

**Revista Saúde.Com**

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

**PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA,  
PERFIS DE ESTILO DE VIDA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS  
ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE****PREVALENCE OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION,  
LIFESTYLE PROFILES AND THERAPEUTIC APPROACHES  
AMONG COMMUNITY HEALTH AGENTS****Rosângela Souza Lessa<sup>1,2</sup>, Alice Cristina Souza Cunha<sup>2</sup>, Sabrina Aláise  
Linhares Magalhães<sup>2</sup>, Bianca Torres Pimentel Azevedo<sup>2</sup>, Ana Lara  
Sucupira de Matos Neiva<sup>2</sup>, Ketelly Costa Santos<sup>2</sup>, Laiz Eduarda Githay de  
Queiroz<sup>2</sup>, Gabriel Pereira de Santana<sup>1</sup>, Saulo Vasconcelos Rocha<sup>1</sup>, Alba  
Benemérita Alves Vilela<sup>1</sup>.**Universidade Estadual Da Bahia – UESB<sup>1</sup>, Faculdade de Saúde Santo Agostinho<sup>2</sup>**Resumo**

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica multifatorial, agravada pelo estresse ocupacional, sobretudo em agentes comunitários de saúde. O diagnóstico da doença envolve aferições da pressão arterial e o tratamento inclui mudanças no estilo de vida e medicamentos para prevenção de complicações cardiovasculares. O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica, bem como o estilo de vida e as condições do tratamento nos agentes comunitários de saúde da zona rural do Município de Jequié – Bahia. Realizou-se um estudo transversal, observacional e quantitativo, conduzido por meio da aplicação de questionários, coleta de dados antropométricos e aferição da pressão arterial autorreferida. Calculou-se a amostra com base nos agentes comunitários de saúde da zona rural e analisou-se os dados por meio do software Jamovi. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Observou-se, assim, predominância do sexo feminino e idade entre 51 e 60 anos. Metade da população apresentava hipertensão arterial sistêmica, a totalidade afirmou realizar o tratamento regular e a maioria afirmou utilizar a combinação de medicamentos e dieta. Grande parte dos agentes comunitários de saúde considerou possuir um bom estado de saúde e bons hábitos de vida. Porém, todos os participantes apresentavam sobrepeso ou obesidade.

**Palavras-chave:** Saúde, Doença Crônica, Terapêutica.**Abstract**

Systemic arterial hypertension is a multifactorial chronic disease, aggravated by occupational stress, especially among community health workers. Diagnosis of the disease involves measuring blood pressure and treatment includes lifestyle changes and medication to prevent cardiovascular complications. The aim of this study was to assess the prevalence of systemic arterial hypertension, as well as the lifestyle and treatment conditions of community health workers in the rural area of the municipality of Jequié - Bahia. A cross-sectional, observational and quantitative study was carried out using questionnaires, anthropometric data and self-reported blood pressure. The sample was calculated based on the community health agents in the rural area and the data was analyzed using Jamovi software. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia. There was a predominance of females aged between 51 and 60. Half of the population had systemic arterial hypertension, all of them said they underwent regular treatment and most said they used a combination of medication and diet. Most of the community health agents considered themselves to be in good health and to have good lifestyle habits. However, all the participants were overweight or obese.

**Keywords:** Health, Chronic Disease, Therapeutics.

## Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) corresponde a um quadro crônico, genético e multifatorial, caracterizado por pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg<sup>1</sup>.

Dados apontados pelo IBGE em 2019<sup>2</sup> indicam uma prevalência de HAS de 23,9% (38,1 milhões de pessoas) entre indivíduos brasileiros de 18 anos ou mais, com maior proporção entre mulheres e idosos. A doença configura-se como uma das principais causas de mortalidade global<sup>3</sup>.

A HAS é classificada como uma doença crônica não transmissível (DNCT), posicionando-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo. Seu desenvolvimento está associado a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade. Frequentemente, a hipertensão arterial é silenciosa, ou seja, não apresenta sintomas evidentes, o que aumenta a

probabilidade de um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, de complicações graves<sup>4</sup>.

A HAS pode causar complicações graves, como disfunção endotelial, rigidez arterial, doenças renais, lesões em órgãos, síndrome metabólica, doenças cardíacas e eventos cerebrovasculares e cardiovasculares, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A prevenção e o controle da patologia em questão são essenciais para evitar sua progressão, destacando-se, ainda, a necessidade da adesão ao tratamento e da manutenção de uma boa relação médico-paciente<sup>5</sup>.

Entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), a HAS é particularmente preocupante devido às longas jornadas de trabalho e ao ambiente de alta pressão emocional, fatores que aumentam a vulnerabilidade às doenças crônicas<sup>3,6</sup>. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel essencial na APS, atuando em ações preventivas à saúde e promotoras da saúde junto à população adscrita. Contudo, essa categoria tem sido acometida pela HAS, com predominância de fatores de risco como a obesidade, conforme afirma Silveira et al<sup>7</sup>.

O estresse ocupacional é um dos elementos contribuintes para o

desenvolvimento da HAS em ACS. O estresse crônico eleva os níveis de cortisol, causando resistência à insulina e aumento da pressão arterial. Devido à sobrecarga e ao estresse psicológico, os ACS tendem a adotar comportamentos não saudáveis, como má alimentação, sedentarismo e padrões de sono inadequados, aumentando o risco de hipertensão<sup>8</sup>.

Nesse contexto, a investigação dessa condição na população em estudo mostra-se particularmente relevante, uma vez que esses profissionais atuam de forma estratégica na linha de frente da APS, desempenhando funções essenciais na promoção, prevenção e acompanhamento de condições crônicas<sup>3,6</sup>.

Paradoxalmente, os ACS encontram-se expostos a condições laborais adversas, caracterizadas por elevada carga de trabalho, estresse ocupacional, demandas psicossociais e limitações para o autocuidado, favorecendo a adoção de estilos de vida não saudáveis e o desenvolvimento de DCNTs, como a HAS.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como o estilo de vida e as condições do tratamento, nos Agentes Comunitários de Saúde da zona rural do Município de Jequié – Bahia.

## Metodologia

A pesquisa em questão trata-se de um estudo transversal, observacional, de natureza quantitativa, que buscou avaliar a prevalência de HAS, bem como sua associação com os fatores ocupacionais e o estilo de vida dos ACS da zona rural do Município de Jequié, Bahia.

Para Rouquayrol e Gurgel<sup>9</sup>, os estudos transversais são pesquisas que delimitam parâmetros e formulam hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes com base em medidas pontuais. Tais estudos possuem três características principais: as mensurações são realizadas em um único momento no tempo; são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e representam o único desenho que permite identificar a prevalência de um fenômeno.

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Jequié, localizado no Sudoeste da Bahia, há 365 km de Salvador, com uma população estimada de 156.277

mil habitantes, durante os meses de novembro de 2023 a julho de 2024, sendo composta por ACS devidamente cadastrados na rede de saúde, trabalhadores da zona rural do Município de Jequié - Bahia.

Para o cálculo da amostra, foi considerado o número total de ACS do município. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município conta com 26 estabelecimentos de saúde, que possuem o agente de saúde na composição de sua equipe, das quais 21 são equipes da Estratégia de Saúde da Família. Atualmente, estão cadastrados 334 ACS em Jequié<sup>10</sup>. A amostra foi calculada tomando como base a população de ACS que executa suas atividades laborativas na zona rural, levando em consideração a confiança de 95% e margem de erro de 5%<sup>11</sup>.

Como critérios de inclusão, foram considerados ACS que executavam a atividade profissional há pelo menos cinco anos, que exerciam o trabalho na zona rural de Jequié.

Para os critérios de exclusão da pesquisa, adotou-se ACS que não estavam exercendo a função no momento da seleção dos participantes, isto é, os que estavam de licença maternidade, licença sem vencimento, licença de saúde, prêmio e férias e os realocados em atividades administrativas.

Para a condução da pesquisa, aplicou-se um questionário constituído por questões referentes às informações sociodemográficas, diagnóstico de HAS e tratamentos realizados (autorreportados) problemas de saúde, estilo de vida (alimentação, atividade física, medidas corporais, uso de álcool e outras drogas), e as demandas psicossociais no trabalho.

Ademais, houve um momento de coleta de dados presencial dos ACS participantes, foram coletadas a estatura e o peso dos ACS presentes.

Objetivando a análise de dados, as variáveis foram definidas considerando sexo (feminino, masculino), idade (31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, mais de 60 anos), cor da pele (branca, parda, preta), escolaridade (fundamental incompleto/completo, médio/técnico incompleto, médio/técnico completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação) e situação conjugal (casado(a)/união estável, separado(a), solteiro(a), viúvo(a)).

Além disso, classificou-se as variáveis, também, de acordo com a presença ou ausência de HAS (sim, não), considerando o diagnóstico prévio relatado pelos pesquisados, definindo o tratamento da hipertensão (está em tratamento regular, está em tratamento irregular), o tipo de tratamento (só medicamentos, só dieta com redução de sal, dieta e medicamentos) e o local do tratamento (na ESF (Estratégia Saúde da Família) em que trabalha, médico particular).

Analisou-se, também as características de saúde e estilo de vida dos ACS pesquisados, dividindo-os em estado de saúde (regular/ruim, bom/muito bom) e o estado nutricional (eutrófico, sobrepeso/obesidade), tal característica obteve como base o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado por meio do peso medido pelos entrevistadores durante a visita às unidades de saúde, dividido pela altura elevada à segunda potência, também medida pelos entrevistadores, sendo o valor de  $\geq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> definido para eutrofia,  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> para

sobrepeso e  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> para obesidade<sup>12</sup>.

Ademais, classificou-se o consumo de cigarros atualmente (não/nunca fumou, sim) e o alcoolismo (não, sim). A atividade física autorrelatada no tempo livre foi avaliada utilizando três questões, adaptadas da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)<sup>13</sup>. Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Sim/Não); Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? avaliada a partir do número de dias por semana de prática (nunca, um, dois, três, quatro ou cinco ou mais dias). No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? (minutos).

A alimentação (alimentação saudável, alimentação não saudável) foi avaliada por meio de um questionário de frequência semanal, adaptado do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)<sup>13</sup>, composto por seis questões sobre o consumo de verduras e legumes crus, verduras e legumes cozidos, frutas in natura (marcadores de alimentação adequada e saudável), refrigerantes ou sucos artificiais, bolos e/ou doces, substituição de refeições por lanches

(marcadores de alimentação não saudável), cada questão recebeu uma pontuação dentro de uma escala de 6 a 36 pontos, classificando o consumo em não saudável ( $\geq 23$ ) e saudável ( $\leq 24$ ).

O banco de dados foi baixado do sistema Google forms em uma planilha do Excel 2010, revisado e limpo pelos pesquisadores. A análise foi desenvolvida, utilizando o software Jamovi versão 2.4.11.

O estudo em questão foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (UESB) e obteve parecer favorável para a sua realização, sob protocolo CAAE: 30952820.0.0000.0055. Assim, foram observadas e seguidas todas as questões éticas que norteiam pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes consentiram sua participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados

Dos 40 ACS entrevistados, a maioria era do sexo feminino (70,0%), 55,0% eram casados e 37,5% apresentavam idade na faixa etária dos 51 a 60 anos (Tabela 1).

O tempo médio de atuação como ACS foi de 22,6 anos ( $\pm 4,94$ ). Em relação ao nível de escolaridade, 62,5% possuíam ensino médio/técnico completo. No que concerne à cor da pele, 75% declararam-se pardos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição das variáveis sociodemográficas dos agentes comunitários de saúde da zona rural de Jequié (BA), 2024.

Variáveis	n	%
Sexo (n = 40)		
Feminino	28	70
Masculino	12	30
Idade em anos (n = 40)		
31 a 40	3	7,5
41 a 50	14	35
51 a 60	15	37,5
Mais de 60	8	20
Cor da pele (n = 40)		
Branca	3	7,5
Parda	30	75
Preta	7	17,5
Escolaridade (n = 40)		
Fundamental incompleto/ completo	5	12,5
Médio/Técnico incompleto	2	5
Médio/Técnico completo	25	62,5
Superior incompleto	1	2,5
Superior completo	5	12,5
Pós-graduação	2	5
Situação conjugal (n = 40)		
Casado(a)/União Estável	22	55
Separado(a)	5	12,5
Solteiro(a)	9	22,5
Viúvo(a)	4	10

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

Em relação à presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, 50% (n=20) dos participantes declararam possuí-la. Dentre os que a possuíam, todos os sujeitos declararam estar em tratamento regular (100%), a maioria utilizando dieta e medicamentos (95%) (Tabela 2).

Ademais, grande parte afirmou, também, que realizava o tratamento na ESF em que trabalhava (80%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Hipertensão Arterial Sistêmica em agentes comunitários de saúde da zona rural de Jequié (BA), 2024.

Variáveis	n	%
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (n = 40)</b>		
Sim	20	50
Não	20	50
<b>Tratou ou trata a hipertensão (n = 20)</b>		
Está em tratamento regular	20	100
Está em tratamento irregular	0	0
<b>Que tipo de tratamento para a hipertensão está fazendo (n = 20)</b>		
Só medicamentos	19	95
Só dieta com redução de sal	0	0
Dieta e medicamentos	1	5
<b>Em qual local você faz o tratamento da hipertensão (n = 20)</b>		
Na ESF que trabalha	16	80
Médico particular	4	20

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

104

Com relação ao estado de saúde dos ACS que apresentavam diagnóstico de HAS, um número considerável apresentou uma avaliação positiva. Do total, 50% classificaram sua saúde como boa ou muito boa. Resultados semelhantes foram observados em relação ao tabagismo e alcoolismo: 95% dos entrevistados afirmaram não fumar ou nunca ter fumado e 70% declararam não consumir bebida alcoólica (Tabela 3).

Em relação à prática de atividade física nos últimos três meses, dos pacientes com diagnóstico de hipertensão, 75% (n=15) relataram a realização de exercício físico no momento de lazer. Neste grupo, 80% (n=12) praticavam exercício três ou mais dias por semana, com duração mediana de 40 minutos despendido na realização do exercício. A avaliação do estado nutricional dos ACS revelou que 100% dos participantes foram classificados com sobrepeso ou obesidade. Quanto à alimentação, 65% dos participantes afirmaram consumir alimentos saudáveis (Tabela 3).

**Tabela 3 –** Características de saúde e estilo de vida dos agentes comunitários de saúde da zona rural de Jequié (BA) que possuem diagnóstico de HAS, 2024.

Variáveis	n	%
Como você considera o seu estado de saúde? (n = 20)		

Regular/Ruim	10	50
Bom/Muito bom	10	50
Estado nutricional (n = 20)		
Eutrófico	0	0
Sobrepeso/Obesidade	20	100
Tabagismo (O (a) senhor (a) fuma cigarros atualmente?) (n = 20)		
Não/Nunca fumei	19	95
Sim	1	5
Alcoolismo (Você consome bebida alcoólica?) (n = 20)		
Não	14	70
Sim	6	30
Praticou atividade física nos últimos 3 meses (n = 20)		
Não	5	25
Sim	15	75
Praticou atividade física nos últimos 3 meses (n = 15)		
Nunca	1	7
1 dia por semana	2	13
2 dias por semana	0	0
3 dias por semana	7	47
4 dias por semana	1	7
5 ou mais dias da semana	4	27
Alimentação (n = 20)		
Alimentação saudável	13	65
Alimentação não saudável	7	35

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

## Discussão

### Caracterização sociodemográfica

Os resultados deste artigo revelam o perfil demográfico e educacional específico dessa amostra. A princípio, é perceptível que houve uma predominância do sexo feminino, representando 70,0% dos entrevistados, enquanto apenas 30,0% são do sexo masculino. De acordo com Bernardes et al.<sup>14</sup> esse dado é

105

Lessa RS et al

congruente com a tendência observada em diversas áreas da saúde, nas quais a representação feminina apresenta-se de forma crescente.

No que concerne ao estado civil, a maioria dos ACS era casada (55,0%) e a faixa etária predominante situava-se entre 51 e 60 anos (37,5%). Esse perfil indica que uma parcela significativa dos ACS possui ampla experiência e apreço pelo trabalho desenvolvido, fatores que podem contribuir positivamente para o desempenho de suas funções, uma vez que tais características estão associadas a maior responsabilidade e capacidade para solucionar os problemas da comunidade<sup>15</sup>. A predominância de ACS nessa faixa etária também reflete o crescimento da população idosa no país e evidencia a importância da criação de meios para sua inclusão no mercado de trabalho<sup>15</sup>.

A maioria dos ACS possuía ensino médio/técnico completo (62,5%), indicando que a maior parte desses profissionais possui uma formação educacional que os capacita a desempenhar adequadamente suas atribuições, podendo ser considerada como um ponto positivo, pois facilita a comunicação com a população residente na área e o entendimento das suas necessidades de saúde<sup>16</sup>.

Em relação à cor da pele, 75% dos entrevistados se declararam pardos e

17,5% pretos. Esses dados sinalizam a representatividade de grupos raciais frequentemente sub-representados em outras profissões e associados ao maior número de desempregos. Dessa forma, o IBGE<sup>16</sup> demonstra que a raça branca apresenta 43,8% da força de trabalho, já os pretos apresentam 10,2% e os pardos, 45,0%. Assim, esse indicador já mostra uma desvantagem dessas populações na inserção no mercado de trabalho.

### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

Os dados sobre a prevalência da HAS na população estudada revelam que aproximadamente metade apresentava o diagnóstico desta enfermidade. Tais dados estão em concordância com os achados descritos por Silveira et al.<sup>7</sup> que, ao realizar um estudo transversal com ACS de 21 cidades do Rio Grande do Sul, verificaram alta prevalência de fatores que predispõem à HAS, como o excesso de peso, indicando que tal população pode apresentar a patologia no decorrer de suas vidas.

Dentre os que declararam acometimento pela HAS, a totalidade afirmou estar em tratamento regular, indicando um fator positivo de comprometimento com a saúde. Entretanto, ao analisar a pesquisa quali-quantitativa e exploratória com 15 ACS de uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do interior da Bahia, apresentada por Santos, Mares Filho e Fernandes<sup>17</sup>, pressupõe-se que o fato de exercer suas atividades laborais na área da saúde não influencia o tratamento regular dos participantes, uma vez que o autor, ao questionar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca do tratamento de HAS, obteve resultado negativo em mais de 70% dos casos.

Ademais, um grande contingente da população de estudo afirmou realizar o tratamento da HAS por meio da dieta e dos medicamentos, o que se configura em uma estratégia eficaz, segundo Costa et al.<sup>18</sup>, o qual ressalta a importância do tratamento não farmacológico, sobretudo a dietoterapia, combinado aos medicamentos anti-hipertensivos. Além da dieta, outras medidas podem ser adotadas, como a realização de exercícios físicos, que contribui para a eficácia terapêutica e para a redução do excesso de peso, regulando os níveis pressóricos e o metabolismo.

Quando questionados sobre o local de realização do tratamento, a maioria dos sujeitos da pesquisa declarou utilizar a Estratégia Saúde da Família para realização do acompanhamento da HAS, o que reflete a importância da ESF como um modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Na visão de Albuquerque, Borges e Rodrigues<sup>19</sup>, os quais desenvolveram um estudo observacional e transversal com hipertensos acompanhados pelas equipes da ESF do Piauí, a ESF, de forma integrada e com foco no atendimento contínuo, oferece cuidados especializados e uma infraestrutura adequada para a promoção do tratamento e controle da HAS.

Diagnosticar a hipertensão é desafiador, pois envolve a medição da pressão arterial e a verificação do uso de medicamentos. Indicadores simples, como a pressão arterial autorreferida, são úteis para compreender a distribuição da hipertensão e identificar grupos vulneráveis. Embora o ideal seja medir a pressão arterial várias vezes em dias diferentes, essa prática é difícil

e onerosa em grandes estudos populacionais, levando muitas pesquisas a utilizarem apenas uma medição ou o autorrelato para determinar a prevalência da HAS<sup>20</sup>.

O tratamento para hipertensão envolve dois principais métodos. O primeiro, não farmacológico, inclui mudanças no estilo de vida, como cessação do tabagismo, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, redução do consumo de álcool e de sódio, perda de peso e controle do estresse. O segundo é o tratamento farmacológico, que utiliza cinco classes de medicamentos: diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina II e betabloqueadores<sup>5</sup>.

### **Características de saúde e estilo de vida**

Os indicadores apresentados no estudo evidenciam que grande parte dos ACS considera possuir um bom estado de saúde. Tais dados convergem com os encontrados em um estudo realizado com ACS do Estado do Espírito Santo, o qual encontrou uma ampla parcela de participantes que referiram bom estado de saúde. Tal achado pode ser atribuído ao fato de tais indivíduos serem profissionais ligados diretamente à atenção primária,

possuindo, portanto, um contato íntimo com o Sistema Único de Saúde, o que os faz reconhecer a própria saúde como “boa” frente às diferentes realidades visualizadas<sup>21</sup>.

Além disso, os hábitos de vida dos pesquisados estão alinhados com o estudo de Magalhães et al.<sup>22</sup>, que, em sua pesquisa transversal com 675 ACS de Montes Claros, Minas Gerais, encontrou um baixo consumo de álcool e tabaco na população de estudo. Supõe-se que tais hábitos correlacionem-se com o trabalho em saúde realizado pelos agentes, o qual pode contribuir para uma análise mais crítica de seus próprios hábitos.

Ademais, a maioria dos ACS relatou praticar atividade física nos últimos três meses. Tal dado revela-se como positivo diante dos achados de Azevedo et al.<sup>23</sup>, o qual destaca que exercícios físicos são importantes na prevenção de sobrepeso, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, além de maiores médias de colesterol não-HDL, IMC e perímetro da cintura. Além do controle de doenças, a

realização dessas atividades é necessária para a melhoria da capacidade física, especialmente para essa população.

Porém, quando se analisa os dados relacionados ao estado nutricional, a totalidade da população encontrava-se em sobrepeso ou obesidade. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial destacam que a obesidade geral e a obesidade abdominal estão associadas à sobrecarga do coração, alterando o funcionamento dos vasos sanguíneos, aumentando a retenção de líquidos e ativando os mecanismos hormonais que elevam o risco de pressão arterial. Por outro lado, a diminuição do peso corporal está relacionada à redução da pressão arterial, tanto em indivíduos hipertensos quanto em normotensos, ocasionando melhora da função vascular e redução da sobrecarga cardíaca<sup>5</sup>.

A alimentação desempenha um papel central na prevenção e no controle da HAS, sendo um fator amplamente estudado em diferentes contextos populacionais. No presente estudo, observou-se que 35% dos ACS relataram possuir uma alimentação saudável. No entanto, apesar da percepção de alimentação saudável, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade (100%) entre os participantes reforça a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre a qualidade da dieta consumida e sua real

contribuição para o estado nutricional e o controle da pressão arterial.

Somado a isso, os achados corroboram os resultados obtidos por Zanete et al.<sup>24</sup>, que investigaram a relação entre alimentação e hipertensão em usuários de um Restaurante Popular em Caxias do Sul-RS. Nesse estudo, os autores identificaram uma elevada prevalência de HAS (44%), com maior incidência entre indivíduos com sobrepeso e obesidade. Além disso, verificou-se que os hipertensos consumiam com maior frequência alimentos como saladas cruas ( $p=0,026$ ), frutas ( $p=0,002$ ) e leite/iogurte ( $p=0,012$ ), sugerindo que o diagnóstico da doença pode estar associado a mudanças alimentares em resposta à condição de saúde. Esse dado reforça a importância da educação alimentar como estratégia para a adoção de hábitos mais saudáveis entre indivíduos hipertensos, o que também pode ser aplicado à população de ACS estudada.

A implementação de estratégias de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no ambiente de

trabalho dos ACS pode ser uma medida fundamental para aprimorar os hábitos alimentares dessa população. Além disso, recomenda-se a adoção de políticas de incentivo à prática de atividade física e à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, fatores que estão diretamente associados ao controle da HAS. Conforme preconizado Barroso et al.<sup>5</sup>, a modificação do estilo de vida é a principal estratégia não farmacológica para a redução da pressão arterial, sendo fundamental a orientação contínua sobre alimentação equilibrada e controle do peso corporal.

Dessa forma, tanto os dados do presente estudo quanto os achados de Zanete et al.<sup>24</sup> reforçam a necessidade de intervenções mais efetivas para o controle da HAS em diferentes contextos populacionais. A adoção de uma alimentação saudável, aliada a outras mudanças no estilo de vida, pode contribuir significativamente para a redução dos índices de hipertensão e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença.

## Conclusão

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia que, no contexto atual, ainda ocupa índices elevados de prevalência e

morbimortalidade global. Nesse sentido, o estudo revelou que a prevalência de obesidade entre os ACS foi elevada, evidenciando a necessidade de maior atenção às condições nutricionais desses profissionais, especialmente entre aqueles com HAS. A rotina exaustiva e os desafios do trabalho podem influenciar negativamente o autocuidado, tornando essencial a implementação de políticas que incentivem hábitos saudáveis, incluindo alimentação equilibrada e exercícios físicos regulares.

Somado a isso, a população utiliza-se da combinação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o cuidado à saúde, sendo esta a modalidade mais recomendada pela literatura atual.

Dessa forma, os resultados reforçam a importância de estratégias que promovam o bem-estar dos ACS, garantindo que eles não apenas disseminem boas práticas de saúde na comunidade, mas também possam adotá-las em sua própria rotina.

## REFERÊNCIAS

1. Feitosa ADM, Amodeo C, Junior DM, Nobre F, Mota-Gomes MA, Jardim PCBV et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2024;121(4):1-48.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
3. Machado EDG, Souza EP, Marques HB, Cavalcante TCF, Silva AAM. Hipertensão arterial e síndrome de burnout em profissionais da saúde: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2023;13(3):596-601.
4. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016;19(1):38-51.
5. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2021;116(3):516-658.

6. Sampaio NHO, Silva LR, Franco LCA, Barros RS, Melo CS, Borges CLG et al. Diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024;6(7):1302-11.
7. Silveira FC, Fernandes CG, Almeida MD, Aldrighi LB, Jardim VMR. Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(4):1-12.
8. Suyama EHT, Lourenção LG, Cordioli DFC, Junior JRC, Miyazaki MCOS. Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em Agentes Comunitários de Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2022;30:1-13.
9. Rouquayrol M, Gurgel M. *Rouquayrol - Epidemiologia e saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora; 2017.
10. Brasil, MS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde DATASUS. [cited 2024 Jul 28].
11. Silvany Neto AM. *Bioestatística sem segredos*. Salvador; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica; nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. Brasil. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Ministério da Saúde. Brasília, Distrito Federal; 2020.
14. Bernardes MS, Cruz JCS, Bernardes RS, Santos MH, Silva AC, Toloni MHA. Fatores de risco para doenças crônicas em agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021;16(43):1-13.
15. Cruz JV, Cruz RA, Sant'ana VC. *A terceira idade no mercado de trabalho [trabalho de conclusão de curso]*. Araraquara, 2021.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
17. Santos EB, Mares Filho AS, Fernandes MA. *Análise do Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de*

Saúde da Família de uma cidade do interior da Bahia sobre Hipertensão Arterial. ID on line Revista Multidisciplinar e de psicologia. 2017;12(39):432-451.

18. Costa AJR, Ghidetti CA, Macedo RF, Godoy JSR, Teixeira CAB. Tratamento não farmacológico da hipertensão na atenção primária: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2021;10(7):1-11.

19. Albuquerque KR, Borges JWP, Rodrigues MTP. Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde. Cadernos Saúde Coletiva. 2024;32(1):1-13.

20. Mota RC, Siqueira JS, Fernandes RCP. Validade do autorrelato de hipertensão arterial em trabalhadores. Cadernos Saúde Coletiva. 2023;31(2):1-9.

21. Martins HX, Siqueira JH, Oliveira AMA, Jesus HC, Pereira TSS, Sichieri R et al. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal.

Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2022;31(1):1-15.

22. Magalhães NP, Sousa PS, Pereira GV, Silveira MF, Brito MFSF, Rocha JSB et al. Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais: estudo transversal, 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(3):1-12.

23. Azevedo LB, Martins HX, Siqueira JH, Alvim RO, Oliveira AMA, Jesus HC et al. Rigidez arterial e atividade física no lazer em agentes comunitárias de saúde: um estudo transversal. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2024;29:1-8.

24. Zanete ME, Darley CL, Fochesatto A, Bonatto S. Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em usuários do restaurante popular de Caxias do Sul-RS. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. 2021;15(99 Suppl 2):1495-1503.

112

Lessa RS et al

Endereço para Correspondência

Nome: Rosângela Souza Lessa

E-mail: 28rslessa@gmail.com

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA,

CEP: 45205-490

Recebido em: 25/07/2025

Aprovado em: 12/12/2025

Publicado em: 22/12/2025