensos vigentes (BEN-NOUN; LAOR, 2004; GALLAGHER et al., 2000; ONROM, 2014; OMS, 1998; PITANGA; LESSA, 2004; WHO, 2000; WHO, 1998; WHO, 1996). Além disso, foi disponibilizado um “Manual de Procedimentos de Coleta de Dados”, elaborado pelos pesquisadores, contendo instruções normativas para todas as etapas da pesquisa.

Os diretores das UAs selecionadas foram previamente contactados pelos pesquisadores, por *e-mail* e/ou telefone, para agendamento e divulgação da coleta de dados. Em paralelo, aqueles que participaram da etapa 1 foram convidados e informados por *e-mail*, telefone e/ou *whatsapp* (quando informado), sobre o dia e horário que a equipe estaria na UA realizando as medidas.

Os participantes foram abordados de maneira individual e particular, em seu horário de trabalho, em locais pré-definidos e acordados com os diretores, que possibilitassem privacidade e tranquilidade para a realização das medidas.

Os dados coletados nesta etapa foram registrados em uma ficha de identificação, contendo: codificação do participante, nome completo, idade, sexo, *e-mail*, telefone e todas as medidas aferidas presencialmente e, posteriormente organizados em uma planilha do Excel feita pelas pesquisadoras.

A medida da pressão arterial foi realizada com aparelho digital de braço, seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Hipertensão Arterial de 2020 e manual do fabricante do aparelho (BARROSO et al., 2020). Aqueles que autorreferiram ter hipertensão, também foram considerados com o diagnóstico positivo, mesmo que apresentassem, nesta etapa, medida casual classificada como normotensão.

Inicialmente, foi realizado a seleção do manguito adequado ao tamanho do braço do participante, sendo realizada medida do ponto médio do braço direito, entre o acrômio e o olécrano, com uma fita métrica, a fim de não sub ou superestimar os valores pressóricos (BARROSO et al., 2020).

Após, foi solicitado ao participante sentar e apoiar o braço na mesa, mantendo na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (apoiado em mesa ou cadeira). Foram realizadas orientações, como não falar durante a aferição e não mover o braço até que todo o processo de insuflação fosse concluído.

Na finalidade de detectar diferenças expressivas de valores pressóricos entre os braços e minimizar efeitos da “síndrome do avental branco”, que alguns participantes poderiam manifestar, a primeira medida foi feita no braço direito e a segunda no braço esquerdo, sendo todos valores registrados. A terceira medida foi realizada no braço, cujo valores da PA foram mais elevados, sendo calculado a média das duas últimas medidas realizada no mesmo braço.

Os registros de valores da PA foram realizados sem “arredondamentos”. Nos participantes com PA acima de 150x90mmHg foi questionado o uso de medicação anti-hipertensiva e qual o último horário havia tomado. Em negativa, foi solicitado ao participante tomar sua medicação e permanecer em repouso aguardando no local por 30 minutos para nova medida da PA.

Nos casos que houve redução dos valores da PA, foi reforçado a importância de tomar as medicações corretamente e necessidade de retornar para avaliação com o seu médico o mais breve possível.

Estava previsto, que na condição do participante não fazer uso, ou não estar em posse de medicação anti-hipertensiva ou mesmo tomando medicação não ter melhora da sua pressão, o pesquisador deveria levá-lo ao serviço de saúde que fosse mais próximo ou de fácil acesso. Contudo, esta medida não foi necessária durante todo o período da coleta dos dados.

Os participantes foram classificados como tendo PA normal, quando os valores da medida casual estavam  $\leq 129$  e/ou  $\leq 84$ mmHg e PA aumentada quando os valores estavam entre  $\geq 139$  e/ou  $\geq 85$ mmHg (BARROSO et al., 2020).

A medida da estatura foi realizada conforme o Manual de Instruções da Balança de Bioimpedância da *Omron* (ONROM, 2014). Primeiramente foi solicitado o participante ficar descalço, permanecendo de pé na base do estadiômetro e posicionando-se de costas para o aparelho, tocando as escápulas, os glúteos e os calcanhares no suporte vertical do aparelho. A cabeça ereta, o olhar fixo para frente, com braços, mãos e ombros livremente descontraídos lateralmente ao tronco com as palmas das mãos voltadas para as coxas. Os calcanhares tocando o aparelho e as bordas internas mediais dos pés em uma abertura de aproximadamente, 60°. A parte móvel do estadiômetro tocando o vértice superior da cabeça, com sua base posicionada em ângulo de 90° com a arte fixa, sendo feita compressão suficiente para pressionar o cabelo até tocar a caixa craniana. O avaliador ficava posicionado a uma altura tal que sua visão estivesse no mesmo plano da parte móvel do estadiômetro, no momento que este tocasse o vértice superior da cabeça do participante (FREITAS JÚNIOR, 2022).

A medida da circunferência do pescoço (CP) foi realizada na menor circunferência do pescoço, logo acima da proeminência laríngea (pomo de Adão). Foi solicitado remoção de adereço que houvesse na região do pescoço e orientado o participante permanecer sentado,

olhando para frente. Foi considerado risco aumentado de  $\geq 37$  para os homens e  $\geq 34$  para as mulheres (BEN-NOUN; LAOR, 2004).

Para a medida da circunferência da cintura (CC), foi solicitado ao participante descobrir a região da cintura, sendo posicionado a fita métrica na região lombar, na menor circunferência ao nível da cintura, entre a última costela e a crista ilíaca. Como recomendado pela OMS, os valores que indicam risco metabólico elevado são:  $>102$  cm para homens e  $>88$  cm para mulheres. A medida da relação cintura-quadril (RCQ), também foi realizada com fita métrica posicionada ao redor do participante, na maior circunferência ao nível do glúteo máximo, sem compressão a pele. A CQ foi medida ao nível do trocanter maior e RCQ foi posteriormente calculada, considerando ponto de corte  $>0,90$  cm para homens e  $> 0,85$  cm para mulheres (WHO, 1998).

A avaliação da composição corporal é um importante aspecto na determinação das condições físicas, em diferentes processos relacionados à saúde. Para avaliar a composição corporal, a bioimpedância (BIA) usa a técnica de análise dos níveis de condução elétrica nos tecidos biológicos diante de várias frequências de correntes elétricas. Nesta investigação, a BIA foi realizada para avaliar as seguintes informações: IMC, gordura corporal, gordura visceral e músculos esqueléticos (SOSSOU et al., 2022).

Para a realização da bioimpedância foi utilizada a balança digital da marca OMRON HBF-514C, que possui capacidade máxima de 150kg. Os participantes foram orientados previamente a durante a medida subir na balança descalços e a segurar a braçadeira na altura dos ombros com os braços semiflexionados (ONROM, 2014). Os pesquisadores mostraram a todos como deveriam realizar todos os movimentos, antes e após subir na balança utilizada. Além disso, a equipe de pesquisa solicitou a retirada de acessórios do corpo, como relógios. Antes do início, os pesquisadores configuraram a balança com as informações necessárias como idade, sexo e altura.

Para a classificação do IMC dos participantes foi adotada a seguinte classificação, com seus respectivos pontos de corte: IMC normal ( $\leq 24,9 \text{Kg/m}^2$ ) e IMC aumentado ( $\geq 25,0 \text{Kg/m}^2$ ) (“The world health report 2000”, [s.d.]).

A classificação do percentual de gordura corporal foi diferenciada de acordo com o sexo, uma vez que a distribuição da gordura corporal em homens e mulheres é diferente. Assim, para mulheres, temos que: 18 a 39 anos – normal ( $\leq 32,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 33\%$ ); de 40 a 59 anos – normal ( $\leq 33,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 34\%$ ); e, para mulheres com 60 anos ou mais: normal ( $\leq 35,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 36\%$ ). Já para os homens, referente as mesmas faixas etárias,

as classificações são, respectivamente: normal ( $\leq 19,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 20\%$ ); normal ( $\leq 21,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 22\%$ ); e, normal ( $\leq 24,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 25\%$ ) (GALLAGHER et al., 2000).

Para a classificação da gordura visceral (GV) e do músculo esquelético (ME) adotou-se pontos de corte dicotômicos (normal e aumentado), conforme os valores estabelecidos pela *Omron Healthcare*. Foi considerada GV normal a que se apresentou  $\leq 9$  e aquelas  $\geq 10$ . Para a GV, a classificação ocorre conforme sexo e idade, sendo: para pessoas do sexo feminino, de 18 a 39 anos, normal ( $\leq 30,3$ ) e aumentado ( $\geq 30,4$ ). a 35,9 alto e  $\geq 35,4$  muito alto. Para a faixa etária de 40 a 59 anos: normal ( $\leq 30,1$ ) e aumentado ( $\geq 30,2$ ). Por fim, para mulheres de 60 a 80 anos: normal ( $\leq 29,9$ ) e aumentado ( $\geq 30$ ). Para o sexo masculino, seguindo a mesma faixa etária, temos: normal ( $\leq 39,3$ ) normal e aumentado ( $\geq 39,4$ ) normal ( $\leq 39,1$ ) e aumentado ( $\geq 39,2$ ); e, normal ( $\leq 38,9$ ) e aumentado ( $\geq 39$ ) (ONROM, 2014).

A dosagem da glicemia capilar foi realizada utilizando um aparelho portátil digital (glicosímetro Accu-Check® Performance da Roche Diagnóstica). A amostra de sangue dos participantes foi obtida a partir de uma punção na polpa do dedo indicador, utilizando um dispositivo de punção (lancetador) de uso individual e descartável.

O critério diagnóstico para glicemia aumentada foi o recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, e foi adotada a seguinte classificação para a glicemia casual, não necessariamente com o indivíduo em jejum: normal ( $< 199$ mg/dL) e elevada ( $\geq 199$  mg/dL). (COBAS et al., 2022).

O participante foi informado dos resultados e significado de cada uma de suas medidas, recebendo um cartão impresso contendo as respectivas informações e todas as medidas foram registradas em uma ficha de identificação do participante, contendo além da codificação do participante, idade, sexo, e-mail e telefone. Posteriormente as informações desta ficha foram inseridas aos respectivos dados dos participantes obtidos na etapa on-line.

Importante destacar aqui que tentamos alcançar o maior número de pessoas para a participação em todas as etapas do estudo. Além dos contatos realizados via e-mail e WhatsApp individualmente e em grupos de trabalho, com as informações da pesquisa, convite postado no site da IES, redes sociais e plataformas de trabalho do campus, houve divulgação, ainda, em eventos da universidade que ocorreram no período e em reuniões de colegiado.

Em decorrência da forma de adesão dos participantes no estudo, a coleta dos dados teve desdobramentos inesperados, resultando na composição de 2 amostras distintas. A

primeira, composta por participantes que somente responderam o instrumento *online* (116 participantes). A segunda, com aqueles que participaram das etapas *online* e presencial, (94 participantes). Deste modo, os dados foram analisados a partir do grupo amostral constituído.

Após respostas dos instrumentos utilizados neste estudo, os participantes receberam, por e-mail, a resposta sobre o que significava cada escore que obtiveram, com os respectivos aconselhamentos sobre Estilo de Vida e Qualidade de Vida/Autocuidado para o que referiram HA.

### 5.5 Análise dos dados

O banco de dados foi inicialmente organizado e estruturado, por dois digitadores independentes, em uma planilha do *software Excel 2016*. Inicialmente as informações foram trabalhadas com métodos de análise descritiva, por meio de cálculo das frequências medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio-padrão).

A comparação entre as variáveis qualitativas foi feita utilizando o Teste de Qui-Quadrado ou o Teste Exato de *Fisher*, conforme detectado ser mais apropriado. Entre duas médias (variáveis quantitativas), foi usado o teste *paramétrico T de Student* (se distribuição normal) ou o teste *Mann-Whitney* (distribuição anormal), considerando as ocasiões em que o teste paramétrico não pôde ser realizado por não satisfazer os pressupostos necessários.

As informações foram armazenadas, recategorizadas conforme necessidade e analisadas estatisticamente com o auxílio dos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0 ou do programa R 4.2.3. Para todas a análise foi fixado um nível de significância *alpha* de 0,05 e um coeficiente de confiança de 95%.

Os efeitos das variáveis na hipertensão foram estimados por razão de chance, obtidas por regressão logística, com variância bivariada estimada pelo *Odds Ratio (OR)*. As razões de chance foram apresentadas com o intervalo de confiança de 95% e o valor de  $p \leq 0,05$ . Todos os dados foram analisados com o auxílio de um profissional estatístico.

As análises foram realizadas conforme o tipo de estudo proposto em cada manuscrito apresentado. No artigo 1 foi trabalhada uma análise estatística descritiva e inferencial, calculando a diferença entre grupos (HA autorreferida sim ou não com as demais variáveis investigadas), através do teste do *Qui-quadrado de Pearson* ou *Teste Exato de Fisher*, considerando nível de significância de 5% e valor  $p \leq 0,05$ .

Já no artigo 2, foi verificada a associação da PA normal e da PA alterada, conforme aferição da PA casual ou HA autorreferida, com as demais variáveis investigadas neste estudo, onde foram estimadas as razões de chance por *OddsRatio (OR)*, utilizando o modelo de regressão simples com intervalo de confiança de 95% (IC95%). E foram analisados, ainda, de forma descritiva e inferencial, também calculando a diferença entre grupos, os participantes com HA que responderam os questionários específicos, quanto ao déficit de autocuidado ou adequado autocuidado, e sua percepção de QV, utilizando os mesmos testes do artigo 1.

Na análise univariada foram selecionadas as variáveis que apresentarem o valor de  $p \leq 0,05$  inicialmente. A técnica foi por meio de Regressão Logística, onde foram dispostas as variáveis selecionadas a partir dos resultados do *p-valor* e os fatores associados a variável de desfecho HA.

## 5.6 Aspectos éticos

Atendendo a resolução 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, estabelecendo normas que visam a proteção dos participantes de pesquisa, conforme preceitos éticos vigentes. Este projeto está vinculado a um projeto macro envolvendo pesquisa documental e procedimentos com seres humanos, intitulado: “Consolidando a Escola de Enfermagem de Manaus como Escola Promotora de Saúde – EPS”. Obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, sob o CAAE: 54136821.7.0000.5020 (Anexo A). Os trabalhadores autorizaram a sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo estão registrados os resultados e discussão da pesquisa no formato de dois manuscritos, sendo eles:

**Manuscrito 1:** Perfil sociodemográfico e de saúde de trabalhadores universitários, segundo hipertensão arterial autorreferida.

**Manuscrito 2:** Prevalência e fatores de risco associados à hipertensão arterialem trabalhadores universitários.

### 6.1 MANUSCRITO 1

Os dados referentes a este artigo seguiram aos itens recomendados para artigos originais da Revista Gaúcha de Enfermagem, fator de impacto: 0.247.

## TRABALHADORES UNIVERSITÁRIOS: ESTILO DE VIDA E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o estilo de vida e práticas de autocuidado dos trabalhadores universitários, com ênfase na hipertensão autorreferida. **Método:** Estudo descritivo, transversal, com trabalhadores de uma Instituição de Ensino Superior no Amazonas. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de instrumento *online* composto por questões semiestruturadas para levantamento das condições: socioeconômicas, laborais e Saúde. As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva, adotando intervalo de confiança de 95% e valor de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** Dentre o total de 210 participantes da pesquisa, 142 (67,6%) eram docentes e 68 (34,4%) eram técnicos administrativos. Destes, 41 (19,5%) informaram ter hipertensão arterial. Houve diferenças entre os grupos com e sem hipertensão quanto a: idade, número de filhos, prática de fé, tempo de atuação na instituição e histórico de diabetes. **Conclusão:** Os resultados mostram que os trabalhadores necessitam de atenção e cuidado para melhor prevenir condição de adoecimento por hipertensão. O incentivo a boas práticas de autocuidado deve estar entre os principais pilares de prioridade da cultura institucional. A implantação de programas efetivos, como o Movimento das Universidades Promotoras de Saúde podem tornar o ambiente laboral mais saudável, reduzindo os riscos e danos permanentes a saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles que já convivem com a hipertensão.

**Descritores:** Doenças cardiovasculares. Hipertensão arterial sistêmica; Estilo de vida.

### INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Dentre os óbitos, mundialmente, estima-se que 85% ocorreram devido a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (OPAS, 2020; PRÉCOMA et al., 2019).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento das DCVs, destaca-se a Hipertensão Arterial (HA), caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA) e apresenta elevadas prevalências em todo o mundo, sendo considerada principal fator de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades associadas, tais como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita (BARROSO et al., 2020; PERUMAREDDI, 2019).

Existem condições intrínsecas e extrínsecas aos indivíduos que podem torná-los mais ou menos susceptíveis ao desenvolvimento desta comorbidade. Dessas, os fatores modificáveis, principalmente os associados ao estilo de vida adotado, são o alvo dos profissionais de saúde com relação a prevenção e ao tratamento da HA, pois dependem de

escolhas a serem realizadas por cada indivíduo, em todas as faixas etárias, podendo ser fator de risco ou de proteção (BARROSO et al., 2020).

Estudo realizado em cinco municípios no estado da Bahia, Brasil, concluiu que ações de redução dos estressores ocupacionais podem prevenir o adoecimento crônico associado ao trabalho, assim como proteger a saúde dos trabalhadores (NOVAES NETO; ARAÚJO; SOUSA, 2020). Em outro, foi identificado que a maioria dos docentes realizava atividade física irregular ou era sedentário (68,6%), estavam com sobrepeso/obesidade (50,7%) e referiram consumir bebida alcoólica (77,5%) (FIOREZI, 2013).

Ao considerar a sua evolução clínica permanente, bem como as complicações que pode gerar, esta pode ocasionar uma série de transformações. Impactos negativos podem ocorrer no âmbito da qualidade de vida (QV) e do autocuidado, ligadas, inclusive, ao autoconceito, em função de sua possibilidade de agravo e dificuldade de aceitação e adaptação à sua nova realidade de saúde (BORGES et al., 2022).

Para um controle efetivo da HA é necessária a prática do autocuidado adequada para que situações de urgência/emergência não ocorram e para que, apesar do diagnóstico, o indivíduo consiga viver bem e continue realizando suas atividades normalmente e de forma independente. Assim, o indivíduo deve assumir papel ativo no controle da sua saúde, por meio um autocuidado efetivo, fortalecendo a sua autorresponsabilidade frente a sua saúde e gerando benefícios para si e para o seu ambiente social.

Um dos contextos que chamam a atenção são os impactos negativos que podem ser gerados quando há elevada prevalência de HA no ambiente laboral, principalmente quando o ambiente de trabalho do indivíduo é um dos fatores que contribui para o desenvolvimento da doença e/ou das suas complicações relacionadas. Estudo realizado em cinco municípios no estado da Bahia, Brasil, concluiu que ações de redução dos estressores ocupacionais podem prevenir o adoecimento crônico associado ao trabalho, assim como proteger a saúde dos trabalhadores (NOVAES NETO; ARAÚJO; SOUSA, 2020).

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, da chamada “Agenda 2030”, o objetivo 8 tem por finalidade: “Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos” (“ODS 8, sobre trabalho decente e crescimento econômico, é um dos Objetivos do Mês em maio”, [s.d.], p. 8), destacando, assim, a importância de um ambiente de trabalho que também promova saúde.

Ao considerar que estudos com trabalhadores que atuam no contexto do ensino sobre esta temática são escassos, os achados desta investigação permitiram melhor conhecer o estilo de vida e práticas de autocuidado para prevenção e controle da hipertensão. Mostra a importância do diagnóstico situacional de saúde como elemento fundamental para que as ações de promoção da saúde e bem-estar sejam desenvolvidas em articulação com as necessidades de atenção e cuidado do grupo envolvido. Deste modo, o objetivo deste estudo é: Caracterizar o estilo de vida e práticas de autocuidado dos trabalhadores universitários, com ênfase na hipertensão autorreferida.

## **MÉTODO**

Estudo de caráter exploratório descritivo transversal, realizado com trabalhadores vinculados a uma universidade pública do Amazonas (Brasil), foi realizado entre agosto de 2022 a janeiro de 2023, nas Unidades Acadêmicas (UAs) da capital e do interior, de forma *online*.

Os docentes e técnicos administrativos (TAEs), ou seja, não docentes, atuantes nas UAs foram convidados a responder um instrumento de forma *online* com questões objetivas relacionadas aos desfechos do estudo. As gestantes e os demais trabalhadores que estavam em condição de afastamento por quaisquer que fossem os motivos (férias, licenças: maternidade/paternidade, capacitação ou doença) foram excluídos.

Foram enviados os convites de participação para o *e-mail* institucional de todos os trabalhadores, no mínimo duas vezes por semana, durante todo o período de coleta dos dados (agosto/2022 a fevereiro/2023), com a explicação sobre o estudo, objetivos, e o link de acesso as perguntas. Em paralelo, também se utilizaram outras estratégias de mobilização e envolvimento do público-alvo, como vídeo de curta duração e folheto digital. Estes recursos foram disponibilizados nos sites e nas redes de comunicação interna de cada UA envolvida.

Ao considerar o universo de trabalhadores da universidade onde o estudo foi realizado, a amostra foi constituída de forma aleatória e não probabilística, de modo que todos os trabalhadores foram convidados a participar do estudo e puderam escolher ou não participar.

Para avaliação do estilo de vida, foi utilizado o Questionário denominado: “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, composto por 25 questões subdivididas em nove domínios. Para análise neste estudo foram adotados os seguintes grupos e pontos de corte: Necessita melhorar à Regular ( $\leq 54$  pontos) e Bom à Excelente ( $> 54$  pontos).

Os participantes que informaram ter diagnóstico de HA foram convidados a responder dois outros questionários específicos, sendo um sobre Qualidade de Vida (MINICHAL) e outro sobre práticas de Autocuidado (*Self Care of Hypertension*). O MINICHAL, é composto por 17 questões e dois domínios (Estado Mental e Manifestações Somáticas). Quanto mais próximo do zero estiver o resultado, maior a sua percepção de uma boa QV. O domínio Estado Mental tem pontuação máxima de 27 pontos e o domínio Manifestações Somáticas tem pontuação máxima de 21 pontos. O *Self Care of Hypertension* é classificado como déficit de autocuidado (<70 pontos) ou adequado autocuidado ( $\geq 70$  pontos), referente a Manutenção, Manejo e Confiança diante da comorbidade autorreferida (SCHULZ et al., 2008; SILVEIRA, 2015).

Os dados foram organizados em tabelas de *Excel* depois transferidos para o *SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*) para análise estatística descritiva e inferencial. Foi calculado a diferença entre grupos através do teste do *Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher*, considerando nível de significância de 5% e valor  $p \leq 0,05$ .

Este estudo está vinculado a um projeto intitulado: Consolidando a Escola de Enfermagem de Manaus como Escola Promotora de Saúde – EPS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, sob o CAAE: 54136821.7.0000.5020.

## RESULTADOS

A amostra final foi de 210 participantes, sendo 142 (67,6%) docentes e 68 (34,4%) TAEs. O total de participantes que informou ter HA foi 41 (19,5%), sendo a maioria docente [26(63,4%)]. Destes, 32 (78%) responderam os instrumentos específicos sobre QV e Autocuidado.

Na comparação entre os grupos de participantes com e sem hipertensão, a Tabela 1 mostra que a maioria dos participantes que referiram ter hipertensão é do sexo masculino [61% ( $p \leq 0,0220$ ), com média de idade de 51,9( $\pm 10,7$ ) anos, tendo  $\geq 1$  filhos [85,4% ( $p \leq 0,004$ )] e praticantes de alguma fé [90,2% ( $p \leq 0,022$ ).

**Tabela 1** - Condições sociodemográficas dos trabalhadores universitários, conforme Hipertensão Arterial autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023.

Variáveis	Hipertensão Autorreferida		P-valor
	Não	Sim	
	169 (80,5%)	41 (19,5%)	
<b>Sexo</b> <sup>n(%)</sup>			
Feminino	102 (60,4)	16 (39)	<b>0,022</b>
Masculino	67 (39,6)	25 (61)	

<b>Idade</b> (média/±)			
Mean(Sd)	43,5 (9,7)	51,9 (10,7)	<0,001**
<b>Estado Marital</b> n(%)			
Com Companheiro	116 (68,6)	30 (73,2)	0,572*
Sem Companheiro	53 (31,4%)	11 (26,8)	
<b>Filhos</b> n(%)			
Não	65 (38,5)	6 (14,6)	<b>0,004</b>
Sim	104 (61,45)	35 (85,4)	
<b>Quantidade de Filhos</b> n(%)			
Até 2 filhos	87 (83,7)	25 (71,4)	0,114
3 ou mais filhos	17 (16,3%)	10 (28,6)	
<b>Praticante de uma fé</b> n(%)			
Não	45 (26,6)	4 (9,8)	<b>0,022</b>
Sim	124 (73,4)	37 (90,2)	
<b>Renda Mensal Familiar</b> n(%)			
1-3 Salários Mínimos	11 (6,5)	2 (4,9)	0,920
4-10 Salários Mínimos	103 (60,9)	25 (61)	
>10 Salários Mínimos	55 (32,5)	14 (34,1)	
<b>Pessoas Dependentes da Renda</b> n(%)			
Até 2	82 (48,5)	15 (36,6)	0,169
3 ou mais	87 (51,5)	26 (63,4)	
<b>Escolaridade</b> n(%)			
Superior sem Doutorado	92 (54,4)	25 (61)	0,450
Superior com Doutorado	77 (45,6)	16 (39)	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Qui-quadrado/\*Teste Exato de Fisher/\*\*T-Student

Dentre os que referiram ter diagnóstico da HA [41(19,5%)], percentual expressivo (63,4%)atuava na docência, com diferença entre os que informaram tempo de vínculo institucional até 5 anos [75,7% vs90,2%( $p=0,042$ )], (Tabela 2).

**Tabela 2** – Características laborais dos trabalhadores universitários, conforme Hipertensão Arterial autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023.

Variáveis	Hipertensão Autorreferida		P-valor
	Não	Sim	
	169 (80,5%)	41 (19,5%)	
<b>Função Laboral</b> n(%)			
Docente	116 (68,6)	26 (63,4)	0,521
Não docente	53 (31,4)	15 (36,6)	
<b>Tempo de Atuação</b> n(%)			
Até 5 anos	128 (75,7)	37 (90,2)	<b>0,042</b>
6 Anos Ou Mais	41 (24,3)	4 (9,8)	
<b>Transporte</b> n(%)			
Carro/Moto	149 (88,2)	37 (90,2)	0,778
Transporte Coletivo	16 (9,5)	3 (7,3)	
Caminhando	4(2,4)	1 (2,4)	
<b>Tempo de deslocamento</b> n(%)			
Até 1 Hora	158 (93,5)	39 (95,1)	0,697

Mais De 1 Hora	11 (6,5)	2 (4,9)	
<b>Afastamento do trabalho</b> <sup>(até 12 meses)n(%)</sup>			
Não	127 (75,1)	26 (63,4)	0,130
Sim	42 (24,9)	15 (36,6)	
<b>Motivo de Afastamento</b> <sup>n(%)</sup>			
Doença	36 (85,5)	12 (80)	0,602
Outros Motivos	6 (14,3)	3 (20)	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Em relação ao perfil de saúde dos participantes, a Tabela 3 mostra que a autorreferência de diabetes mellitus foi mais prevalente no grupo de hipertensos[24,4%( $p < 0,001$ )]. Chama a atenção que quase a totalidade dos participantes, tendo ou não hipertensão foram considerados como tendo estilo de vida entre bom a excelente (91,7% e 95,1%), não havendo diferenças entre os grupos ( $p \leq 0,461$ ).

**Tabela 3** – Perfil de saúde dos servidores universitários, segundo hipertensão autorreferida, Manaus – AM (Brasil), 2022/2023.

Variáveis	Hipertensão Autorreferida		P-valor
	Não 169 (80,5%)	Sim 41 (19,5%)	
<b>Diabetes Mellitus</b> <sup>n(%)</sup>			
Não	161 (95,3)	31 (75,6)	<b>&lt; 0,001</b>
Sim	8 (4,7)	10 (24,4)	
<b>Outras Doenças</b> <sup>n(%)</sup>			
Não	125 (74)	31 (75,6)	0,829
Sim	44 (26)	10 (24,4)	
<b>Doença últimos 3 meses</b> <sup>n(%)</sup>			
Não	116 (68,6)	27 (65,9)	0,731
Sim	53 (31,4)	14 (34,1)	
<b>Afastamento por doença</b> <sup>n(%)</sup>			
Não	136 (80,5)	29 (70,7)	0,173
Sim	33 (19,5)	12 (29,3)	
<b>Dias de Afastamento</b> <sup>n(%)</sup>			
1-15 Dias	26 (78,8)	10 (83,3)	0,736
Mais De 15 Dias	7 (21,2)	2 (16,7)	
<b>Autoavaliação da condição de Saúde</b> <sup>n(%)</sup>			
A Melhorar/Regular	80 (47,3)	26 (63,4)	0,065
Muito Bom/Excelente	89 (52,7)	15 (36,6)	
<b>Hábitos que melhoraram</b> <sup>n(%)</sup>			
Alimentação/Atividade Física/ Sono e Repouso	90 (53,3)	25 (61)	0,373
Sexual	18 (10,7)	1 (2,4)	0,100
Vícios (Droga/Álcool)	17 (10,1)	4 (9,8)	0,945
<b>Hábitos que pioraram</b> <sup>n(%)</sup>			

Alimentação/Atividade Física/ Sono e Repouso	90 (53,9)	25 (61)	0,414
Sexual	18 (10,7)	1 (2,4)	0,100
Vícios (Droga/Álcool)	17 (10,1)	4 (9,8)	0,954
<b>Pontuação do Estilo de Vida – FANTÁSTICO M(DP)</b>	68,86 (10)	69,83 (8,9)	0,575
<b>Classificação "Estilo de Vida Fantástico"</b>			
Necessita melhorar à Regular <sup>(≤54 pontos)</sup>	14 (8,3)	2 (4,9)	0,461
Bom à Excelente <sup>(&gt;54 pontos)</sup>	155 (91,7)	39 (95,1)	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

A Tabela 4, apresenta a mediana de pontuação alcançada em cada domínio do Questionário “EVF”. As pontuações mostram que os participantes apresentaram pontuações mais elevadas nas questões relacionadas aos domínios: cigarro/drogas e sono/cinto de segurança/estresse/sexo seguro, com medianas de 14,1 e 14,2 pontos respectivamente. Os domínios com menores pontuação foram: Trabalho, Atividade e comportamento cujas medianas foram somente de 2,0, 4,4 e 3,9 pontos. Cabe destacar, que o grupo investigado alcançou pontuações abaixo dos valores de referência em todos os domínios, especialmente no que se refere a: “família e amigos”, “atividade”, “nutrição”, “comportamento”, “introspecção” e “trabalho”, indicando que estas áreas são de maior vulnerabilidade e, portanto, com maior necessidade de intervenção.

**Tabela 4** – Análise interna do Estilo de Vida Fantástico. Manaus – AM (Brasil), 2022/2023.

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>Mediana (IQ)</b>	<b>Valor de Referência</b>
Família e amigos	6 (0-8)	8
Atividade	3,4 (0-8)	8
Nutrição	7,2 (0-12)	12
Cigarro e drogas	14,1 (6-16)	16
Álcool	10 (1-12)	12
Sono/cinto de segurança/estresse/sexo seguro	14,2 (4-20)	20
Comportamento	3,9 (0-8)	8
Introspecção	7 (0-12)	12
Trabalho	2,9 (0-4)	4

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Os participantes hipertensos, que responderam ao Questionário que avalia as práticas de autocuidado, apresentaram média de 55,6 ( $\pm 19$ ) na dimensão Manutenção do Autocuidado. No Manejo do Autocuidado a média foi de 55,1 ( $\pm 19$ ) pontos, enquanto a Confiança no

Autocuidado obteve valores mais elevados, com média de 73,1 ( $\pm 19$ ) pontos. Na avaliação geral, o percentual de participantes com déficit de autocuidado foi mais elevado nas dimensões Manejo e Manutenção com 78,1% e 71,9%, respectivamente, seguida pela Dimensão Confiança com 43,8.

A maioria dos trabalhadores com HA que foram classificados com “déficit de autocuidado” nas dimensões Manutenção e Manejo eram do sexo masculino (60,9% e 52%), com 51,3 ( $\pm 11,8$ ) e 53,8 ( $\pm 10,8$ ) anos de idade, referiu ter companheiro (73,9% e 72%), e filhos (82,6% e 84%). Também informaram ser praticante de uma fé (82,6% e 88%), ter renda familiar de 4 a 10 salários-mínimos (73,9% e 64%), com 3 ou mais pessoas dependentes desta renda (60,9% e 56%) e embora escolaridade superior, não grau de doutorado (73,9% e 60%). Quanto as atividades laborais a maioria informou ser docente (65,2% e 68%), com mais de 6 anos ou mais de atuação (73,9% e 76%) na IES. Quase a totalidade informou utilizar carro/moto (91,3% e 96%), com tempo de percurso de até 1 hora de deslocamento de casa para o trabalho (91,3% e 92%). A maioria não precisou se afastar do trabalho nos últimos 12 meses (60,9% e 68%) e não tinham DM (73,9% e 72%). A diferença nas duas dimensões foi que mais da metade dos participantes considerou a sua condição de saúde como “a melhorar/regular” (69,6%) e na dimensão Manejo a maioria avaliou a sua condição de saúde como “bom à excelente” (96%).

Na seção C sobre Confiança no Autocuidado, a maioria dos participantes com déficit neste aspecto já eram do sexo feminino (64,3%), idade média de 50,1 ( $\pm 9,5$ ), com companheiro (71,4%), filhos (85,7%), praticante de uma fé (78,6%), renda familiar de 4 a 10 salários mínimos (78,6%), com 3 ou mais pessoas dependentes desta renda (78,6%) e escolaridade superior sem doutorado (71,4%). Quanto as atividades laborais eram, em sua maioria, docentes (64,3%), com mais de 6 anos ou mais de atuação (64,3%), que utilizavam carro ou moto para deslocamento até o local de trabalho (92,9%) e levavam até 1 hora para deslocar de casa para o trabalho (92,9%). A maioria não precisou se afastar do trabalho nos últimos 12 meses (71,4%), não tinham DM (71,4%) e avaliaram sua condição de saúde como “a melhorar/regular” (78,6%).

Os resultados referentes a QV estão detalhados na tabela 5. Todos os participantes, no contexto geral, classificaram-se mais próximos de uma boa percepção deste parâmetro na pontuação total. Por domínio, o “Estado Mental” foi o que obteve pontuação máxima mais próxima de uma percepção ruim de QV, o que mostrou ser o aspecto mais frágil destes trabalhadores.

Tabela 05 – Distribuição da amostra segundo as dimensões do MINICHAL e score total. Manaus/Amazonas 2022-2023.

<b>DOMÍNIO</b>	<b>Mínimo obtido</b>	<b>Máximo obtido</b>	<b>Média</b>	<b>Valores máximos de referência</b>
Manifestações Somáticas	0	12	3,2 ( $\pm 3,3$ )	18
Estado Mental	0	20	4,2 ( $\pm 4,4$ )	30
Total MINICHAL	0	33	7,8 ( $\pm 7,5$ )	50

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

Neste estudo a prevalência de PA autorreferida entre os trabalhadores foi de 19,5%, percentual bem mais elevado, do encontrado entre docentes universitários da Bahia (Brasil), em que 6,1% dos participantes apresentaram valores pressóricos elevados. Por outro lado, estudos com trabalhadores que atuavam no contexto do ensino identificou que 30% dos professores/técnicos administrativos de uma IES e 24,9% docentes de educação básica, estavam com valores da pressão arterial aumentado (ANDRADE; FERNANDES, 2016; DOBRACHINSKI et al., 2022; SERGIO; SÃO-JOÃO, 2018).

Nos achados desta investigação, a idade dos participantes também foi estatisticamente significativa, mostrando a relação entre idade mais avançada e HA autorreferida como fator de risco. Em inquérito telefônico realizado no Brasil, no conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de HA foi de 26,3% e esta frequência aumentou a cada 1 ano a mais na idade (BRASIL, 2021).

Ter filhos também mostrou ser fator significativo para o grupo HA, com  $p=0,004$ , correspondendo a 85,4% do grupo com HA autorreferida. Em estudo realizado com 957 adultos em Campinas, São Paulo, Brasil, foi significativamente superior no sexo feminino, nos que se autodeclararam ser da raça/cor preta, nos que tinham um ou mais filhos, e nos indivíduos de menor escolaridade (ZANGIROLANI et al., [s.d.]).

Neste estudo, também houve diferença estatística para a pergunta “praticante de uma fé” ( $p=0,022$ ). Investigação internacional encontrou que o enfrentamento com religião/espiritualidade foi associado à diminuição do risco de hipertensão em mulheres afro-americanas, especialmente entre aquelas que relataram níveis mais elevados de estresse (COZIER et al., 2018).

Quanto ao tempo de atuação na IES, os participantes que referiram ter mais tempo de atuação tenderam a ter uma melhor PA quando comparados com os trabalhadores com menos

tempo de trabalho naquele local. Estudo composto por docentes da educação básica da rede pública estadual de uma cidade brasileira obteve achado semelhante, no qual quanto maior o tempo de serviço no local, menor foi a prevalência de HA com  $p=0,003$  (VIEIRA et al., 2020).

O diagnóstico de DM também foi mais prevalente entre os participantes com HA autorreferida, somando-se a evidências já existentes na literatura sobre este aspecto. Estudo que investigou PA elevada em servidores de universidades públicas no norte do Brasil identificou que aqueles com níveis pressóricos elevados em medida casual também apresentaram diferenças quanto a presença de HA [41,7% ( $p=0,002$ )], diabetes mellitus [25% ( $p=0,001$ )], estar obeso ou acima do peso [58,3% ( $p=0,0001$ )]. Investigação conduzida em Vitória, Espírito Santo, Brasil, mostrou prevalência de 8,2% (IC95%: 6,6-10,1) de DM e 21,9% (IC95%: 19,5-24,6) de HAS, e foi observado que entre aquelas com diagnóstico de HA existia uma prevalência 3,4 vezes (IC95%: 2,11-5,47) maior de DM (RIBEIRO et al., 2021; SANTIAGO et al., 2021).

Em relação ao estilo de vida, chama a atenção a baixa pontuação dos domínios avaliados, quando comparados aos valores de referência. Também que configuram, comportamentos que se modificados adequadamente podem evitar o adoecimento e agravos permanentes a saúde.

Exceto cigarro e drogas, álcool e sono/cinto de segurança/estresse/sexo seguro, todos os outros domínios obtiveram como escolha a menor das opções dentro do instrumento utilizado. Em relação à prática de atividade física a média de pontuação dos participantes foi de 3,4 em um valor de referência de máximo 8. Estudo que investigou o EV em docentes da área da saúde concluiu que o Domínio Atividade física os resultados apontam que os docentes de ambos os sexos variaram a prática de atividade física entre quase nunca e algumas vezes, onde o valor médio global foi de 2.83 ( $\pm 1,5$ ) pontos. No geral, o EV foi considerado “Regular”, necessitando de pequenas mudanças nos hábitos de vida, semelhante ao identificado neste estudo (SILVA et al., 2017).

As práticas de autocuidado dos trabalhadores com hipertensão foram predominantemente deficitárias, especialmente na seção B referente ao Manejo do Autocuidado em situações de aumento da PA e/ou na ocorrência de sintomas relacionados a isto.

Semelhante a isto, revisão de escopo publicada em 2022 sobre gestão do autocuidado para hipertensão no Sudeste Asiático encontrou que poucos estudos indicaram práticas tradicionais adequadas de autocuidado entre as populações hipertensas daquela região e que, para mudar este cenário em benefício dessas pessoas, pode exigir uma abordagem multifocada, incluindo a escolha pessoal, bem como fatores externos, como relevância cultural, ambiente e recursos (IRWAN et al., 2022).

Na Etiópia, 53,1% dos pacientes apresentaram práticas inadequadas de autocuidado em relação à hipertensão. Não frequentar educação formal [AOR = 2,15; IC 95% (1,74; 6,39);  $p \leq 0,001$ ], pressão arterial não controlada [AOR = 2,14 IC 95% (1,27; 3,61);  $p = 0,003$ ], outras doenças crônicas [AOR = 1,48; IC 95% (0,25; 7,73);  $p \leq 0,001$ ], atitude desfavorável em relação à hipertensão [AOR = 3,13; IC 95% (1,95; 7,52);  $p \leq 0,001$ ] e apoio social deficiente [AOR = 2,75; IC 95% (1,45; 6,43);  $p \leq 0,001$ ] foram preditores independentes de má prática de autocuidado (MELAKU et al., 2022).

Nesta investigação os homens apresentaram maior percentual de classificação em déficit de autocuidado: 60,9% na seção A e 52% na B. As mulheres apresentaram maior déficit apenas na seção C (64,3%) relacionada a autoconfiança em seu autocuidado frente a HA. Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em Fortaleza-Ceará (Brasil), identificou como fator condicionante para o autocuidado ser do sexo feminino (71,7%)(MENDES et al., 2016).

Em relação a QV dos trabalhadores com HA, o domínio “Estado Mental” foi o que mostrou ser o aspecto mais frágil dos participantes, com média de 4,2 pontos. Diferentemente do encontrado em estudo realizado com pacientes atendidos na atenção primária em saúde em Teresina-Piauí (Brasil), em que foi possível perceber que os hipertensos apresentaram um melhor índice de qualidade de vida neste domínio. Neste estudo os escores foram transformados em escala com variação de 0 a 100, onde foi multiplicado cada um deles por (100/27) no domínio estado mental, de forma que os valores mais altos representassem uma melhor qualidade de vida. Como resultado, obteve-se média de 92 pontos para este domínio, relacionado a sono, relações sociais, tomada de decisões, pensamentos sobre a vida, dentre outras (DAMACENA et al., 2020).

Foi considerado como limitação desta investigação a baixa adesão dos trabalhadores, docentes e não docentes, mesmo com várias e diferentes iniciativas de incentivo à participação do público-alvo. Isto leva-nos a propor investimento na investigação das causas

de não adesão por parte destes trabalhadores a algo que poderá levar benefícios a curto, médio e longo prazo.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que o contexto de saúde dentro do âmbito universitário está fragilizado e, caso não ocorram melhorias, a situação pode ser agravada e mais trabalhadores podem adquirir doenças crônicas ou, ainda, agravar aqueles que já possuem. Pois tanto o EV do grupo em geral, como a QV e autocuidado dos hipertensos mostraram resultados preocupantes.

A HA é um importante problema de saúde pública no mundo, e a sua incidência ou agravamento devido o ambiente laboral, com ênfase, aqui, no contexto universitário, é um importante fator a ser investigado, de modo a identificar precocemente focos de intervenção para que o cuidado com a saúde seja realizado dentro e fora do contexto de trabalho.

Buscamos aqui fomentar as informações sobre a temática e identificar pontos passíveis de melhoria para a saúde do trabalhador e promover saúde dentro da universidade. Para corroborar os achados, há uma escassez de literatura relevante, principalmente quando buscamos estudos que utilizaram o instrumento *Self Care of Hypertension Index – SC-HI*, adaptado e validado no Brasil há 3 anos.

Assim, intervenções comprometidas para minimização dos fatores de risco de adoecimento dos trabalhadores, especialmente no que se refere às ações que incentivam a adoção de estilos de vida saudáveis e de boas práticas, que se estendam do individual para o coletivo e do pessoal para o institucional são necessárias, tanto para redução da incidência de HA, quanto para o seu agravamento.

No âmbito universitário é significativa a proporção de adultos que adota ou tenta adotar mudanças no estilo de vida para o controle de doenças, mas ainda existem lacunas que podem ser preenchidas para melhoria deste aspecto, principalmente reafirmando o papel central da IES como promotora de políticas de saúde capazes de alterar positivamente o cenário atual. Melhorando estes aspectos gerais, os específicos, como a QV e o autocuidado, daqueles que já possuem o diagnóstico de uma doença crônica como a HA, podem ter o seu percurso alterado positivamente.

## 6.2 MANUSCRITO 2

Os dados referentes a este artigo seguiram aos itens recomendados para artigos originais dos Cadernos de Saúde Pública.

### **TRABALHADORES UNIVERSITÁRIOS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: ASSOCIAÇÃO COM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA E ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS**

**Objetivo:** Estimar a associação entre hipertensão arterial, com as condições sociodemográficas, de estilo de vida e índices antropométricos entre trabalhadores universitários. **Método:** Estudo com delineamento transversal e de associação, realizado com trabalhadores universitários do Amazonas, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de instrumento *online* composto por questões semiestruturadas para levantamento das condições: socioeconômicas (sexo, idade, estado marital, filhos, renda, escolaridade), Laborais (função, tempo de atuação, tempo de deslocamento) e Estilo de Vida. Foi estimado o risco para o desenvolvimento de hipertensão entre os participantes. **Resultados:** Os trabalhadores do sexo masculino possuem 4,51(IC 95% [1,45 – 16,3]) vezes mais chance de desenvolver hipertensão em comparação ao sexo feminino. Assim os classificados com risco metabólico elevado, que tiveram 4,66(IC 95% [1,50 – 16,6]) mais chance de vir a ter hipertensão. **Conclusão:** O estudo permitiu identificarmos um fator modificável importante para prevenção do RCV em trabalhadores universitários: circunferência da cintura, a qual está interligada com IMC, sobrepeso/obesidade. O conhecimento das reais necessidades de cuidados de saúde dos trabalhadores permite que estratégias de promoção de saúde no ambiente de trabalho sejam implementadas de forma mais efetiva e possibilitando resultados positivos para a comunidade, em curto, médio e longo prazo.

**Descritores:** Doenças cardiovasculares. Hipertensão arterial sistêmica; Estilo de vida.

### **INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial (HA) é uma das doenças crônicas mais prevalentes em todo o mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta (28). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2021, mostraram que, no conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de HA foi de 26,3%, sendo 27,1% entre as mulheres e 25,4% entre os homens. Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (BRASIL, 2021).

De modo geral, as pessoas enfrentam diferentes condições de risco ou de proteção para desenvolver HA. A literatura define que os riscos para ter HA considerados não modificáveis são essencialmente: ser do sexo masculino, ter idade avançada e/ou história familiar da doença. Em relação aos fatores de risco possíveis de serem mudados destaca-se os valores antropométricos como: índice de massa corpórea (associado a sobrepeso/obesidade), gordura corporal/visceral, músculo esquelético e circunferências da cintura/quadril (4).

Contudo, é importante ressaltar que a presença de uma doença crônica, como é o caso da HA, envolve outros tipos de riscos como: as condições sociais, econômicas, ambientais e culturais. Estas podem ser transformadas desde que sejam devidamente monitoradas e consideradas nas ações de planejamento e no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Ações com objetivo de contribuir para que o grupo, povo ou nação alcancem melhores potenciais de saúde, a partir de melhorias equânimes das suas condições de vida e bem-estar.

Um dos contextos que chamam a atenção e que vem sendo objeto de estudo no mundo são os impactos negativos que podem ser gerados quando há elevada prevalência de HA no ambiente laboral. O que torna a temática ainda delicada é quando o ambiente de trabalho do indivíduo é um dos fatores que contribui para o desenvolvimento da doença e/ou das suas complicações relacionadas. Estudo realizado em cinco municípios no estado da Bahia, Brasil, concluiu que ações de redução dos estressores ocupacionais podem prevenir o adoecimento crônico associado ao trabalho, assim como proteger a saúde dos trabalhadores (NOVAES NETO; ARAÚJO; SOUSA, 2020).

Ao considerar que trabalhadores que atuam no contexto do ensino estão vulneráveis ao adoecimento por doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, o objetivo deste estudo é: Estimar a associação entre hipertensão arterial, com as condições sociodemográficas, de estilo de vida e índices antropométricos entre trabalhadores universitários

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo com delineamento transversal e de associação, com trabalhadores (docentes e não docentes) universitários. A coleta dos dados foi por meio de instrumento de forma *online*, contendo questões objetivas relacionadas aos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de hipertensão. As gestantes e os demais trabalhadores que estavam em condição de afastamento por quaisquer que fossem os motivos (férias, licenças: maternidade/paternidade, capacitação ou doença) foram excluídos.

Os convites foram enviados para o *e-mail* institucional de todos os trabalhadores (2/semana), durante todo o período de agosto/2022 a fevereiro/2023. Em paralelo, outras estratégias de mobilização e envolvimento do público-alvo foram adotadas, tais como: vídeo de curta duração e folheto digital, disponibilizados nos sites e nas redes de comunicação interna IES envolvida.

Os participantes que responderam ao instrumento online, foram convidados a realizar as medidas da: Pressão Arterial (PA), Glicemia capilar, Antropometria (peso, estatura,

circunferências do pescoço, da cintura e do quadril) e Bioimpedância (índice de massa corporal -IMC, gordura corporal, gordura visceral e músculo esquelético. Esta etapa da coleta dos dados foi realizada durante o horário de trabalho, nas Unidades Acadêmicas da IES que o participante estava lotado.

A medida da pressão arterial foi realizada com aparelho digital de braço, seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Hipertensão Arterial de 2020 e manual do fabricante do aparelho. Os participantes foram classificados como tendo PA normal, quando os valores da medida casual estavam  $\leq 129$  e/ou  $\leq 84$  mmHg e PA alterada quando os valores estavam entre  $\geq 139$  e/ou  $\geq 85$  mmHg (BARROSO et al., 2020).

A medida da circunferência do pescoço (CP) foi realizada na menor circunferência do pescoço, logo acima da proeminência laríngea (pomo de Adão). Foi considerado risco aumentado de  $\geq 37$  para os homens e  $\geq 34$  para as mulheres (BEN-NOUN; LAOR, 2004). Foi considerado risco metabólico elevado quando a medida da circunferência da cintura estava  $> 102$  cm para homens e  $> 88$  cm para mulheres. Para o cálculo da medida da relação cintura-quadril (RCQ), considerou-se ponto de corte  $> 0,90$  cm para homens e  $> 0,85$  cm para mulheres (WHO, 1998). Para a classificação do IMC dos participantes foram adotados os pontos de corte: IMC normal ( $\leq 24,9$  Kg/m<sup>2</sup>) e IMC aumentado ( $\geq 25,0$  Kg/m<sup>2</sup>) (“The world health report 2000”, [s.d.]). A classificação do percentual de gordura corporal foi diferenciada de acordo com o sexo, sendo para as mulheres: 18 a 39 anos – normal ( $\leq 32,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 33\%$ ); de 40 a 59 anos – normal ( $\leq 33,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 34\%$ ); e, para mulheres com 60 anos ou mais: normal ( $\leq 35,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 36\%$ ). Já para os homens, referente as mesmas faixas etárias, as classificações são, respectivamente: normal ( $\leq 19,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 20\%$ ); normal ( $\leq 21,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 22\%$ ); e, normal ( $\leq 24,9\%$ ) e aumentada ( $\geq 25\%$ ) (GALLAGHER et al., 2000).

Para a classificação da gordura visceral (GV) e do músculo esquelético (ME) adotou-se pontos de corte dicotômicos (normal e aumentado), conforme os valores estabelecidos pela *Omron Healthcare* (ONROM, 2014).

Os dados coletados transferidos e posteriormente analisados por um software estatístico chamado R versão 4.2.2. Foi realizada a regressão logística simples com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), para identificar os fatores associados a PA normal e PA alterada com as demais variáveis investigadas, estimando as razões de chance por *Odds Ratio* (OR).

## RESULTADOS

Houve a participação de 94 trabalhadores universitários no estudo (etapa online e etapa presencial). A Tabela 1 mostra a primeira análise, com regressão logística simples, das variáveis de forma isolada, onde não houve diferença, não interferindo isoladamente no aumento de chances de risco para PA aumentada. Entretanto, quando analisadas de forma conjunta, este risco é aumentado, se sexo masculino e circunferência da cintura aumentada.

Tabela 1 – Análise bruta dos fatores associados a Pressão Arterial (normal ou alterada) dos trabalhadores universitários do Amazonas - Manaus-Brasil, 2022-2023.

Variáveis	OR PA Normal vs PA Aumentada	[IC 95%]	Valor p*
<b>Sexo</b>			
Feminino	—	—	
Masculino	8,14	0,99, 91,7	0,065
<b>Idade</b>	1,04	0,95, 1,15	0,4
<b>Estado Marital</b>			
Sem Companheiro	—	—	
Com Companheiro	0,67	0,15, 2,66	0,6
<b>Filhos</b>			
Não	—	—	
Sim	0,76	0,11, 4,85	0,8
<b>Condição de Saúde</b>			
Muito Bom/Excelente	—	—	
A Melhorar/ Regular	0,32	0,05, 1,47	0,2
<b>Doença</b>			
Não	—	—	
Sim	2,86	0,81, 11,2	0,11
<b>Escolaridade</b>			
Superior sem doutorado	—	—	
Superior com doutorado	0,76	0,15, 3,82	0,7
<b>Função na Instituição</b>			
Docente	—	—	
Não-decente	1,28	0,23, 7,26	0,8
<b>Renda Mensal Familiar</b>			
1-3 Salários Mínimos	—	—	
4-10 Salários Mínimos	1,91	0,08, 7,23	0,7
>10 Salários Mínimos	1,16	0,04, 5,51	> 0,9
<b>Classificação "Fantástico"</b>			
Bom à Excelente	—	—	
Necessita Melhorar à Regular	0,19	0,01, 3,95	0,3
<b>Gordura Corporal</b>			
Normal	—	—	
Alto	7,54	0,00, 7,93	> 0,9
<b>Gordura Visceral</b>			
Normal	—	—	
Alto	0,32	0,03, 3,15	0,3
<b>Músculo Esquelético</b>			

Baixo	—	—	
Normal	1,03	0.24, 4.45	>0,9
Alto	5,38	0.00, 8.21	>0,9
<b>Circunferência Pescoço</b>			
Normal	—	—	
Aumentado	2,53	0.47, 15.4	0,3
<b>Circunferência Cintura</b>			
Baixo Risco	—	—	
Risco Elevado	5,26	0.94, 35.6	0,069
<b>Relação Cintura-Quadril</b>			
Rcq Aumentada	—	—	
Rcq Normal	1,36	0.28, 7.01	0,7
<b>IMC</b>			
Normal	—	—	
Sobrepeso	1,6	0.26, 10.4	0,6
Obeso	3,39	0.23, 47.7	0,4

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

A Tabela 02 apresenta o modelo ajustado, sendo possível identificar que os trabalhadores do sexo masculino apresentaram 4,51 (IC 95% [1,45 – 16,3]) vezes mais chance de desenvolver hipertensão, quando comparado ao sexo feminino. Assim como, os trabalhadores classificados com risco metabólico elevado, também apresentaram 4,66 (IC 95% [1,50 – 16,6]) vezes mais chance de vir a ter hipertensão arterial, quando comparados aos classificados risco metabólico baixo.

Tabela 2 - Análise ajustada, por Regressão Simples, dos fatores associados a Pressão Arterial (normal ou alterada) dos trabalhadores universitários do Amazonas – Manaus-Brasil, 2022-2023.

Variáveis	OR PA normal vs PA alterada OR ajustada [IC95%]	P-valor
<b>Sexo</b>		
Feminino		
Masculino	4,51 (1.45- 16.3)	<b>0,013</b>
<b>Risco Metabólico</b>		
Baixo	4,66 (1.50 - 16.6)	<b>0,011</b>
Elevado		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

## DISCUSSÃO

Este estudo mostrou maior razão de chance dos homens para o desenvolvimento de HA. Dados do Ministério da Saúde evidenciou que o número de adultos com diagnóstico médico de HA aumentou, em 15 anos, 3,7% no Brasil, configurando crescimento de 22,6% em 2006 para 26,3% em 2021. Deste total, a prevalência da doença entre os homens foi maior 5,9% no mesmo período (BRASIL, 2021).

Pesquisa realizada em estados da região norte do país (Rodovia, Cuiabá, Mato Grosso, e Pará), a prevalência de HA foi de 22,0%, sendo 26,9% (IC95% 23,14 – 30,93) para o sexo masculino e 17,6% (IC95% 15,15 – 20,28) para o sexo feminino. Quanto à naturalidade, os nascidos na Região Norte e Nordeste apresentaram uma prevalência menor (RP = 0,36; IC95% 0,19 – 0,66) em relação aos que nasceram na Região Centro Oeste, independente da idade. Nas variáveis antropométricas e estilo de vida, esta comorbidade entre os homens associou-se com a classificação de peso, sendo a RP = 1,95 (IC95% 1,37 – 2,77) para os que apresentaram sobrepeso e RP = 3,18 (IC95% 2,24 – 4,52) para os obesos, independente da idade, em relação aos homens classificados com baixo peso ou eutrofia. As variáveis com  $p \leq 0,20$  que foram para análise múltipla e mantiveram associadas com a Há foram: idade, classificação de peso e naturalidade (SILVA et al., 2016).

Investigação realizada com 3.445 adultos (2.156 mulheres e 1.289 homens), entre 18 e 60 anos de idade, mostrou que os homens tem 2,15 (IC95% 1,65 – 2,01) e 2,38 (IC95% 1,90-2,98) vezes mais chance de desenvolver pré-hipertensão e hipertensão respectivamente do que as mulheres (ULBRICH et al., 2012).

O risco metabólico elevado que também aumentou a chance de HA no grupo investigado é um achado semelhante a outros estudos realizados no Brasil. A exemplo, o que foi realizado com idosos cuja hipertensão estava associada ao aumento do perímetro da cintura com  $p= 0,013$  [RP ajustada - IC95% = 1,76 (1,13 – 2,74)] (LIMA DO NASCIMENTO et al., 2023).

Em outro, o cálculo do IMC mostrou que 67% dos participantes estavam com de peso alterado, sendo a maioria com sobrepeso (42,1%), seguidos por um percentual expressivo de obesos (24,9%). Ocorreu associação positiva entre PA (sistólica e diastólica) e o IMC ( $p<0,001$  [sobrepeso - 1,83; 1,17-2,92 e obesidade - 2,111,30-3,46]. Além disso, foi identificado mais da metade dos participantes (67,2%) estavam com o perímetro da cintura aumentado ou muito aumentada, sendo esta condição associada a PA (sistólica e diastólica) e CC, com  $p=0,002$  [risco aumentado - 1,48; 0,92-2,38 e risco muito aumentado - 1,59; 1,05-2,44] (PIRES et al., 2020).

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificarmos um fator modificável importante para prevenção do RCV em trabalhadores universitários: circunferência da cintura, a qual está interligada com IMC, sobrepeso/obesidade. O conhecimento das reais necessidades de cuidados de saúde dos

trabalhadores permite que estratégias de promoção de saúde no ambiente de trabalho sejam implementadas de forma mais efetiva e possibilitando resultados positivos para a comunidade, em curto, médio e longo prazo. O envolvimento e conscientização deste público é necessário, pois foi percebido baixo interesse em participação do estudo, sem percepção de valor nas ações desenvolvidas na universidade. Devem ser evidenciadas as vantagens para detecção precoce de risco e modificação da realidade para melhor, com intervenções adequadas.

Novos estudos dentro da temática são necessários, multicêntricos, que sejam analisados os diferentes cenários pelo Brasil, para que as universidades se tornem promotoras de saúde e bem-estar, potencializando o autocuidado dentro e fora do ambiente laboral.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu conhecer o contexto geral que os trabalhadores universitários de uma instituição no Norte do Brasil se encontra, quanto perfil social, demográfico e perfil de saúde, bem como os riscos de aadecimento ou agravamento de condições crônicas eles estão expostos. Este é uma etapa importante e fundamental para conhecer esta população e as lacunas existentes, o que pode possibilitar o desenvolvimento de projetos assertivos de promoção de saúde futuramente.

Foi considerado como limitação desta investigação a baixa adesão dos trabalhadores, docentes e não docentes. Mesmo com várias e diferentes iniciativas de incentivo à participação do público-alvo, como o envio de e-mails mais de duas vezes por semana, a divulgação da pesquisa nos sites e redes de comunicação interna das instituições e realização de mais ações de rastreamento, a adesão foi baixa. Isto leva-nos a propor investimento na investigação das causas de não adesão ao rastreamento.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, T.; LIMA, N.; MACÁRIO, E. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR: evidências a partir dos dados do INEP. **Revista Internacional de Políticas Públicas**, v. 9, n. 1, p. 1-10, ago./2019. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho\\_submissaoid\\_919\\_9195cc9d0381637c.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoid_919_9195cc9d0381637c.pdf). Acesso em: 11 de jun. 2023.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Editora EACH/USP, 1º ed., 2012.
- ALVES, R. L.; LIMA, D. B. Qualidade de Vida de indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária à saúde de um município do sul de Minas Gerais. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 46, n. 2, p. 1-8, set./2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/47045>. Acesso em: 13 de set 2023.
- ANDRADE, R. C. V. de; FERNANDES, R. de C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco Hypertension and work: risk factors. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 252-261, ago./2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/export-pdf/119/v14n3a11.pdf> . Acesso em: 03 de jun. 2023.
- ANDRADE, R. C. V. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. **Rev Bras Med Trab**. Salvador, v. 14, n. 3, p. 252-561, mar./2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/export-pdf/119/v14n3a11.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2023.
- AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 102-109, jan./2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/abc/a/hZygGvflfbMRL44bjzCPKh/?lang=pt>. Acesso em: 7 de ago. 2023.
- ARAÚJO, H. A.; FARIAS, I. de O.; REIS, B. C. C. A importância da mudança do estilo de vida em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-10, jul./2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/10359>. Acesso em: 12 de ago. 2023.
- ARRUDA, E. F. de. **Excesso de peso e fatores associados em mulheres residentes nos municípios da Amazônia Legal, Mato Grosso**. Dissertação (Pós-graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2015.
- ATZ, M. V.; REMOR, E. Fatores psicossociais associados ao Estilo de Vida Saudável em Servidores Públicos Universitários. **Revista de Psicologia e Diversidade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 33-40, out./2022. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/255559>. Acesso em: 4 de set. 2023.
- BAILEY D. P. *et al.* A randomised-controlled feasibility study of the REgulate your Sitting Time (RESIT) intervention for reducing sitting time in individuals with type 2 diabetes: study protocol. **Pilot and Feasibility Studies**, Los Angeles, v. 7, n. 1, p. 76-77, mar./2021. Disponível em: <https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-021-00816-0>. Acesso em: 22 de ago. 2023.
- BALDUINO, D. *et al.* Perfil do estilo de vida dos funcionários de uma universidade do oeste catarinense. **Unoesc & Ciência**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 75-84, mai./2019. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20064>. Acesso em: 30 de ago. 2023.

BARBOSA, S. S. **A hipertensão arterial e sua relação com o consumo alimentar, fatores sociais e de estilo de vida**. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49284>. Acesso em: 22 de mai. 2023.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, jan./2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 13 de mai. 2023.

BEN-NOUN, L.; LAOR, A. Relationship between changes in neck circumference and changes in blood pressure. **American Journal of Hypertension**, v. 17, n. 5, p. 409-414. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajh/article-abstract/17/5/409/92463>. Acesso em: 23 de ago. 2023.

BLAZEBY, J. M. Health-related quality of life measurement in randomized clinical trials in surgical oncology. **J Clin Oncol**, Nova York, v. 24, n. 19, p. 3178-3186, jul./2006. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2005.05.2951>. Acesso em: 22 de set. 2023.

BOLTON, D.; GILLETT, G. **The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments**. Memphis: Springer Nature, 1° ed., 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552029/>. Acesso em: 26 set. 2023.

BORGES, F. M. *et al.* Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 146-147, mar./2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/M5JfVQNB64gjys8R44DF35H/?lang=pt>. Acesso em: 25 de mai. 2023.

BRASIL. **Cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/fact-sheet-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel>. Acesso em: 22 de jun. 2023.

BRASIL. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1° ed.; 2012. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf). Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2021**: 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. 2022. Disponível em: <http://www.observatoriodeobesidade.uerj.br/?p=3557#:~:text=O%20Vigitel%20que%20comp%C3%B5e%20o%20sistema%20de%20Vigil%C3%A2ncia,seus%20fatores%20de%20risco%20e%20de%20prate%20associados>. Acesso em: 5 de ago. 2023.

CASTILLO, L. D. *et al.* A importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 1, p. 1-19, ago./2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8896>. Acesso em: 12 de set. 2023.

COBAS, R. *et al.* **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 1° ed., 2010. Disponível em: [https://diretriz.diabetes.org.br/?utm\\_source=google-ads&utm\\_medium=search&gclid=Cj0KCQjwmN2iBhCrARIsAG\\_G2i6HN\\_MIkBQY5BBzCfUM914NTsKN8ft0IfnObvoKj8mQv0kLKpv4q9waAiO-EALw\\_wcB](https://diretriz.diabetes.org.br/?utm_source=google-ads&utm_medium=search&gclid=Cj0KCQjwmN2iBhCrARIsAG_G2i6HN_MIkBQY5BBzCfUM914NTsKN8ft0IfnObvoKj8mQv0kLKpv4q9waAiO-EALw_wcB). Acesso em: 15 de mai. 2023.

COZIER, Y. C. *et al.* Religious and Spiritual Coping and Risk of Incident Hypertension in the Black Women's Health Study. **Ann Behav Med.**, v. 52, n. 12, p. 989-998, mar./2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6230974/>. Acesso em: 02 ago. 2023.

DAMACENA, D. E. L. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Teresina, v. 9, p. 1-10, mar./2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1370293>. Acesso em: 12 de out. 2023.

DIXON, T. *et al.* The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. **Qual Life Res.**, Alabama, v. 11, n. 2, p. 173-183, mar./2002. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1015005109731>. Acesso em: 15 de out. 2023.

DOBRACHINSKI, L. *et al.* Doenças Cardiovasculares: Prevalência de fatores de risco em docentes da educação universitária. **Acervo Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 10, p. 11-15. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/05/ods-8--sobre-trabalho-decente-e-crescimento-econmico---um-dos-objetivos-do-ms-em-maio.html>. Acesso em: 12 de mai. 2023.

FERREIRA, F. M. P. B.; BRITO, I. da S.; SANTOS, M. R. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 1, p. 1714-1723, jul./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hHwQyZcyKmQ5yNj65kVymJS/?lang=en>. Acesso em: 21 de jun. 2023.

FIOREZI, J. M. S. **Saúde autorreferida de docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região sudeste**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2013. Disponível em: <https://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3349>. Acesso em: 28 de ago. 2023.

FLECK, M. P. de A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 178-183, abr./2000. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v34n2/1954.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v34n2/1954.pdf). Acesso em: 12 de set. 2023.

FLECK, M. P. de A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar./1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MqwHNFwLFR467nSsPM7vdbv/>. Acesso em: 14 de set. 2023.

FREITAS, C. M. *et al.* Environmental health risk reduction in Brazil: conquests, limits and obstacles. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1981-1996, ago./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K58CLnykdyFjcG9SLt4sKWS/?lang=en&format=html>. Acesso em: 13 de jun. 2023.

FREITAS JÚNIOR, I. F. **Padronização de medidas antropométricas e avaliação da composição corporal**. São Paulo: Conselho Regional De Educação Física Da 4ª Região - Cref4/Sp; 2022.

FVS. **Portal FVS/AM**. Fundação de Vigilância em Saúde. 2021. Disponível em: [http://www.fvs.am.gov.br/noticias\\_view/3011](http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/3011). Acesso em: 21 de jun. 2023.

GALLAGHER, D. *et al.* Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. **Am J Clin Nutr.**, Los Angeles, v. 72, n. 3, p. 694-701, set./2000. Disponível

em: <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/72/3/694/4729363>. Acesso em: 12 de ago. 2023.

GOMES C. S. *et al.* Factors associated with cardiovascular disease in the Brazilian adult population: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 21-27, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gMDXYbgRpnN5QcsG5MC5DGr/?format=html&lang=en>. Acesso em: 12 de ago. 2023.

GORDIA, A. P. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **RBQV**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 1-4, mar./2011. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812>. Acesso em: 13 de set. 2023.

GRECO, R. M. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em servidores públicos federais. Revista de Enfermagem da UFJF. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 5, n. 1, p. 1-14. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/25957>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

HENSON J. *et al.* Sedentary behaviour as a new behavioural target in the prevention and treatment of type 2 diabetes. **Diabetes Metab Res Rev**, Londres, v. 32, n. 1, p. 213-220, jan./2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dmrr.2759>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

HERNANDEZ, J. A. E. *et al.* Validação de construto do instrumento perfil do estilo de vida individual. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 3-17, jan./2007. Disponível em: <https://revistas3.tic.ufrj.br/index.php/am/article/view/9085>. Acesso em: 5 de set. 2023.

IRWAN, A. M. *et al.* Self-Care Management for Hypertension in Southeast Asia: A Scoping Review. **JMDH**, v. 15, n. 2, p. 2015-2032, set./2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9470121/>. Acesso em: 5 set. 2023.

MARTINIANO, C. M. G. **Estilos de vida dos profissionais de saúde da unidade local de saúde do nordeste**. Relatório de Estágio (Mestrado em Enfermagem Comunitária) - Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2017. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/e246dca24cab56fa9522880619d44bb8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 12 de set. 2023.

MARTINS, L. V. *et al.* Influência do autocuidado e do índice de religiosidade na adesão terapêutica em pacientes hipertensos vinculados a ambulatorio de alta complexidade. **42º Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 1-1, set./2017. Disponível em: <http://socesp2022.com.br/trabalho/resumo/1557>. Acesso em: 19 de ago. 2023.

MELAKU T. *et al.* Self-care practice among adult hypertensive patients at ambulatory clinic of tertiary teaching Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. **J Pharm Policy Pract.**, v. 15, n. 1, p. 1-10, mar./2022.

MENDES C. R. S. *et al.* Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 52-59. jan./2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324044160008/html/#:~:text=Resultados%3A%20identificou%20Dse%20como%20pr%C3%A1tica,farmacol%C3%B3gico%20e%20comparecimento%20%C3%A0s%20Oconsultas>. Acesso em: 19 ago. 2023.

NASCIMENTO, L. L. do *et al.* Associação entre hipertensão arterial sistêmica e indicadores antropométricos em idosos do estudo brazuca. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 9, n. 1, p. 1-15, abr./2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/30190>. Acesso em: 14 de set./2023.

MILL, J. G. Social Determinants of Hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 696-699, out./2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2019001000696](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019001000696). Acesso em: 15 de mai. 2023.

MILLS, K. T. *et al.* Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries. **Revista Circulation**, Nova York, v. 134, n. 1, p. 441-450, jan./2016. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circulationaha.115.018912>. Acesso em: 22 de jul. 2023.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 7-18, ago./2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/>. Acesso em: 13 de set. 2023.

MOREIRA, O. C. *et al.* Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 397-406, ago./2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbefe/a/r5Sdm5MdKGBJqQfpHjknmmB/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 de ago. 2023.

MOURA, A. L. *et al.* Capacidade para o trabalho e risco cardiovascular em trabalhadores da prefeitura de um campus universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 89-95, mar./2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37952/24850>. Acesso em: 03 de jun. 2023.

MUÑOZ, M.; CABIESES, B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?. **Revista do Panamá em Saúde Pública**, Cidade do Panamá, v. 24, n. 2, p. 139-146, jul./2008. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf). Acesso em: 20 de jun. 2023.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. de; FRANCALACCI, V. O Pentágulo Do Bem-Estar - Base Conceitual Para Avaliação Do Estilo De Vida De Indivíduos Ou Grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 48-59, jun./2000. Disponível em: <https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002>. Acesso em: 7 de ago. 2023.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 110, n. 6, p. 500-511, jan./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/kRLBQhC7fDSzqYy3HxR9LNn/?lang=en>. Acesso em: 23 de jun. 2023.

NOVAES NETO, E. M. *et al.* Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1-9, jan./2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/bMg5nzYYqSBGWCjZrzjhYPb/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 de mai. 2023.

NYBERG, S. T. *et al.* Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. **JAMA Intern Med**, Boston, v. 180, n. 5, p. 760-768, mai./2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2763720>. Acesso em: 19 de ago. 2023.

OGUNLANA, M. O.; ADEDOKUN, B.; DAIRO, M. D.; ODUNAIYA, N. A. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria. **BMC Cardiovascular Disorders**, Nova York, v. 9, n. 1, p. 1-8, jun./2009. Disponível em: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-9-25>. Acesso em: 03 de out. 2023.

OLIVEIRA, C. de S. **A universidade promotora da saúde**: uma revisão de literatura. Dissertação (Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/23569>. Acesso em: 17 de jun. 2023.

OLSEN, M. H. *et al.* A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. **The Lancet**, Londres, v. 6736, n. 16, p. 31134-31135, jan./2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31134-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31134-5/fulltext) . Acesso em: 19 de jul. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Dia Mundial da Hipertensão de 2023**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2023>>. Acesso em: 5 ago. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças cardiovasculares** - Folha Informativa. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em: 12 de mai. 2023.

ONROM. **Manual de instruções Balança de Controle Corporal** (Balança de Bioimpedância) Modelo HBF-514C., 1º ed., 2014;

PERUMAREDDI, P. Prevention of Hypertension Related to Cardiovascular Disease. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, Nashville, v. 46, n. 1, p. 27-39, mar./2019. Disponível em: <https://sci-hub.st/10.1016/j.j.pop.2018.10.005>. Acesso em: 19 de jul. 2023.

PICANÇO, N. J. de A. *et al.* Perfil dos hipertensos na Amazônia, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-10, nov./2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1633>. Acesso em: 12 de ago. 2023.

PIRES, R. C. *et al.* Associação dos índices antropométricos com a hipertensão arterial em adultos participantes de evento educacional. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15253-152559, out./2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18837>. Acesso em: 20 de out. 2023.

PITANGA, F. J. G., LESSA, I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev bras epidemiol*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 259-269, set./ 2004. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rbepid/v7n3/04.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v7n3/04.pdf). Acesso em: 13 de mai. 2023.

PÔRTO, E. F. *et al.* How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, Lisboa, v. 22, n. 4, p. 1-12, abr./2015. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/actafisiologica/article/download/122509/119104/229610>. Acesso em: 6 de ago. 2023.

PORTO, E. F. *et al.* Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **RIES**, Caçador, v. 7, n. 1, p. 361-373, nov./2018. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1235>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 787-892, out./2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2019001000787&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2019001000787&script=sci_arttext). Acesso em: 13 de jun. 2023.

RAMOS, J. H. B.; SANTOS, V. R. C. dos. Estudo sobre correlação do desenvolvimento da hipertensão arterial e local de trabalho em operadores da área da saúde : uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-10, jan./2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24963>. Acesso em: 11 de jun. 2023.

RASCÓN, M. S. C. *et al.* Ausentismo laboral y factores de riesgo cardiovascular en empleados públicos hospitalarios. **Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana**, Buenos Aires, v. 50, n. 1, p. 37-40, set./2016. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572016000100007&script=sci\\_abstract&lng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572016000100007&script=sci_abstract&lng=en). Acesso em: 25 de mai. 2023.

RIBEIRO, L. E. P *et al.* Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica: estudo entre usuárias adultas da atenção primária. **Brazilian Journal of Health Research**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 15-24, ago./2021.

RIEDEL, B. *et al.* Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index. **Journal of Cardiac Failure**, v. 10, n. 4, p. 350-360, jan./2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1071916403008017>. Acesso em: 12 de out. 2023.

RÔLA, C. V. S.; COSTA E SILVA, S. P.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. **IDonline**, Jabotão do Guararapes, v. 12, v. 42, p. 111-120, out. 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1300>. Acesso em: 25 de set. 2023.

SABAZ, M. *et al.* Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy. **Epilepsia**, Londres, v. 41, n. 6, p. 765-747, jun./2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1528-1157.2000.tb00240.x>. Acesso em: 12 de out. 2023.

SANTIAGO, A. D. S. *et al.* Ações de promoção da saúde nas universidades em face da pandemia do covid-19: scoping review. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, n. 1, p. 1-20, ago./2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/jKBk9mJJrY7sfYjRXyDfmRw/?lang=pt>. Acesso em: 20 de jun. 2023.

SANTIAGO, C. D. S. *et al.* Pressão arterial elevada em servidores de universidades públicas no norte do Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 1-10, ago./2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/PHvByMLYSdnSpRSkqbfHBT/?lang=pt>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

SCHULZ, R. B. *et al.* Validation of the short form of the spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for portuguese (Brazil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 139-144, fev./2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/xHP9TmCPMQhd3FWk5Q3Wsfb/?lang=en>. Acesso em: 29 de set. 2023.

SERGIO, C. C. M. *et al.* Autocuidado e risco cardiometabólico em pacientes com hipertensão arterial em seguimento na atenção primária. **Rev trab. Iniciaç.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 1-10, jul./2012. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/pibic/article/view/296/277>. Acesso em: 13 de out. 2023.

SILVA, C. A. M. *et al.* Qualidade de Vida e Hipertensão Arterial. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Belo Horizonte, v. 29, n. 6, p. 512-516, mar./2016.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev bras epidemiol.**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 38-51, mar./2016.

SILVA, L. D. A., UCHÔA, F. S. V. Práticas de autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 8-21, set./2016. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/38919160/oautocuidadoemindivduoscomhipertensoarterial-130426075801-phapp01\\_1.pdf](https://www.academia.edu/download/38919160/oautocuidadoemindivduoscomhipertensoarterial-130426075801-phapp01_1.pdf). Acesso em: 2 de out. 2023.

SILVA, M. L. T. *et al.* Avaliação do estilo de vida em docentes da área da saúde. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 118-123, set./2017. Disponível em: . 1º de setembro de 2017;27(3):118–23.

SILVA, P. L. N. da. Qualidade de vida do portador de hipertensão arterial sistêmica assistido por uma estratégia de saúde da família de Minas Gerais. **J Manag Prim Health Care**, Uberlândia, v. 10, n. 1, p. 1-10, set./2019. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/516>. Acesso em: 13 de out. 2023.

SILVEIRA, J. L. C. Adaptação transcultural e fidedignidade da self-care of hypertension index para uso no Brasil. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 1-3, ago./2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129636>. Acesso em: 13 de set. 2023.

SOSSOU, I. S. *et al.* Bioimpedância elétrica na avaliação da composição corporal: uma revisão dos princípios biofísicos, diferentes tipos, aspectos metodológicos, validade e aplicabilidade de suas medidas. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, Brasília, v. 16, n. 102, p. 596-604, nov./2022. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2051>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

SOUZA, C. *et al.* Quality of Life and Hypertension. **Int. j. cardiovasc. sci. (Impr.)**; 29(6): 512-516, nov.-dez.2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832444>. Acesso em: 21 out. 2023.

SOUZA, Z. B. de; REIS, L. M. dos. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-106, ago./2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/download/77745/81739>. Acesso em: 11 de jun. 2023.

STRÖMBERG, A.; JAARSMA, T.; RIEGEL, B. Self-care: who cares?. **Sage Journals**, Jackson, v.11, n. 2, p. 3-4, jan./2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515111429660>. Acesso em: 27 de set. 2023.

TAULER, E. *et al.* The spanish version of the paediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ): metric characteristics and equivalence with the original version. **Qual Life Res.**, Filadélfia, v. 10, n. 1, p. 81-91, jul./2001. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016622519987>. Acesso em: 19 de out. 2023. 2001;10(1):81–91.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 223-224, jan./2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112344>. Acesso em: 19 de jun. 2023.

ULBRICH A. Z. *et al.* Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, V. 56, N. 1, P. 351-357, jan./2012.

UNODC. **ODS 8, sobre trabalho decente e crescimento econômico, é um dos Objetivos do Mês em maio** [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/05/ods-8--sobre-trabalho-decente-e-crescimento-econmico---um-dos-objetivos-do-ms-em-maio.html>. Acesso em: 15 de out. 2023.

VASCONCELOS, I.; LIMA, R. D. L. de. Trabalho e saúde-adoecimento de docentes em universidades públicas. **Revista Katálysis, Florianópolis**, v. 24, n. 2, p. 364-374, jun./2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/gPZCCBpkHMbpbnMQ3bD9GPp/>. Acesso em: 16 de jun. 2023.

VIANNA, C. M. de M.; CAETANO, R. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 747-766, jan./2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-434248>. Acesso em: 13 de set. 2023.

VIEIRA, M. R. M. *et al.* Hipertensão Arterial e trabalho entre docentes da educação básica da rede pública de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 8, p. 3047-3061, fev./2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25n8/1413-8123-csc-25-08-3047.pdf>. Acesso em: 29 de mai. 2023.

WARE JUNIOR, E; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Filadélfia, v. 30, n. 6, p. 473-483, jan./1992. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3765916>. Acesso em: 22 de set. 2023.

WHO. Centre for Health Development. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Kobe: WHO, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

WHO. **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. World Health Organization. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240000490>. Acesso em: 11 de mai. 2023.

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation** [Internet]. 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso: 11 de mai. 2023.

WHO. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. 1995. Disponível em: [https://bayaanhealtheducation.org/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjw-](https://bayaanhealtheducation.org/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw-)

eKpBhAbEiwAqFL0mkf4rvSgNuk5KtN-

TK6CtbBY\_9jpGUaxox1BbBAG\_BJ0RyeENTUpARoC4MkQAvD\_BwE. Acesso em: 3 de set. 2023.

WHO. **The World health report** : 1996 : fighting disease, fostering development. World Health Organization; 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36848>. 15 de ago. 2023.

WHO. **The world health report 1998**: life in the 21st century A vision for all. Em: The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all [Internet]. 1998, p. 241–241. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-25006>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

WHO. **The world health report 2000**. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924156198X>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

WHO. **The World Health Report 2002** - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Education for Health: Change in Learning & Practice. Geneva: WHO, 16° ed., 2003.

WHO. **WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019**. World Health Organization, 3° ed., 2020.

ZANGIROLANI, L. *et al.* **Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil**: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqDPQWQWphhkYmcYGjPzWMB/>. Acesso em: 27 de set. 2023.

ZHOU, B. *et al.* Global epidemiology , health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. **Nature Reviews Cardiology**, Londres, v. 18, n. 1, p. 785-802, nov./2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41569-021-00559-8>. Acesso em: 20 de jul. 2023.

ZHOU, B. *et al.* Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. **The Lancet**, Londres, v. 398, n. 10064, p. 37-55, jan./ 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31919-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext). Acesso em: 22 de jul. 2023.

## APÊNDICE A

**Universidade Federal do Amazonas - UFAM**  
 Escola de Enfermagem de Manaus - EEM  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Servidor)**



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**




---

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O SERVIDOR**

Olá!

Convido você para participar do estudo com título **Universidades Promotoras De Saúde – UPS: Consolidando A Escola De Enfermagem De Manaus Como Escola Promotora De Saúde – EPS**, tendo como pesquisadora responsável a Dra. **Nair Chase da Silva** (Docente da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM). A equipe de pesquisa é composta por: Noeli das Neves Toledo e Gilsirene Scantelbury de Almeida (Docentes da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM), juntamente com as mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (associação) UEPA/UFAM – PPGENF/UEPA/UFAM: Sara Alves Monteiro, Luana Maria Braz Benevides e Karoline Costa. O **objetivo geral** do estudo é: Implementar o modelo Peer-education Engagement and Evaluation Research (PEER-IESS) para a construção de uma universidade promotora de saúde (salutogênica), considerando diferentes cenários de ensino e aprendizagem vivenciados em IES pública. Os **objetivos específicos** são: 1- Realizar o diagnóstico situacional das ações e ambientes de promoção da saúde de IES pública; 2- Realizar o diagnóstico situacional sobre as práticas de autocuidado, estilo e qualidade de vida dos estudantes do Ensino Superior; 3- Realizar o diagnóstico situacional sobre as práticas de autocuidado, estilo e qualidade de vida dos trabalhadores e sua associação com a pressão arterial elevada, hipertensão e diabetes autorreferida; 4- Propor ações de promoção da saúde para a comunidade universitária.

Por ser trabalhador vinculado em uma das unidades acadêmicas dos cursos superiores ofertados pela instituição de ensino (IES) incluída neste estudo, estamos lhe convidando para participar da etapa que pretende realizar o diagnóstico situacional sobre as práticas de autocuidado, estilo e qualidade de vida dos trabalhadores e sua associação com a pressão arterial elevada, hipertensão e diabetes autorreferida.

A coleta dos dados será realizada em dois momentos distintos: O primeiro será em ambiente remoto, por meio da ferramenta Google Forms. A segunda consistirá na medida da sua pressão arterial, que somente ocorrerá caso ocorra melhora das condições sanitárias e também concorde receber a equipe de coleta de dados na sua respectiva unidade acadêmica, no horário previamente agendado.

Informamos que a sua participação não é obrigatória, tendo plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma no seu trabalho.

Caso aceite participar, solicitamos que acesse o link <https://forms.gle/bzJcEzuSTSvwyUTi9>, sendo necessário ter uma conta do gmail para poder responder o instrumento de coleta de dados. Este é composto por questões sobre as suas condições socioeconômicas, de trabalho, de estilo de vida e presença de transtorno mental comum (TMC) (tais como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, diminuição da concentração, dores de cabeça, entre outros). Caso tenha o diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, iremos solicitar que responda instrumento específico sobre qualidade de vida e práticas de autocuidado.



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**



Informamos que os riscos nesta etapa do estudo poderão ser de ordem psíquica, podendo ser ocasionado por: desconforto em responder as questões do instrumento, ser informado quanto aos resultados do seu teste e/ou valores da sua pressão arterial e necessidade de interrupção das atividades laborais ou de estudo por certo tempo. Para minimizar qualquer uma dessas situações, esclarecemos que os resultados dos seus testes não configuram um diagnóstico médico e sim uma avaliação prévia para motivá-la/o a adotar boas práticas de autocuidado em saúde. Quanto ao afastamento temporário das atividades laborais informamos que o tempo aproximado para responder às perguntas do instrumento é de aproximadamente 20 minutos.

Caso concorde em realizar a medida da sua pressão arterial, estimamos tempo de até 15 minutos. Em vista desta etapa ser presencial, informamos quanto ao potencial risco de contágio da COVID-19. Por isso, serão realizadas todas as precauções necessárias para sua proteção, bem como do pesquisador para evitar a transmissão do vírus, tais como: medir a pressão arterial em local reservado, previamente higienizado, atender as regras de distanciamento, uso de equipamento de proteção individual, higienização das mãos com água e sabão e/ou uso de álcool a 70%).

Os benefícios do estudo será o de apresentar dados mais específicos sobre o tema, possibilitando a implantação de estratégias de promoção da saúde nos diversos ambientes das IES envolvidas, voltadas para as necessidades dos servidores.

Para o participante que responder aos instrumentos e/ou realizar a medida da pressão arterial, os benefícios consistem em obter informações que possam ajudá-lo na adoção de um estilo de vida mais saudável, levando em consideração a sua realidade sociocultural. O participante que apresentar valores pressóricos elevados, durante a medida da sua pressão, receberá atendimento imediato no próprio serviço. Em casos mais graves, poderá ser referenciado para o serviço de urgência e emergência, ou ser acompanhado no próprio serviço.

Os Servidores que informarem ter hipertensão e/ou apresentarem níveis pressóricos elevados e/ou for identificado com presença de TMC serão encaminhados para o serviço de saúde do trabalhador da instituição (Departamento de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV), sendo monitorados pelos pesquisadores a cada 3 meses, durante um ano, fortalecendo a política nacional de saúde e segurança do trabalho. O contato poderá ser via e-mail, telefone e/ou presencial e as informações coletadas durante o acompanhamento só serão publicadas mediante novo projeto aprovado pelo CEP, bem como nova anuência do participante.

Esclarecemos que todas as informações fornecidas por você, bem como sua identidade não serão identificadas, ficando livre de qualquer exposição ou constrangimento em qualquer contexto relacionado ao seu ambiente de trabalho, familiar e social. Adotaremos a conduta de baixar os dados da nuvem e apagar de lá após finalizada a coleta dos dados, visando proteger ainda mais as informações. A divulgação dos resultados ocorrerá somente em eventos e/ou revistas científicas.

Em atenção à Resolução do CNS n°. 466 de 2012 informamos o seu direito de obter assistência integral gratuita devido a quaisquer outros danos direto-indiretos e imediato-tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Caso ocorra algum dano e/ou eventuais despesas ainda que não previstas inicialmente, decorrente da sua participação, fica assegurado o seu direito a indenizações e cobertura



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**



material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que seja acompanhado(a) pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados aos danos e a sua resolução de responsabilidade do projeto por meio da pesquisadora responsável. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Nair Chase da Silva, e-mail: [nairchase@ufam.edu.br](mailto:nairchase@ufam.edu.br), telefone (92) 991426357, endereço institucional: Escola de Enfermagem de Manaus, Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, a qual a pesquisadora responsável está vinculada.

Caso tenha perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, também pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: [cep@ufam.edu.br](mailto:cep@ufam.edu.br). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este documento (TCLE) pode ser acessado e impresso na íntegra acessando o link: <https://forms.gle/bzJcEzuSTSvwwUTi9>, sendo necessário ter uma conta do gmail para o acesso às perguntas. Recomenda-se que o mesmo seja impresso pelo participante. Caso deseje receber o documento devidamente assinado pelos pesquisadores por e-mail, forneça um endereço de e-mail e marque essa opção no questionário.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ao marcar o campo abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa

## APÊNDICE B

**Universidade Federal do Amazonas - UFAM**  
Escola de Enfermagem de Manaus - EEM  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CADERNO DE INSTRUMENTOS

Nº DO CADERNO:

#### CADERNO DE ENTREVISTA SERVIDORES

**Título - HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SERVIDORES PÚBLICOS: PERFIL DE AUTOCUIDADO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA**

1. Instituição: \_\_\_\_\_
  2. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  3. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
  4. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  5. Idade: \_\_\_\_\_
  6. Estado Marital:  
( ) com companheiro ( ) sem companheiro
  7. Você tem filhos? ( ) sim ( ) não
  8. Caso sim, quantos? \_\_\_\_\_
  9. O imóvel que você mora é? ( ) próprio  
( ) alugado ( ) Cedido ( ) Outro \_\_\_\_\_
  10. Comparada as pessoas que vivem próximas de você, como você avalia sua condição de saúde hoje?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  11. Você possui alguma doença? ( ) sim ( ) não
  12. Caso sim, Qual (ais)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  13. Qual a sua formação? \_\_\_\_\_
  14. Qual o tempo de formação? \_\_\_\_\_  
( ) anos ou ( ) meses
- EM RELAÇÃO AO SEU VÍNCULO NESTA INSTITUIÇÃO:**
15. Há quanto tempo você atua nesta instituição? \_\_\_\_\_ ( ) anos ou ( ) meses
  16. Qual a sua função nessa instituição?  
\_\_\_\_\_
  17. Qual o seu horário de trabalho? *(entrada e saída)*  
\_\_\_\_\_
  18. A sua jornada semanal de trabalho é?  
*(hora/semana)*  
\_\_\_\_\_

19. Qual o seu tipo de vínculo na instituição?  
( ) Contratação direta ( ) Estatutário
20. Você tem outro vínculo de trabalho atualmente? ( ) sim/ Quantos \_\_\_\_\_ ( ) não
21. Qual a jornada semanal de trabalho em cada um dos seus outros vínculos? \_\_\_\_\_  
*(hora/semana)*
22. Nos últimos 12 meses você precisou se afastar do trabalho? ( ) sim ( ) não
23. Caso sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
24. Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
25. Qual o meio de transporte para você ir ao trabalho?  
( ) carro/moto ( ) transporte coletivo  
( ) outro: \_\_\_\_\_
26. Quanto tempo você leva para se deslocar da sua casa até o trabalho \_\_\_\_\_ ( ) minutos ou ( ) horas
27. Quanto tempo para se deslocar do seu trabalho para a sua casa? \_\_\_\_\_  
( ) minutos ou ( ) horas
28. Qual sua renda mensal familiar?  
( ) De 1 a 3 salários mínimos  
( ) De 4 a 7 salários mínimos  
( ) De 8 a 10 salários mínimos  
( ) Acima de 10 salários mínimos
29. Quantos pessoas dependem dessa renda? \_\_\_\_\_
30. Você foi diagnosticado com COVID-19?  
Sim ( ) Não ( )  
Se sim...
31. Preciou ser internado devido COVID-19? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Preciou de leito de UTI?  
Sim ( ) Não ( )

#### QUANTO A SUA SAÚDE:

##### 32. Medida da PA:

Primeira medida da PA \_\_\_\_\_  
Segunda medida da PA \_\_\_\_\_  
Terceira medida da PA \_\_\_\_\_  
Média das duas últimas medidas da PA \_\_\_\_\_

33. Você recebeu diagnóstico de estar com **HIPERTENSÃO**? ( ) Sim ( ) Não
34. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você mediu sua pressão? \_\_\_\_\_
35. Você se lembra a última vez que você mediu sua pressão arterial? ( ) Sim ( ) Não
36. Você lembra o valor da sua pressão arterial?  
( ) Sim, quanto estava: \_\_\_\_\_ ( ) Não
37. Você toma algum remédio *(farmácia ou casarão)* para controle da sua pressão arterial?  
( ) sim/qual (ais)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ( ) não
38. Você recebeu diagnóstico de estar com **DIBETES**? ( ) SIM ( ) NÃO
39. Você toma algum remédio *(farmácia ou casarão)* para controle da diabetes?  
( ) sim/qual? \_\_\_\_\_  
( ) não
40. Você recebeu algum diagnóstico de estar com colesterol/triglicéridos elevados?  
( ) sim ( ) não
41. Você toma algum remédio *(farmácia ou casarão)* para controlar o seu colesterol ou triglicéridos elevado?  
( ) sim ( ) não
42. Alguém da sua família tem doença cardiovascular? ( ) sim ( ) não
43. Caso sim, qual(ais) doenças \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
44. Quem? *(nível de parentesco)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Teste: Estilo de vida Fantástico.**

Responda a alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no último mês. As questões que geram dúvidas serão esclarecidas.

**Família e amigos:**

45. Tem alguém para conversa as coisas que são importantes para você?

( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

46. Dá e recebe afeto? ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

**Atividade:**

47. É vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.)? ( ) Menos de 1 vez por semana; ( ) 1-2 vezes por semana; ( ) 3 vezes por semana; ( ) 4 vezes por semana; ( ) 5 vezes ou mais por semana.

48. É moderadamente ativo *(jardinagem, caminhada, trabalho de casa)*? ( ) Menos de 1 vez por semana; ( ) 1-2 vezes por semana; ( ) 3 vezes por semana; ( ) 4 vezes por semana; ( ) 5 vezes ou mais por semana.

**Nutrição:**

49. Faz uma dieta balanceada? *(apresentar e explicar para o participante)*. ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

50. Quantos dos seguintes itens você consome em excesso: açúcar; sal; gordura animal; "bobagens" (salgadinhos, guloseimas, fastfood etc.)? ( ) Quatro itens; ( ) Três itens; ( ) Dois itens; ( ) Um item; ( ) Nenhum.

51. Quantos quilos você está acima do seu peso considerado ideal? ( ) Mais de 8kg; ( ) 8kg; ( ) 6kg; ( ) 4kg; ( ) 2kg.

**Cigarro e Drogas:**

52. Fuma cigarros? ( ) Mais de 10 por dia; ( ) 1 a 10 por dia; ( ) Nenhum nos últimos 6 meses; ( ) Nenhum no ano passado; ( ) Nenhum nos últimos 5 anos.

53. Usa drogas como maconha e cocaína? ( ) Algumas vezes; ( ) Nunca.

54. Abusa ou exagera de remédios? ( ) Quase diariamente; ( ) Com relativa frequência; ( ) Ocasionalmente; ( ) Quase nunca; ( ) Nunca.

55. Quantas vezes por dia ingere bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")? ( ) Mais de 10 vezes por dia; ( ) 7 a 10 vezes por dia; ( ) 3 a 6 vezes por dia; ( ) 1 a 2 vezes por dia; ( ) Nunca.

**Álcool:**

56. Quantas doses de álcool você ingere por semana? (*ver explicação*). ( ) Mais de 20; ( ) 13 a 20; ( ) 11 a 12; ( ) 8 a 10; ( ) 0 a 7.

57. Bebe mais de quatro doses em uma única ocasião? ( ) Quase diariamente; ( ) Com relativa frequência; ( ) Ocasionalmente; Quase nunca; ( ) Nunca.

58. Dirige após beber? ( ) Algumas vezes; ( ) Nunca.

**Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro:**

59. Dorme bem e sente-se descansado? ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

60. Usa cinto de segurança ou capacete? ( ) Nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) A maioria das vezes; ( ) Sempre.

61. É capaz de lidar com o estresse do seu dia-a-dia? ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

62. Relaxa e desfruta do seu tempo de lazer? ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

63. Pratica sexo seguro? (*ver explicação*) ( ) Quase nunca; ( ) Raramente; ( ) Algumas vezes; ( ) Com relativa frequência; ( ) Quase sempre.

**Tipos de Comportamento:**

64. Aparenta estar com pressa? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

65. Sente-se com raiva e hostil? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

**Introspecção:**

66. Pensa de forma positiva e otimista? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

67. Sente-se tenso e desapontado? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

68. Sente-se triste e deprimido? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

**Trabalho:**

69. Está satisfeito com o seu trabalho ou função? ( ) Quase sempre; ( ) Com relativa frequência; ( ) Algumas vezes; ( ) Raramente; ( ) Quase nunca.

**RESULTADO:** \_\_\_\_\_ pontos

**CLASSIFICAÇÃO DO ESTILO DE VIDA:**

( ) Excelente<sup>(85-100)</sup> ( ) Muito bom<sup>(70-84)</sup> ( ) Bom<sup>(55-69)</sup>

( ) Regular<sup>(35-54)</sup> ( ) Necessita melhorar<sup>(0-34)</sup>

**QUESTIONÁRIO MINICHAL**

N.	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	abs	
97	Tem dormido mal?		104 Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?
98	Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?		105 Tem se sentido esgotado e sem forças?
99	Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?		106 Teve a sensação de que estava doente?
100	Sente que não está exercendo um papel na vida?		107 Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?
101	Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?		108 Teve inchaço nos tornozelos?
102	Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?		109 Percebeu que tem urinado com mais frequência?
103	Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?		110 Tem sentido a boca seca?
			111 Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?
			112 Tem notado adormecimento ou fadiga em alguma parte do corpo?

**ESCALA DE AUTOCUIDADO DE HIPERTENSÃO**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense sobre como você se sentiu no último mês ou como tem se sentido desde a última vez que conversamos ao completar estes itens.

**SEÇÃO A:**

Abaixo se encontram listadas orientações normalmente dadas a pessoas com pressão alta. Com que frequência você segue essas orientações?

	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Verifica a sua pressão arterial?	1	2	3	4
2. Faz refeições ricas em frutas e vegetais?	1	2	3	4
3. Faz alguma atividade física? (ex.: atividades domésticas, caminhar no pátio, cuidar do Jardim, etc..)	1	2	3	4
4. Comparece a consultas com médicos ou enfermeiros?	1	2	3	4
5. Faz refeições com pouco sal?	1	2	3	4
6. Exercita-se por 30 minutos? (1=0x semana; 2=1-3x semana; 3=4-6x semana; 4=7x semana)	1	2	3	4
7. Toma seus medicamentos?	1	2	3	4
8. Pede alimentos com pouco sal quando come fora ou visita outras pessoas?	1	2	3	4
9. Faz refeições com pouca gordura saturada e colesterol?	1	2	3	4
10. Tenta perder peso ou controlar o peso?	1	2	3	4

**SEÇÃO B:**

Muitos pacientes têm dificuldade em controlar sua pressão arterial. No passado, a sua pressão arterial ficou fora de controle, mesmo que brevemente? Circule uma resposta.

0) Não 1) Sim

## SEÇÃO C:

Em geral, qual a sua confiança em conseguir:

	Não confiante	Pouco confiante	Confiante	Extremamente confiante
17. Manter a sua <u>pressão arterial</u> sobre controle?	1	2	3	4
18. Seguir as <u>orientações</u> sobre o tratamento que recebeu?	1	2	3	4
19. Avaliar a <u>importância</u> das alterações na sua pressão arterial?	1	2	3	4
20. Reconhecer <u>alterações</u> na sua saúde caso elas ocorram?	1	2	3	4
21. Fazer <u>alguma coisa</u> para baixar a sua pressão arterial?	1	2	3	4
22. Avaliar o quanto uma medida funciona?	1	2	3	4

11. Se você teve algum problema para controlar a sua pressão arterial no passado...

(circule **um** número)

	Não tive problemas	Não reconheci	Demorei muito para reconhecer	Demorei um pouco para reconhecer	Reconheci rapidamente	Reconheci imediatamente
Com que rapidez você reconheceu que a sua pressão arterial estava elevada?	N/A	0	1	2	3	4

Abaixo se encontram listadas algumas medidas que pessoas com pressão alta utilizam para controlar a pressão arterial. Se a sua pressão arterial subir, qual a probabilidade de você tentar uma dessas medidas? (circule **um** número para cada medida)

	Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
12. Reduzir o sal da sua dieta		1	2	3 4
13. Reduzir o seu nível de estresse		1	2	3 4
14. Tomar um comprimido extra para pressão arterial		1	2	3 4
15. Ligar para o seu médico ou enfermeiro, ou procurar algum serviço de saúde para pedir orientação		1	2	3 4

16. Pense em uma medida que você tentou na última vez em que a sua pressão arterial subiu.

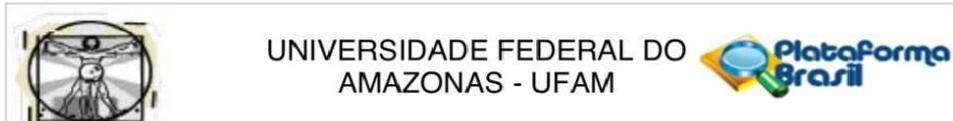
(circule **um** número)

	Não tentei nada	Não tenho certeza	Pouca certeza	Certeza	Tenho muita certeza
Qual a sua <u>certeza</u> de que essa medida ajudou ou não ajudou?	0	1	2	3	4

## ANEXO A

**Universidade Federal do Amazonas - UFAM**  
Escola de Enfermagem de Manaus - EEM  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSOLIDANDO A ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS COMO ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE - EPS.

**Pesquisador:** Nair Chase da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54136821.7.0000.5020

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.212.273

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de primeira versão, onde é colocado

“Estudo pretende utilizar métodos mistos, pautado no modelo Peer-education Engagement and Evaluation Research (PEER-IESS), exploratório descritivo-correlacional, com abordagem de Pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS). Envolve a seguintes fontes de dados: Planilhas e Relatórios finais de extensão/investigação/intervenção da IES envolvida, estudantes matriculados e os servidores vinculados a uma das unidades acadêmicas da IES participantes no estudo. A coleta dos dados ocorrerá por meio de análise documental, aplicação de Questionários validados e medidas da pressão arterial dos participantes. As informações coletadas por meio dos questionários, serão digitadas em pares, armazenadas e analisadas estatisticamente com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0.”

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com

