



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONOGRAFIA

**FACTORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
TRABALHADORES DO GRUPO MACAMBRIZ ANGOLA NO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2024.**

Autor: Valdimar de Jesus Francisco

Orientadora: Prof. Elixau Xilo (MSc).

Icolo Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONOGRAFIA

**FACTORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
TRABALHADORES DO GRUPO MACAMBRIZ ANGOLA NO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2024.**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde, do Instituto Superior de Angola, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem sob orientação do Prof. Elizeu Domingos Xilo, MSc.

Autor: Valdimar de Jesus Francisco

Icolo Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**FACTORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
TRABALHADORES DO GRUPO MACAMBRIZ ANGOLA NO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2024.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

DATA DA DEFESA ____/____/____

DEDICATÓRIA

Este trabalho dedico para minha família especialmente à minha mãe Cristina Francisco, por tudo que tem feito em prol da minha formação.

AGRADECIMENTO

A Deus, pelo don da vida;

À minha esposa Rosa Azulaide Garcia Neto de Jesus. Aos meus país António José e Cristina Francisco; aos meus filhos, aos meus irmãos e amigos;

Ao meu companheiro, irmão e conselheiro, Mestre Elixeu Xilo, pela orientação na concepção deste trabalho;

Ao meu chefe. Dr. João Gomes Sebastião, estendo os agradecimentos à Dr.^a. Maka Feliciano Moises, ao Dr. Eduardo Pedro Diangumbe, Dr. Manuel Estevão Eduardo, ao Mestre José de Martins, e muitos outros, que estimularam a concretização deste exercícios académico;

A todos que, directa ou indirectamente, contribuíram, para êxito da minha formação.

Obrigado por caminharem sempre comigo!

LÍSTA DE SÍGLAS E ABREVEATURAS

HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial Sistemica
TAS	Tensão Arterial Sistólica
TAD	Tensão Arterial Diastólica
MCC	Mafuco Canhamba Cambriz
ISA	Instituto Superior de Angola
LDL	Lipo proteína de baixa densidade
MAPA	Medição Ambulatória da Pressão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
HMD	Hospital Municipal do Dande
EPS	Educação para Saúde
IMC	Índice de massa corporal
FC	Frequência Cardíaca
BB	Betabloquador
CA	Circufêrencia Abdominal
DCV	Doenças Cardiovascular

EPÍGRAFE

"Se a saúde um direito, ele e também,
um dever das populações"

Vidigal, 2008

RESUMO

A Directriz Brasileira de hipertensão defende que a hipertensão arterial se caracteriza como uma doença crónica não transmissível, é identificada em pacientes que apresentam a pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg, sendo acima do considerado um estágio de pré-hipertensão. O estudo teve como objetivos geral analisar os factores de riscos da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, no segundo semestre de 2024. Foi realizado um estudo analítico prospetivo observacional e transversal, centrado tecnicamente, na abordagem mista, visando os factores de riscos da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola no segundo semestre de 2024. Os principais factores de riscos em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola é o nível socioeconómico de certos trabalhadores, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismos e dieta saudáveis, contudo, é importante reeducar, os trabalhadores sobre os métodos preventivos a fim de diminuir os riscos de surgimento da hipertensão arterial e outras doenças associadas.

Palavras – Chaves: Factores de riscos; Hipertensão arterial; Trabalhadores.

ABSTRACT

The Brazilian hypertension guideline characterizes hypertension as a chronic non-communicable disease identified in patients with blood pressure greater than or equal to 140/90 mmHg, with levels above this level being considered pre-hypertension. The general objective of this study was to understand the risk factors for hypertension in workers at the Macambriz Angola group in the second half of 2024. A prospective, observational, cross-sectional analytical study was carried out, technically focused on a mixed approach, with the aim of understanding the risk factors for hypertension in workers at the Macambriz Angola group in the second half of 2024. The main risk factors for workers at the Macambriz Angola group are the socioeconomic level of certain workers, excessive consumption of alcoholic beverages, smoking, and a healthy diet. However, it is important to re-educate workers on preventive methods in order to reduce the risk of developing hypertension and other associated diseases.

Keywords: Risk factors; Hypertension; Workers.

LISTAS DE QUADROS

N °	Designação	Pág.
1	Dimensão do manguito de acordo a circunferência do membro.....	24
2	Classificação da hipertensão arterial.....	25
3	Valores de hipertensão arterial ambulatoria de MAPA.....	26

LISTAS DE TABELAS

N °	Designação	Pág.
Tabela:1	Caracterizar os trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, de acordo a idade	36
Tabela:2	Caracterizar os trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, de acordo género	37
Tabela:3	Caracterizar os trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, de acordo categoria profissional	38
Tabela:4	Identificar em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, de acordo os factores de riscos	39
Tabela:5	Aferição em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, de acordo o índice de massa corporal	40
Tabela:6	Aferição em Treabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo a Pressão Arterial	41
Tabela:7	Propor medidas de prevenção em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola	42

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTO	V
LÍSTA DE SÍGLAS E ABREVEATURAS.....	VI
EPÍGRAFE	VII
RESUMO.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
LISTAS DE QUADROS	X
LISTAS DE TABELAS.....	XI
HIPÓTESES	18
OBJECTIVOS DO ESTUDO	19
Geral	19
Específicos	19
Delimitação e limitação	19
1.1. Definição dos termos e conceitos.	20
1.2. Hipertensão arterial.....	20
1.2.1. Factores de riscos	20
1.2.2. Trabalhadores	20
1.2.3. Epidemiologia	21
1.2.4. Etiologia da hipertensão arterial	21
1.2.5. Factores de riscos da hipertensão arterial	22
1.2.5.1. Idade.....	22
1.2.5.2. Género	22
1.2.5.3. Étnia	23
1.2.5.4. Factor Genético.....	23
1.2.5.5. Excesso de peso e obesidade	23
1.2.5.6. Consumo excessivo de cloreto Sódio	24
1.2.5.7. Ingestão de álcool.....	24

1.2.5.8. Sedentarismo	24
1.2.5.9. Tabagismo	24
1.3. Medidas da pressão arterial	27
1.3.1. Medidas directa e indirecta da hipertensão arterial	27
a) Preparo do paciente:	27
b) Procedimento para avaliação da PA	28
1.4. Avaliação Clínica	29
1.4.1. Exames físico da hipertensão arterial	29
1.4.2. Exames laboratórias	30
1.5. Tratamento da hipertensão arterial	30
1.5.1. Tratamento não medicamentoso	30
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	34
2.1. Tipo de pesquisa	34
2.2. Modelos de abordagem.....	34
Nível de estruturação de métodos.....	34
2.2.1. Nível teórico, análise e síntese.....	34
2.3. Nível experimental	34
2.4. Métodos estatísticos	34
2.5. Técnica de Recolha de dados	34
2.6. Instrumentos de recolha de dados	35
2.7. População do estudo e Amostra.....	35
2.8. Dificuldades encontradas	35
CAPÍTULO III: DISCURSSÃO E RESULTADOS	36
Discursão dos Resultados	44
CONCLUSÃO	45
SUGESTÕES	46
BIBLIOGRÁFICAS.....	47

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como título, Factores de Riscos da Hipertensão Arterial em Trabalhadores do Grupo Macambriz Angola no Segundo Semestre de 2024.

A hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial, ou seja, é uma patologia de grande relevância diante do cenário de saúde pública, pois atinge uma parcela da população mundial e é evidenciada como o principal factor de risco para doenças cardiovasculares. De acordo com a directriz brasileira de hipertensão, a HA se caracteriza-se como uma doenças crónicas não transmissíveis identificada em pacientes que apresentam a pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg, quando estiver, acima desses números, será considerado um estágio de pré-hipertensão (Almeida, et al., 2021).

De acordo com Agha, et al., (2020), a hipertensão arterial é uma doença frequentemente, associada aos distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgão alvo, agravada pela presença de múltiplos factores de risco no surgimento de doenças coronarianas, a doença renal crónica e acidente vascular cerebral isquémico e hemorrágico. Sempre que a, hipertensão se mantiver descontrolada, podem ocorrer as seguintes complicações: insuficiência cardíaca, doenças periféricas vasculares, insuficiência renal e complicações na visão. Essas condições clínicas têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho na renda familiar (Bakriis GL, Sorrentio MJ, 2018).

Para Bakriis GL, Sorrentio MJ (2018), por ser uma doença de alta morbimortalidade e desencadear perda importante da qualidade de vida, a hipertensão arterial exige um diagnóstico precoce. Este diagnóstico não requer tecnologias sofisticadas e complexas, e o controlo e tratamento da doença pode ser realizado através de ações simples, que são, comprovadamente, eficazes, como mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, alguns cuidados que o paciente hipertenso deve seguir são: adesão ao tratamento, controlo da pressão arterial (PA) e mudanças no estilo de vida, devendo ser mais saudável e através de ações que incluem reduzir o consumo de sal, praticar

atividades físicas diariamente, manter um peso saudável, não fumar etc., (Vanildo, 2020).

A hipertensão arterial sistêmica é responsável por 40% das mortes por AVE, 25% por doenças coronarianas (DAC) e, ainda, contribui em 40% dos casos de aposentadoria e de absentismo no local de trabalho em nosso meio (E.C , 2021).

Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, *et al.*, (2016), cinco décadas de pesquisas epidemiologistas clínicas e patofisiológicas confirmaram que a HAS promove a aterosclerose cardiovasculares, contribuindo como causas frequentemente para as doenças cardiovasculares maiores, tais como: DAC, AVE, Doença Arterial periférica, doenças renal e insuficiência cardíaca. Segundo América, Radical Associatin (2004), pelo especto silencioso da doanças, aproximadamente um terço dos pacientes não tem conhecimento dela, o que aumenta o risco de complicações pela falta de tratamento.

PROBLEMÁTICA

Sendo a Hipertensão Arterial uma doença silenciosa e classificada como um dos factores de riscos para outras as doenças como acidente vascular cerebral, doenças cardiovascular e renais. Por este e outras razões, levaram -me á observar vários factores de riscos em trabalhadores do grupo Macambriz Angola, durante a minha jornada laboral dentro do referido estabelecimento.

A hipertensão arterial acomete pessoas de diversas faixas etárias, de vários estratos sociais, agita o Banco de Urgência, e causa danos incalculáveis. Diante desta realidade, elegemos a:

Quais são os factores de riscos da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola?

HIPÓTESES

H1: O baixo nível sócio económico, dos trabalhadores do Grupo Macambriz Angola desencadear a hipertensão arterial?

H2: O mau hábito alimentar dos trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, concorre para o surgimento da hipertensão arterial?

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Geral

- ❖ Analisar os fatores de riscos da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola, no segundo semestre de 2024.

Específicos

- ❖ Caracterizar o perfil bio-sociodemografico em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola quanto à (idade, género e catégoria profissional);
- ❖ Identificar os fatores de riscos em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola;
- ❖ Classificar a hipertensão arterial, em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola;
- ❖ Propor medidas de prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola.

Delimitação e limitação

A nossa pesquisa está delimitada aos trabalhadores do Grupo Macambriz Angola. O horizonte temporal do estudo é o segundo semestre de 2024.

Limitação: Presidente do Conselho Administrativo, Diretora Administrativa, Secretária, Trabalhadores do Grupo Macambriz Angola.

Justificativa

O interesse pelo tema deveu-se ao facto de a hipertensão arterial, constituir um dos maiores problemas de Saúde Pública, e porque a doença cardiovascular é um factor de risco, quantitativamente, mais influente no desenvolvimento das doenças vasculares cerebral, coronária e da insuficiência cardíaca. Com este estudo pretendemos contribuir para conhecimento científico já existente na área, incrementando dados sobre o Grupo Macambriz, e despertar a consciencialização da sociedade sobre a importância de se manter um estilo de vida saudável.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definição dos termos e conceitos.

1.2. Hipertensão arterial

Hipertensão Arterial, é uma doença crónica de evolução progressiva, é considerada como um problema de Saúde Pública e tem grande incidência no mundo de hoje, frente às atuais condições do político económico vigente, assim sendo podendo agravar-se por hereditariedade (Erdine S, 2010).

A hipertensão é uma doença crónica, assintomática que, se não for diagnosticada e tratada evolui com danos silenciosos em órgãos-alvo como os vasos sanguíneos, o coração, o cérebro e os rins (Law MR, Wald NJ, *et al.*, 2003).

1.2.1. Factores de riscos

Factores de riscos são características, condições ou aumentam a probabilidade de ter uma determinada doença ou lesão. Eles, podem ser apresentados individualmente, no entanto, na prática, não ocorrem isoladamente (Lawes CMM, Bennett DA, *et al.*, 2004).

De acordo Law MR, Wald NJ, *et al.*, (2003), os factores de riscos, é um conjunto de elementos que, quando presente pode desencadear uma determinada doença.

1.2.2. Trabalhadores

Trabalhadores podem são todas as pessoas que servem da sua força, executando obras ou serviços para outrem, mediante o pagamento de uma contraprestação, que terá natureza retributiva diante da prestação desempenhada (Organização Mundial da Saúde, 2021).

O trabalhador é uma pessoa singular, nacional, estrangeira residente ou apátrida, que voluntariamente se obrigou a colocar a sua actividade profissional, mediante remuneração, no interesse de outrem, no âmbito da organização e sob a autoridade e direcção deste (Diário da República de Angola, 2023)

1.2.3. Epidemiologia

Em 2010, a prevalência mundial de HAS ($\geq 140/90$ mmHg) e/ou em uso de anti-hipertensivo foi de 31,0%, acometendo mais homens (31,9%) que mulheres (30,1%), em 2017, segundo dados da carga global das doenças, as doenças cardiovascular causaram 28,8% das mortes por doenças crônicas não transmissível, este estudo também constatou que em 2017, sucederam -se quase 18 milhões de mortes devido a causas cardiovasculares 31,8% do total de óbitos (Law MR, Wald NJ, *et al.*, 2003).

A revista científica da clínica Sagrada Esperança (2008), previu um aumento significativo da morbimortalidade das doenças não transmissíveis em África. Nas, próximas décadas, de acordo com referências da OMS, sobre, o índice de mortalidade, ela evoluiu de 28% em 1990 para 60% em 2020 e as mortalidade de 35 para 65% o período em análise.

Angola, é também um dos países em transição epidemiológica, pelo que embora ainda se verifique a persistência e até mesmo o ressurgir de doenças infecciosas e sociais, com particular ênfase para as grandes endemias, onde sobressai a malária, a SIDA, a Tripanossomíase e outras, é possível realçar as doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial devido o baixo nível socio – económico (Rev CSE, 2008).

1.2.4. Etiologia da hipertensão arterial

Para Taylor AL, Ziesche S, *et al.*, (2004), etiologicamente, a hipertensão arterial apresenta dois níveis, o primário e o secundário. A primária também conhecido como essencial, é caracterizado pelos índices da pressão sistólica e diastólica elevados, causado por um agente desconhecida, afirma-se que mais de 90% dos casos se enquadram nessa categoria Correa *et. Al.*, (2019).

Taylor AL, Ziesche S, *et al.*, (2004), quando a PA elevada se encontra relacionada com as causas específicas – como, estreitamento das artérias renais, doenças renal parenquimatosas, hiperaldosterismo (hipertensão mineralocorticoide), uso irracional de medicamentos, gravidez e coartação da aorta – denominada-se hipertensão arterial secundária. Estas acomete os 5% restantes das pessoas portadores da doença (SILVA, 2006).

A hipertensão arterial sistémica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que , representa o factor de risco independente, linear e contínuo de mortalidade cardiovascular para doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crónica, é uma doença altamente prevalente, atingindo mais de 60% da população >60 anos, cerca de 50% das mortes por doença cardiovascular no país, tem a HAS como um fator presente direta ou indiretamente. O impacto das doenças cardiovasculares, na saúde das populações, é crescente em todo o mundo, sobretudo nos países de baixa renda (Erdine S,2010).

1.2.5. Fatores de riscos da hipertensão arterial

Os fatores de riscos da hipertensão arterial tem consequências tanto em relação a sua cura quanto aos gastos do sistema de saúde público ou privado, a hipertensão arterial representa o principal factor de risco para o surgimento das doenças cardiovasculares, renais e cerebrais (Correa *et. al*, 2019).

Na visão de Taylor AL, Ziesche S, *et al.*, (2004), a hipertensão arterial é uma doença que mais se destaca entre as pessoas de 60 anos ou mais, numa proporção de 50%, causada por fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos, para o seu desenvolvimento, como a hereditariedade, a etnia, o consumo elevado de álcool, tabagismo, o sedentarismo, a idade, o género e a obesidade. Os fatores intrínsecos englobam: a hereditariedade, a etnia, o género e a idade, já os extrínsecos englobam: o tabagismo, o consumo de álcool, o sedentarismo e a obesidade (Correa *et. al.*, 2019).

1.2.5.1. Idade

É um factor de risco importante, pois, à medida em que esta avança, ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos. Consequentemente, estas alterações influenciam no aumento da PA (Malachias MVB *et. at.*, 2016).

1.2.5.2. Género

Em ambos os géneros, a presença de HAS aumenta com a idade, atingindo 61,5% dos homens e 68,0% das mulheres na faixa etária de 65 anos ou mais, nas faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas sua elevação por década é maior entre as mulheres (Malachias *et. al*, 2016).

Os homens são mais afetados pela doença até os 50 anos e as mulheres, devido a produção de hormônios femininos, que servem como factores de proteção, têm menor incidência antes da menopausa, a qual aumenta a partir da sexta década de vida (Machado *et. al*, 2012).

1.2.5.3. Étnia

Trata-se de um factor de risco significativo para a HAS. Ainda que seu índice, na população em geral, seja elevado, nota-se que as etnias de raça negra têm maior predisposição para a doença (Póvoa R, Barroso WS, *et al.*, 2018).

Taylor AL, Ziesche S, *et al.*, (2004), estudos mostram que tanto negros quanto brancos possuem um componente genético para a hipertensão arterial, porém, esse componente mostra-se mais elevado em negros, podendo estar relacionado ao fato de que os indivíduos negros possuem um defeito hereditário no mecanismo de captação de sódio e cálcio e no seu transporte renal. Além disso, observa-se também maior sensibilidade ao sal em pessoas negras, reagindo melhor os diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio. Ademais, apresentam pouca resposta aos anti-hipertensivos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima conversora de angiotensina (Correa *et. al.*, 2019).

1.2.5.4. Factor Genético

Para Vanildo; Kocher, *et al* (2020), os fatores genéticos influenciam os níveis pressóricos, em virtude da grande diversidade de genes. entretanto, das variantes estudadas até então e da miscigenação da população, não foram designadas referências com relação a este factor, a maior parte desse risco genético é repassado de forma poligênica. Deste modo, as centenas de variações de DNA transmitidas, colaboram em conjunto, para o aumento da possibilidade de se desenvolver o fenótipo hipertensivo (Jamerson K, *et al.*, 2008).

1.2.5.5. Excesso de peso e obesidade

Vanildo; Kocher, *et al* (2020), é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser a causa de 20% a 30% dos casos de HAS, o tecido adiposo actua como um órgão endócrino, produzindo adipocitocinas, moduladores imunes. Em consequência da obesidade, há o aumento da liberação dessas adipocitocinas pró-inflamatórias, levando a um processo inflamatório crónico. Dessa forma, a disfunção dessas adipocitocinas aparenta ser a resposta moduladora do sistema inflamatório,

que acarreta as doenças cardiovasculares, e simultaneamente, a hipertensão arterial (Law MR, *et al.*, 2003).

1.2.5.6. Consumo excessivo de cloreto Sódio

Através de estudos *in vitro*, observou-se que o sal pode influenciar directamente no crescimento do miocárdio. Em culturas de mioblastos cardíacos e células musculares lisas de vasos, observou-se que o excesso de sódio levou à hipertrofia, favorecendo a síntese protéica e impedindo a degradação de proteínas. Assim, a ingestão excessiva de sal, além de contribuir para a elevação da PA, pode afetar de forma negativa a estrutura e a função do coração e vasos sanguíneos (Mancia G, *et al.*, 2013).

1.2.5.7. Ingestão de álcool

O consumo crónico e elevado de álcool leva a um aumento da PA de forma constante, o álcool desempenha uma ação aguda após o consumo, levando ao desenvolvimento de HAS ao longo do tempo, os mecanismos pressupostos para o efeito que o consumo crónico do álcool desempenha no sistema cardiovascular abordam a estimulação do sistema nervoso autónomo simpático, aumento na secreção de glicocorticoides, alterações na contratilidade da musculatura lisa dos vasos e aumento da resposta vascular a vasoconstritores e carência no relaxamento muscular (Lonn EM *et. al*, 2016).

1.2.5.8. Sedentarismo

A actividade física diminui o surgimento da hipertensão arterial, mesmo em indivíduo pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular (Erdine S, 2010).

1.2.5.9. Tabagismo

A nicotina provoca a ativação do sistema nervoso simpático e posteriormente a elevação da frequência cardíaca, da PA e aumenta a contratilidade do miocárdio, reduzindo a oferta de oxigénio aos vasos e músculo cardíaco. Este componente da fumaça do cigarro atua como um agonista adrenérgico, estimulando a liberação local e sistémica de catecolaminas como dopamina, adrenalina e vasopressina (Almeida, *et al.*, 2021).

1.2.5.6. Classificação da Hipertensão arterial

De acordo a Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial (DBHA), valores normais da PA são aqueles baseados na medida da PA de consultório: ≤ 120 mmHg para PA sistólica (PAS) e 80 mmHg para PA diastólica (PAD), sendo o diagnóstico da HAS feito quando a PAS é ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões distintas.

Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial (DBHA), classifica-se a HAS em estágios à medida que se eleva 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD (Quadro 2). Revela o maior valor da PA que classifica o indivíduo, seja ela sistólica, seja diastólica. Compreende desde a faixa de PA, compreendida entre os valores de normo e anormalidade: PAS entre 121-139 mmHg e/ou PAD entre 81-89 mmHg, denominada pré-hipertensão. Se esses indivíduos pré - hipertensos não controlarem seus FR associados, com atuação em medidas preventivas mais significativas, podem se tornar hipertensos sustentados em curto espaço de tempo Corroa G, Nicotra F; *et al* (2011).

Quadro nº 2 – Classificação da hipertensão arterial

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Sistolia isolada	≥ 140	< 90

Quando a PAS e a PAD se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

PA – pressão arterial; PAS – pressão arterial sistólica; PAD – pressão arterial diastólica

Fonte: Malachias MVB, et al; 2016, IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2022).

A Organização Mundial da Saúde, classifica a Hipertensão arterial em: ótima, normal alta, hipertensão grau 1 (leve), Hipertensão do grau II (Moderada), Hipertensão do grau III (Grave) e Hipertensão arterial isolada, conforme o **Quadro nº 2**.

Os valores da PA em consultório podem ser maiores, iguais ou menores do que os obtidos através de medições fora do consultório, tanto em aparelhos automáticos, quanto em semiautomáticos, elevam-se na possibilidade de o maior número de

medidas refletirem as atividades usuais dos indivíduos e reduzirem a presença de efeito do avental da bata branca, além de maior participação do paciente no tratamento, aumentando a sua adesão terapêutica (Malachias, *et al.*, 2018).

Agena, *et al.*, (2011), defende que a, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono, existem evidências de que as variáveis obtidas pela MAPA estabelecem melhor o prognóstico dos desfechos cardiovasculares maiores, tais como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, quando comparados às medidas de consultório da pressão arterial, devendo portanto fazer parte da investigação diagnóstica da HAS.

Malachias MVB, *et al.*, (2016), dentre os parâmetros obtidos pela MAPA, as médias de PA são os mais consistentes para serem analisados, por apresentarem correlação com o diagnóstico, lesão em órgãos-alvo e prognóstico cardiovascular, tendo sido o único parâmetro relacionado à mortalidade, as análises dos períodos de 24 horas, vigília e sono são consideradas essenciais para a avaliação das médias de hipertensão arterial, os valores de hipertensão ambulatorial correspondem a 24 horas $\geq 130 \times 80$ mmHg, vigília $\geq 135 \times 85$ mmHg e sono $\geq 120 \times 70$ mmHg, conforme atesta o (Quadro 3).

Assim, estes deverão ser os valores a utilizar na interpretação dos exames.

Quadro nº3 - Valores de hipertensão ambulatorial de MAPA

	Pressão arterial e/ou sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
24 horas	≥ 130	≥ 80
Vigília	≥ 135	≥ 85
Sono	≥ 120	≥ 70

Fonte: Malachias MVB, *et al.*; 2016.

1.3. Medidas da pressão arterial

Na visão de Agha, *et al.*, (2011), a hipertensão arterial pode variar de acordo com a interação de fatores neuro-humorais, comportamentais e ambientais. Existe uma variação contínua da hipertensão de batimento a batimento, consoante as atividades do indivíduo. Nos hipertensos, essa variação apresenta maior amplitude que nos normotensos, relacionando-se ao pior prognóstico, durante o período de vigília, esses valores são maiores que os obtidos durante o sono.

De acordo com o Malachias, *et al.*, (2016), o registro da hipertensão arterial deve ser realizado através do método direto ou intra-arterial e por métodos indiretos, sendo os mais empregados: o método auscultatório (procurar identificar pelo método de auscultação do aparecimento e do desaparecimento dos ruídos de Korotkoff, que correspondem, respetivamente, às pressões arteriais sistólica e diastólica); e o método oscilométrico (identificação, por oscilometria, o ponto de oscilação máxima, que corresponde à PA média e determina, por meio de algoritmos, as pressões arteriais sistólica e diastólica).

Vanildo; Kocher, *et al* (2020), na prática clínica, o diagnóstico de HAS é baseado no procedimento de medidas pelo método auscultatório que, apesar de ser considerado procedimento padrão para o seu diagnóstico e para o seguimento de pacientes hipertensos, está sujeito aos inúmeros factores de erro, destacando-se a influência do observador e do ambiente onde a medida é realizada.

1.3.1. Medidas directa e indirecta da hipertensão arterial

Na visão de Lonn EM, Bosch J, *et al.*, (2009), as medidas da hipertensão arterial pode ser:

a) Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3-5 minutos em ambiente calmo.
2. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
3. Certificar-se de que o paciente não:
 - ✓ está com a bexiga cheia;
 - ✓ praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
 - ✓ ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;

✓ fumou nos 30 minutos anteriores.

4. Posicionamento:

- a) O paciente deve estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- b) O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.

5. Medir a PA, posicionando-se em pé a , após três (3) minutos, os diabéticos, idosos e em situações nas quais hipotensão ortostática pode ser frequente ou suspeitada.

b) Procedimento para avaliação da PA

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (Quadro 2);
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2-3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial;
6. Apalpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 – 30 mmHG o nível da PAS, pela apalpação;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff);
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
11. Auscultar cerca de 20-30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero
13. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um (1) minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
14. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão, como referência;
15. Informar o valor de PA obtido para o paciente;

16. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.

Quadro nº 1 - Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa (cm)
<6	Recém-nascido	3	6
6 - 15	Criança	5	15
16 - 21	Infantil	8	21
22 - 26	Adulto pequeno	10	24
27 - 34	Adulto	13	30
35 - 44	Adulto grande	16	38
45 - 52	Coxa	20	42

Fonte: SBC, 2023

1.4. Avaliação Clínica

Para Malachias, *et al.*, (2016), a avaliação clínica e laboratorial da hipertensão arterial, permite a identificação do diagnóstico de HA, avaliar o prognóstico e determinar a terapêutica adequada para o paciente.

Para Jamerson K, *et al.*, (2008), deve ser iniciada pela anamnese, e obtidos os dados de: história clínica, tempo de diagnóstico, evolução e tratamento prévio da hipertensão arterial. Também devem ser identificados os factores de risco para doença cardiovascular, lesões em órgãos-alvo ou comorbidades, clinicamente, relevantes e ainda indícios de possíveis causas secundárias para o surgimento da hipertensão arterial.

1.4.1. Exames físico da hipertensão arterial

Na perspectiva de Lawes, *et al.*, (2004), o exame físico deve ser minucioso, para o efeito, a aferição da PA deve ser feita com rigor e técnica adequada, a medida da frequência cardíaca (FC) e os dados antropométricos, peso e altura (para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA) devem ser obtidos. Dados sobre apalpação e auscultação do coração, das carótidas e dos

pulsos devem ser registrados, os profissionais de saúde deve também buscar sinais sugestivos ou de hipertensão arterial de causa secundária. Logo, o exame de fundo de olho e o índice tornozelo-braquial, quando possível, devem ser solicitados.

1.4.2. Exames laboratórias

Almeida, *et al* (2021), a avaliação laboratorial permite detectar, clínicas ou subclínicas, para estratificar o risco cardiovascular global do paciente, devem ser levados em conta os factores de riscos clássicos, tais como:

- ❖ Idade (homem >55 anos e mulheres >65 anos);
- ❖ Etnia;
- ❖ Consumo de álcool;
- ❖ Tabagismo;
- ❖ Dislipidemias (triglicérides >150 mg/dL;
- ❖ LDL-c >100 mg/dL;
- ❖ HDL-c <40 mg/dL);
- ❖ Diabetes melito;
- ❖ Creatnina;
- ❖ Electrocardiograma;
- ❖ TAC;
- ❖ Ressonancia Magnética;
- ❖ História familiar precoce para DCV (homem <55 anos e mulheres <65 anos).

1.5. Tratamento da hipertensão arterial

Lawes, *et al.*, (2004), a abordagem terapêutica da hipertensão arterial envolve medidas não medicamentosas e medicamentosas para a redução da pressão arterial, a decisão de tratar a hipertensão arterial implica a utilização de medidas não medicamentosas e medicamentosas, a fim de reduzir a PA, proteger os órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovascular e renais.

1.5.1. Tratamento não medicamentoso

De acordo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), os principais factores de riscos modificáveis no cotidiano são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, fibras,

sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, cessação do tabagismo e controle do estresse.

Redução da ingestão de sal: para duas (2) gramas de cloreto de sódio/dia (equivalente a 5 g de sal/dia) também é recomendada, não sendo necessárias reduções mais intensas do sal na dieta (Corrao G, *et al.*, 2011).

A prática de exercícios físicos: de modo estruturado e individualizado, reduz significativamente a pressão arterial, o treinamento aeróbico é preferencial para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial. A realização de desportos competitivos exige uma avaliação mais detalhada de qualquer indivíduo hipertenso (Vanildo; Koch, Vera H, *et al.*, 2021).

Parar de fumar: é recomendado para todos os indivíduos, no entanto, a cessação do tabagismo não reduz a hipertensão arterial (Bakris GL, Sorrentino, 2018).

Hábitos alimentar: consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras e totais. Ou seja, adotar dieta rica em vegetais e frutas, rica em laticínios não gordurosos, pobre em gordura saturada, redução aproximadamente na PAS, 8 a 14 mmHg (Erdine S, 2010).

Controle do peso: Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9kg/m²), redução aproximadamente na PAS, 5 a 20 mmHg, para cada 10kg de peso reduzido (Ettehad D, Emdin CA, *et al.*, 2016).

Moderação no consumo de sal: limitar o consumo a 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para as mulheres, redução aproximadamente na PAS, 2 a 8 mmHg (Ettehad D, Emdin CA, *et al.*, 2016).

Exercícios físicos: a prática de exercícios físicos aeróbica, como caminhadas por, pelo 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/ semanas, redução aproximadamente na PAS, 4 A 9 mmHG (Ettehad D, Emdin CA, *et al.*, 2016).

1.5.2. Sobre o tratamento medicamentoso

Vanildo, *et al.*, 2021; Almeida, *et al.*; 2011, as evidências consistentes demonstrando o benefício na proteção cardiovascular do tratamento medicamentoso com o uso das principais classes de anti-hipertensivos. Assim, todos os fármacos anti-hipertensivos disponíveis no mercado podem ser utilizados, o tratamento

medicamentoso da hipertensão poderá ser realizado com uma ou mais classes de fármacos, observando-se que a combinação de fármacos será a estratégia necessária para pelo menos 2/3 dos pacientes hipertensos:

São princípios gerais para a escolha de uma estratégia terapêutica farmacológica:

- a) Ter demonstrado redução da morbidade e mortalidade cardiovascular;
- b) Ser eficaz por via oral;
- c) Ser bem tolerado;
- d) Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
- e) Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- f) Poder ser usado em associação;
- g) Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- h) Ter controlo de qualidade em sua produção.

O paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo do(s) fármaco(s), da eventual necessidade de tomada de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos.

Para Bakriis GL, Sorrentio MJ (2018), as classes de anti-hipertensivos preferenciais para o uso em monoterapia ou em combinação são os diuréticos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina II e Bloqueadores dos canais de cálcio.

Para Bakriis GL, Sorrentio MJ (2018), os betabloqueadores (BB) têm sido associados a menores benefícios quando comparados às demais classes de fármacos e, por isso, devem ser reservados para situações específicas, tais como a associação com insuficiência cardíaca ou doença coronariana, arritmias supraventriculares, enxaqueca ou tremor essencial, meta-análises demonstraram que o betabloqueador atenolol não era superior aos demais fármacos anti-hipertensivos na prevenção de eventos coronarianos, e era inferior na prevenção de acidente vascular encefálico, assim como, os betabloqueadores. Todas as classes de anti-hipertensivos têm várias moléculas disponíveis no mercado e diferenças em

relação às suas características farmacológicas e efeitos clínicos devem ser observados (Agena, *et al.*, 2011).

A combinação de fármacos deve ser a ênfase na abordagem do hipertenso. Isto se deve ao fato de que a combinação de fármacos com diferentes mecanismos de ação permitem sinergismo de acção e bloqueio de mecanismos ativados por um dos agentes, além da redução de efeitos colaterais indesejáveis (Erdine S, 2010).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de pesquisa

Foi realizado um estudo analítico prospectivo observacional, exploratório e transversal centrado tecnicamente na abordagem mista (Quali-Quantitativa), realizado no segundo semestre de 2024.

2.2. Modelos de abordagem

Foi realizado um estudo com abordagem Quali-Quantitativa, sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial em trabalhadores do grupo Macambriz Angola no segundo semestre de 2024.

Nível de estruturação de métodos

2.2.1. Nível teórico, análise e síntese

Na visão de Prodanov & Cristiano (2019), é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades.

2.3. Nível experimental

Foi realizado através de um questionário da recolha de dados, contendo todas as variáveis do nosso estudo aplicados em trabalhadores do grupo Macambriz Angola.

Este método permitiu no alcance dos objetivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

2.4. Métodos estatísticos

Os métodos estatísticos para Moreira & Herivelto (2019), revelam as tendências e reações dos fenômenos, é podem ser descritivos e inferenciais. Estes métodos permitirá clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2.5. Técnica de Recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizadas as seguintes técnicas:

Observação, entrevistas.

2.6. Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos por meio de um questionário de recolha de dados, contendo todas as variáveis do nosso estudo, esfigmomanómetro com o seu estetoscópio e uma fita métrica, seguida de análise tabular, com utilização do teste do Qui-quadrado, cálculo de razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, utilizando-se os programas *Epi Info versão 6.04* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0*.

2.7. População do estudo e Amostra

A população do estudo foi composto por (164) trabalhadores do grupo Macambriz Angola.

Amostra foi probabilística aleatória simples de (85) trabalhadores, que após ter lido o consentimento livre esclarecido aceitaram participar no estudo.

2.8. Dificuldades encontradas

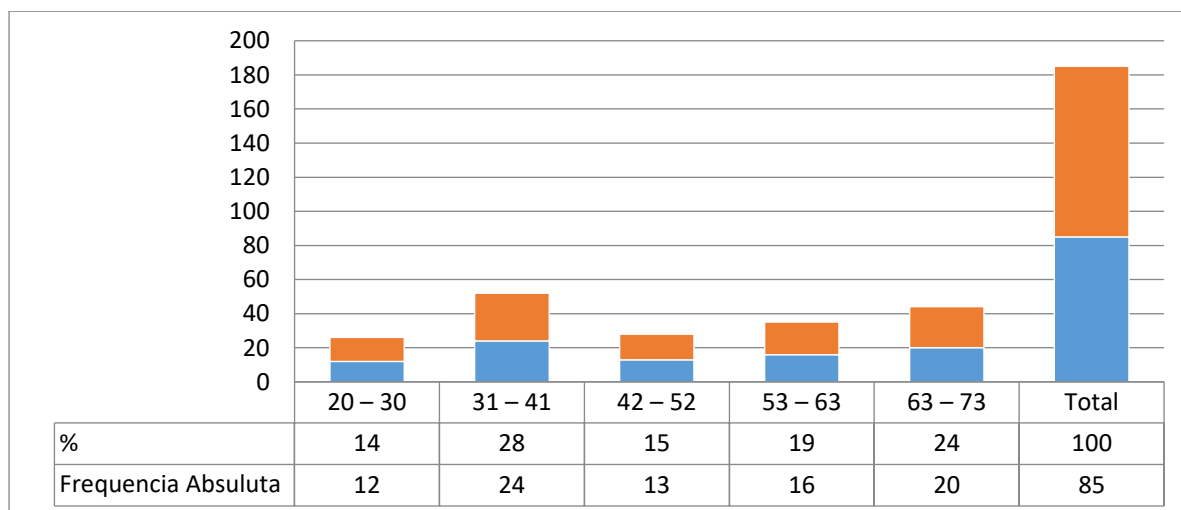
Escassez de informação a nível nacional sobre o tema em questão, na delimitação do tema, escolha do método em estudo, foram as principais dificuldades encontradas ao longo da elaboração da monografia.

CAPÍTULO III: DISCURSSÃO E RESULTADOS

Tabela nº1 – Caracterizar os trabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo a idade.

Idade / anos	Frequência	Percentagem
20 – 30	12	14%
31 – 41	24	28%
42 – 52	13	15%
53 – 63	16	19%
63 – 73	20	24%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



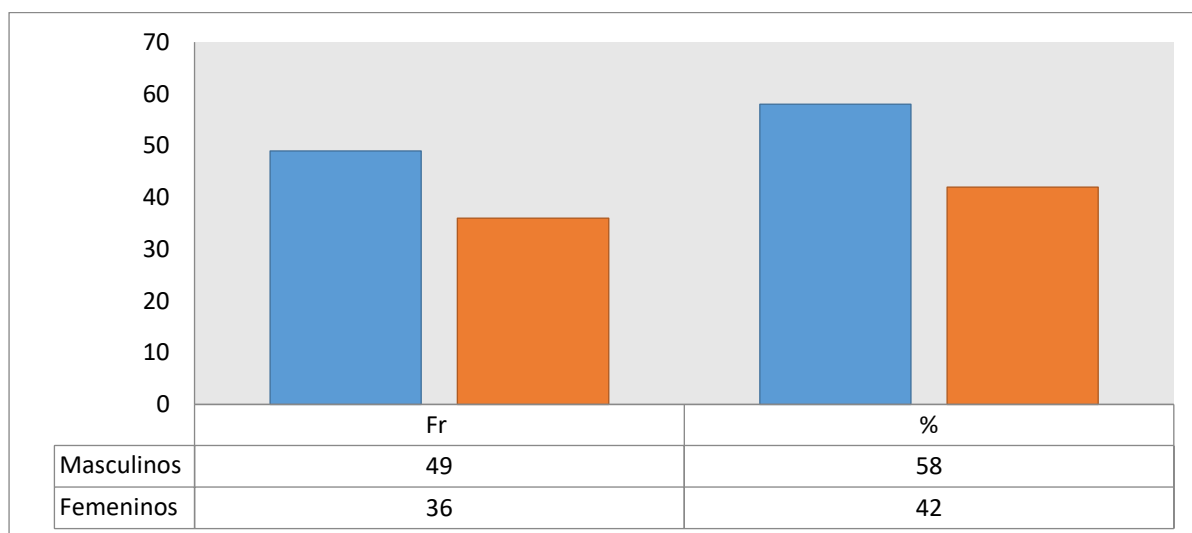
Interpretação: Os resultado da **tabela e gráfico nº 1**, indica os dados recolhidos no grupo macambriz angola, na qual a as idade com maior frequência situa-se entre os 31 – 41 anos de idade com 28%(24) e menos frequente dos 20 – 30 anos de idade com 14%(12).

Com a idade mais avançada em geral, a partir dos 55 a 60 anos de vida os vasos sanguíneos aumentam, consequentemente, a pressão sistólica também avança, o que torna a hipertensão (Diaz, 2015).

Tabela nº2 – Caracterizar os trabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo Sexo.

Sexo	Frêquencia	Percentagem
Masculinos	49	58%
Femeninos	36	42%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



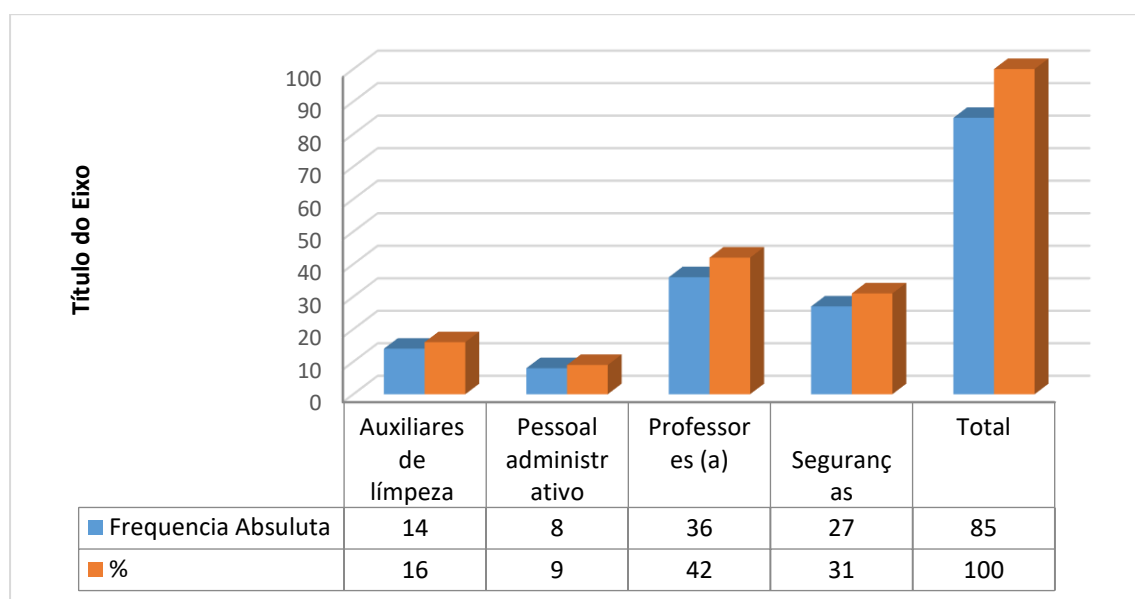
Interpetação: Os resultados da **Tabela e Gráfico nº 2**, indica os dados recolhidos no grupo macambriz angola, na qual o género com maior frequência é o maculinos com 58% e menos frequente femeninos com 42%.

Estudo aprensntam maior chance do desenvolvimento da hipertensão arterial em mulheres pode surgir na menopausa, quando há queda dos hórmonios femeninos.

Tabela nº3 – Caracterizar os trabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo a Categoria profissional.

Categoria profissional	Frêquencia	Percentagem
Auxiliares de limpeza	14	16%
Pessoal administrativo	8	9%
Professores (a)	36	42%
Seguranças	27	31%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



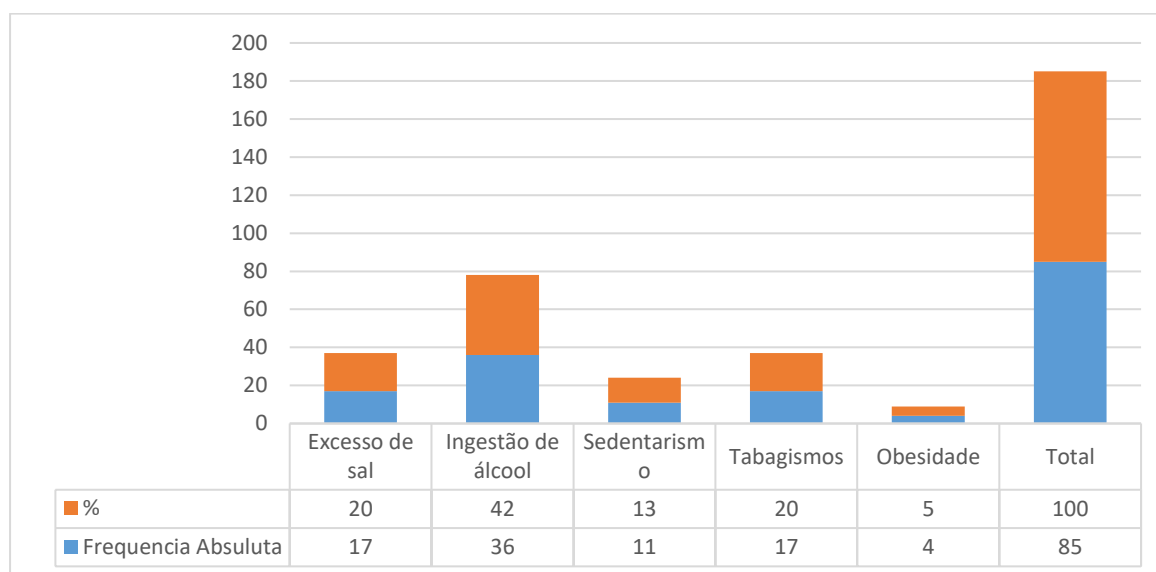
Interpetação: Os resultados da **Tabela nº 3** e o **Gráfico nº3** indicam os dados recolhidos no grupo Macambriz Angola, na qual quanto à categoria profissional com maior frequência os professores com 42% e menos frequente pessoal administrativo com 9%.

Estudos revelam que os aspectos socioeconômicos, como os educacionais, são determinantes no controle dos níveis pressóricos, o pcontrole pressórico envolve questões relativas ao entendimentos dos elementos envolvidos com o processo saúde doença (Rodríguez, 2016).

Tabela nº4 – Identificar os factores de riscos em trabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo ao factores de riscos.

Fatores de riscos	Frêquencia	Percentagem
Excesso de sal	17	20%
Ingestão de álcool	36	42%
Sedentarismo	11	13%
Tabagismos	17	20%
Obesidade	4	5%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



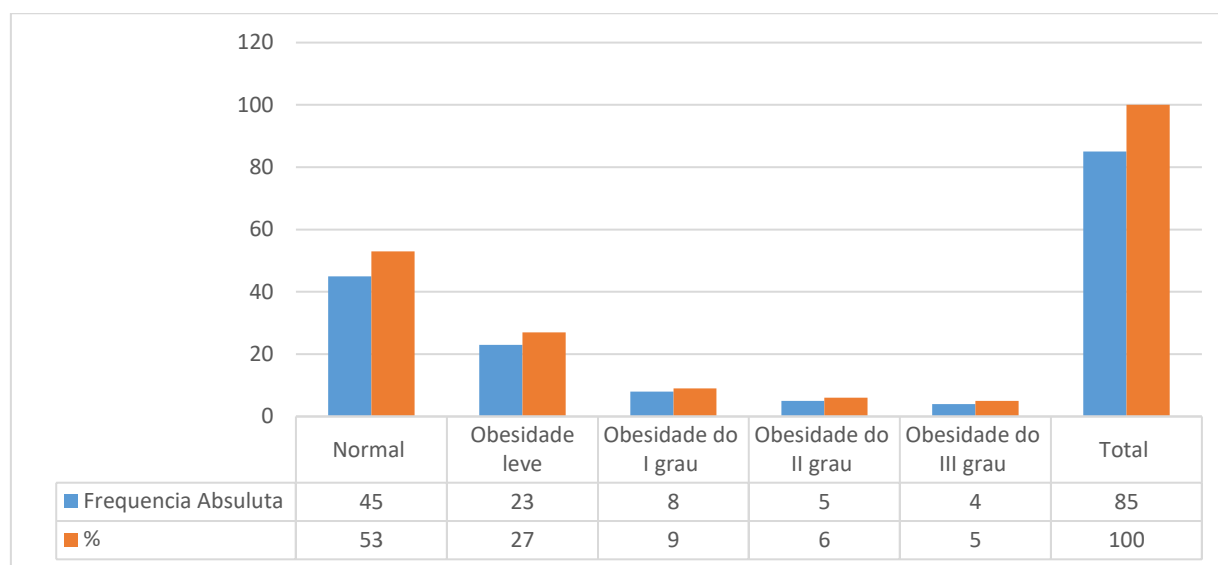
Interpretação: O resultado da **Tabela 4 e Gráfico nº 4** indica os dados recolhidos no grupo Macambriz Angola, quanto ao factores de riscos, foi predominante a ingestão de álcool com 42% e menos frequente a obesidade com 5%.

Estudos mostram que o consumo crónico e elevado de bebidas alcoólicas lavam a um aumento da Hipertensão arterial de forma constante (SOUSA, et al, 2014).

Tabela nº5 – Avaliação em trabalhadores do grupo MCC quanto ao índice de massa corporal.

IMC	Frequência	Porcentagem
Normal	45	53%
Obesidade leve	23	27%
Obesidade do I grau	8	9%
Obesidade do II grau	5	6%
Obesidade do III grau	4	5%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



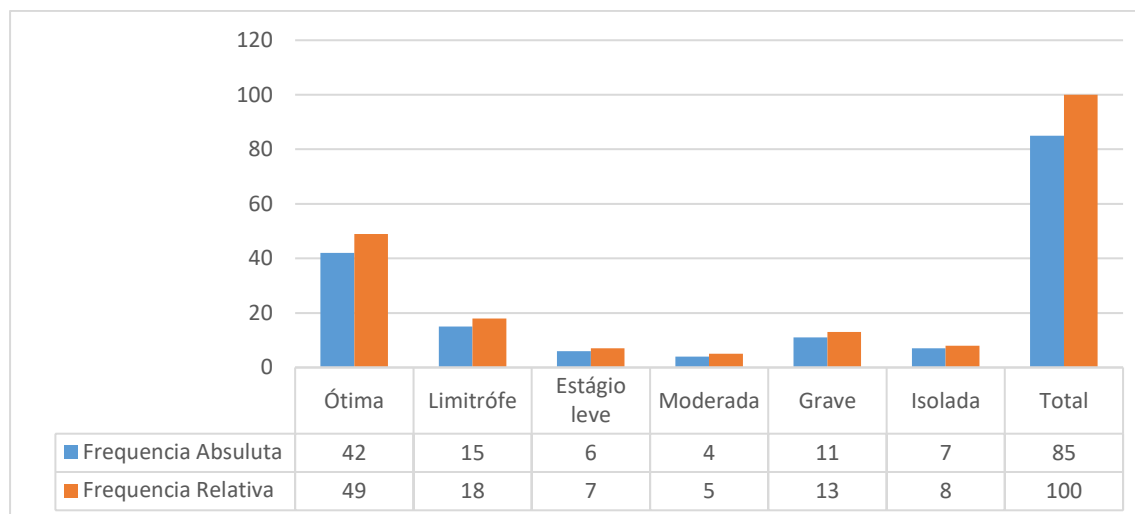
Interpretação: Os resultados da **Tabela e Gráfico nº 5** indicam os dados recolhidos no grupo Macambriz Angola, na qual quanto ao índice de massa corporal, com maior frequência normal com 53% e menos frequente obesidade do III grau com 5%.

Estudos mostram, que a obesidade é um fator predisponente para a hipertensão arterial, podendo ser causa de 20% a 30% dos casos da hipertensão arterial sistêmica, em consequência da obesidade, há o aumento da liberação dessas adipocitocinas pró-inflamatória crônica (BURGO,2014).

Tabela nº 6 – Avaliação da hipertensão arterial em dos trabalhadores do grupo Macambriz Angola.

Classificação	Frequência	Percentagem
Ótima	42	49%
Limitrófe	15	18%
Estágio leve	6	7%
Moderada	4	5%
Grave	11	13%
Isolada	7	8%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014..



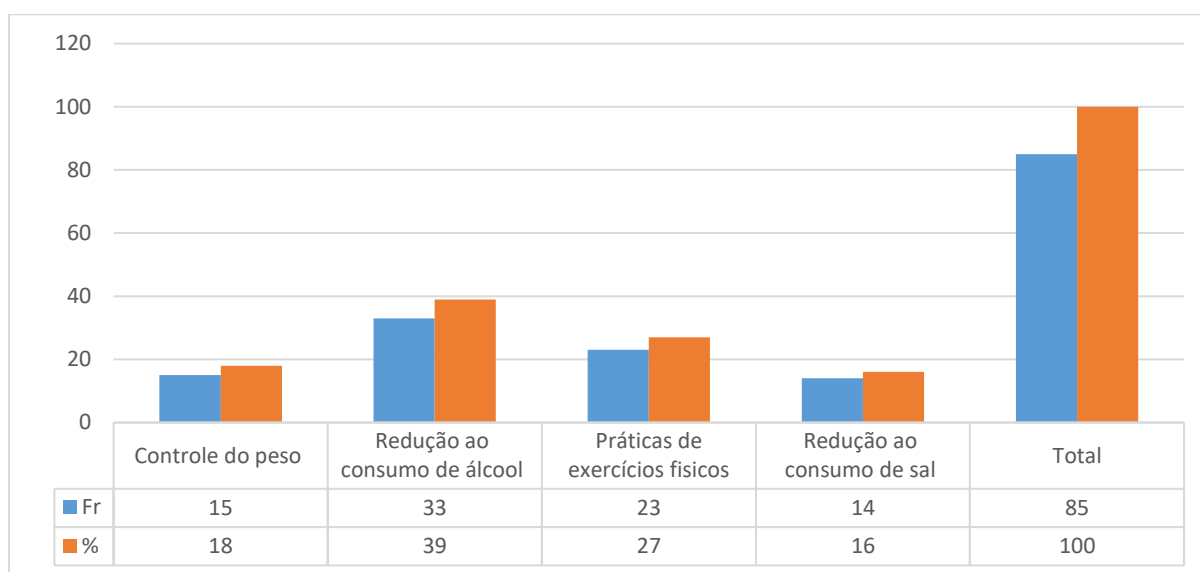
Interpretação: Os resultados da **Tabela e Gráfico nº 6** indicam os dados recolhidos no grupo Macambriz Angola, quanta classificação, com maior frequência a ótima com 49% e menos frequente as moderadas com 5%.

A organização Mundial da Saúde, considera hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica (máxima) é igual ou superior a 140mmHg ou a diastólica (minima) é igual ou superior a 90 mmHg.

Tabela nº7 – Propor medidas de prevenção dos trabalhadores do grupo Macambriz Angola, de acordo a **prevenção**.

Prevenção	Frequência	Percentagem
Controle do peso	15	18%
Redução ao consumo de álcool	33	39%
Práticas de exercícios físicos	23	27%
Redução ao consumo de sal	14	16%
Total	85	100%

Fonte: Elaboração própria, 2014.



Fonte: Questionário de recolha de dados

Interpretação: Os resultados da **Tabela e Gráfico nº 6**, indica os dados recolhidos no grupo Macambriz Angola, quanto a prevenção, com maior frequência redução ao consumo de álcool com 39% e menos frequente as moderadas com redução ao consumo de sal 16%.

Estudos afirmam que a prevenção são estratégias de modificação de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas (Rodríguez, 2014).

Discursão dos Resultados

Os resultados foram descritos de acordo com os dados abaixo:

De acordo a idade com maior frequência situa-se entre os 31 – 41 anos de idade com 28% e menos frequente dos 20 – 30 anos de idade com 14%;

De acordo o género com maior frequência é o masculino com 58% e menos frequente femininos com 42%;

De acordo à categoria profissional com maior frequência os professores com 42% e menos frequente pessoal administrativo com 9%;

De acordo aos factores de riscos, foi predominante a ingestão de álcool com 42% e menos frequente a obesidade com 5%;

De acordo o índice de massa corporal, com maior frequência normal com 53% e menos frequente obesidade do III grau com 5%;

De acordo a classificação, com maior frequência a ótima com 49% e menos frequente as moderadas com 5%;

De acordo a prevenção, com maior frequência redução ao consumo de álcool com 39% e menos frequente as moderadas com redução ao consumo de sal 16%.

CONCLUSÃO

Apos o estudo, confirmamos que os objetivos traçados foram alcançados e a pergunta de partida foi respondida de forma significativa. Os resultados foram descritos de acordo com os dados recolhidos.

Contudo, é importante reeducar, os trabalhadores sobre os métodos preventivos com finalidade de diminuir os riscos de surgimento da hipertensão arterial e outras doenças associadas.

Factores de riscos são características, condições ou aumentam a probabilidade de ter uma determinada doença ou lesão. Eles, podem ser apresentados individualmente, no entanto, na prática, não ocorrem isoladamente (Lawes CMM, Bennett DA, *et al.*, 2004).

Hipertensão Arterial, é uma doença crónica de evolução progressiva, é considerada como um problema de Saúde Pública e tem grande incidência no mundo de hoje, frente às atuais condições do político económico vigente, assim sendo podendo agravar-se por hereditariedade (Erdine S, 2010).

Contudo, é importante reeducar, os trabalhadores sobre os métodos preventivos com finalidade de diminuir os riscos de surgimento da hipertensão arterial e outras doenças associadas.

SUGESTÕES

Ao Instituto Superior de Angola, que realiza simpósio, workshop sobre a temática em questão, vista a informar a comunidade académica e não só sobre a prevenção deste assassino silencioso;

Ao Grupo Macambriz Angola, que realiza sempre campanha de sensibilização dos funcionários sobre a prevenção das doenças crónicas não negligenciadas, para maior satisfação do trabalho por equipa, rever a alimentação dos funcionários;

À sociedade em geral, que devemos adaptar as medidas tais como a redução do consumo de sal, a redução de bebidas alcoólicas, a prática de atividades físicas, manter uma dieta saudáveis, para diminuir os riscos de surgimentos das doenças cardiovasculares.

BIBLIOGRÁFICAS

- AGENA, Fabiana; SILVA, Giane C. A. da; PIERIN, Angela Maria G. (2011). : 25863. Acesso em: 06 nov. 2020. **Monitorização residencial da pressão arterial: atualidades e papel do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP;
- ALMEIDA, Amanda S.; MOURA, Josely P.; PIANTINO, Camila B.; ROSSI, Vilma E. C. (2021). **Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos.** Rev.
- Bakris GL, Sorrentino MJ. (2018). **Hypertension: a companion to Braunwald's heart disease. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; .**
- Corrao G, Nicotra F, Parodi A, Zambon A, Heiman F, Merlino L. (2011). **Cardiovascular protection by initial and subsequent combination of antihypertensive drugs in daily life practice.** Hypertension;58(4):566-72.
- de Vos CB, Pisters R, Nieuwlaet R, Prins MH, Tieleman RG, Coelen RJ, et al. (2010). **Progression from paroxysmal to persistent atrial fibrillation clinical correlates and prognosis J Am Coll Cardiol.** 2010;55(8):725-31.
- Erdine S. (2010). Compliance with the treatment of hypertension: **the potential of combination therapy.** J Clin Hypertens (Greenwich);12(1):40-6.
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. (2016). **Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis.** Lancet.;387(10022):957-67.
- Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, et al; ACCOMPLISH. (2008). Trial Investigators. **Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients.** N Engl J Med;359(23):2417-28.
- Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. (2003). **Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials.** BMJ. 2003;326(7404):1427-34.

Lawes CMM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A.(2004). **Blood pressure and stroke: an overview of published reviews.** Stroke.;35(3):776-85. Correct in: Stroke. 2004;35(4):1024.

Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. (1996).**The progression from hypertension to congestive heart failure.** JAMA.;275(20):1557-62.

A REVISTA CIENTÍFICA DA CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA, (2008). **Fatores de riscos da hipertensão arterial.** Lda p.65

Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P, Zhu J, Liu L, Pais P. (2009). HOPE-3 Investigators. **Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease.** N Engl J Med. 2016;374(21):2009-20.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT. (2016). Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial.** Arq Bras Cardiol;103(3 supl. 3):1-83.

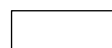
Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. (2013). Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: **the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).** J Hypertens. 2013;31(7):1281-357.

Póvoa R, Barroso WS, Brandão AA, Jardim PC, Barroso O, Passarelli O Jr, et al. (2018). Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Brazilian position paper on antihypertensive drug combina.**

Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, Carson P, D'Agostino R Jr, Ferdinand K, et al. (2004). **AfricanAmerican Heart Failure Trial Investigators. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure.** N Engl J Med. ;351(20):2049-57. Erratum in: N Engl J Med. 2005;352(12):1276.

Vanildo; KOCH, Vera H.; OIGMAN, Wille; NADRUZ, Wilson. **(2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2021) –**Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516658, mar. 2021.

APÊNDÍCE





INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Córdias Saudações;

Pretende-se realizar um estudo com objetivo de Compreender os factores de riscos da Hipertensão Arterial em trabalhadores do grupo Macambriz Angola no Segundo Trimestre de 2024. A sua participação é muito importante para ajudar a lutar contra esse assassino silencioso que assola a sociedade.

Agradecemos pela disponibilidade em participar do mesmo, garantimos a confidencialidade e o sigilo dos dados fornecidos.

Sim aceito _____

Não aceito _____

Bengo, aos ____ / _____ / 2024.

QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

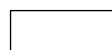
1. Faixa etária ____ Anos
2. Género Masculino ____ Feminino ____
3. Catégoria Profissional _____
4. Qual é os principais fatores de riscos da hipertensão arterial?
 - ❖ Faixa etária _____.
 - ❖ Género _____.
 - ❖ Excesso de sal _____
 - ❖ Ingestão de álcool _____.
 - ❖ Sedentarismo _____.
 - ❖ Factores sócio económico _____
 - ❖ Genética _____.
5. Aferição do índice de massa corporal? IMC _____
6. Classificar a hipertensão arterial? ____ / ____ mmHg.
8. Propor as medidas de prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores do Grupo Macambriz Angola.

Bengo aos ____ / ____ / 2024

O Pesquisador



ANÊXOS





INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DIRECÇÃO DO GRUPO MACAMBRIZ ANGOLA,
MUNICÍPIO DO DANDE, PROVÍNCIA DO BENGU

BENGU

12 CREDENCIAL

Ref.: 340/DAC/ISA/024

Melhores Cumprimento,

Excelência,

O Instituto Superior de Angola – ISA, foi aprovado pelo Decreto Presidencial nº 168/12 de 24 de Julho, com sede em Luanda, bairro da Pedreira, município de Cacuaco, apostado na formação de quadros qualificados na investigação científica para dar resposta as necessidades locais e nacionais de acordo com as orientações emanadas pelo Executivo Central.

Havendo necessidade de credenciar e enviar aos diferentes locais para a pesquisar a temática do Trabalho de fim de Curso para obtenção do grau de licenciatura em **Enfermagem** o (a) estudante:

NOME: Valdimar De Jesus Francisco

TEMA: FACTORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. ESTUDO REALIZADO, NOS TRABALHADORES DO GRUPO MACAMBRIZ ANGOLA, MUNICÍPIO DO DANDE, PROVÍNCIA DO BENGU , I SEMESTRE DO ANO 2024.

Vimos por intermédio desta, solicitar os vossos ofícios, no sentido de autorizar o estudante a realizar a pesquisa/recolha de dados na instituição que vossa excelência mui dignamente dirige.

O INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA, em Luanda aos 18 de Dezembro de 2024.

O vice - Presidente Para os Assuntos Científicos

Prof. Dr. Moisés Kafala Neto



Recbi
19/12/24